

A CRONICIDADE NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: REPENSANDO A EPIDEMIA DA AIDS APÓS OS ANTI-RETROVIRAIS

CHRONICITY IN THE HEALTH-SICKNESS PROCESS: RETHINKING THE AIDS EPIDEMICS AFTER THE ANTIRETROVIRALS

Diego Schaurich*
Débora Fernandes Coelho**
Maria da Graça Corso da Motta***

RESUMO: Este artigo configura uma revisão crítica e tem por objetivo colaborar nas discussões acerca do viver com AIDS, sob o prisma da cronicidade, e com o tratamento anti-retroviral. Lançou-se um olhar, a partir da perspectiva histórico-cultural, à epidemia HIV/AIDS, na contemporaneidade, e aos avanços propiciados pelo desenvolvimento técnico-científico, em especial quanto ao tratamento medicamentoso. Destaca-se a necessidade premente de substituir a cultura que relaciona essa epidemia com a morte e o morrer, por uma cultura que vislumbra o conviver, cotidianamente, com o vírus da AIDS em uma perspectiva de cronicidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; doença crônica; terapia.

ABSTRACT: This article presents a critical reflection with the purpose of contributing for the discussions on living with AIDS, under the point of view of chronicity and considering the development of the antiretroviral treatment. It looks at the HIV/AIDS epidemics in the contemporary world, starting from the historical-cultural perspective, through the advances brought about by the technical-scientific development, especially under the scope of the medicinal treatment. It emphasizes the urgent need to substitute the culture that relates this epidemic with death and dying by a culture that considers the daily living with AIDS in a perspective of chronicity.

Keywords: Nursing; Acquired Immunodeficiency Syndrome; chronic disease; therapy.

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo histórico-social da humanidade, diferentes definições de saúde e doença emergiram como um processo que sofre influência das relações sociais, econômicas, individuais, políticas, filosóficas, religiosas, enfim, da cultura compartilhada pelo ser humano em dada época e espaço vividos, ao mesmo tempo em que também influencia o dinamismo dessas relações¹. Assim, ao se buscar compreender o movimento contínuo entre a saúde e a doença permeada pelo dinamismo cultural, percebe-se que, além das condições singulares de cada indivíduo, tem-se, também, uma rede complexa de crenças, hábitos, valores, ações, conhecimentos e significados pessoais e coletivos.

Nesse sentido, apresenta-se como um evento sociocultural marcante do final do século XX,

o aparecimento de uma epidemia que rapidamente se alastrou e se disseminou pelos cinco continentes: a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Inicialmente, foi chamada de peste gay por estar associada, principalmente, ao grupo dos homossexuais masculinos. Porém, com o passar dos tempos, outros segmentos populacionais infectaram-se com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo, então, utilizada a denominação de comportamento de risco. Atualmente, para melhor compreensão das diferentes interfaces que permeiam o contexto da epidemia apresenta-se, como alternativa, o conceito de vulnerabilidade que possibilita a avaliação objetiva, ética e política das condições de vida a que se submete cada indivíduo exposto ao problema e "os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos"^{2:21}.

Assim, a partir da possibilidade de reflexão dos aspectos inerentes à epidemia oferecidos pelo constructo da vulnerabilidade, nos últimos anos, a AIDS vem sendo considerada e pensada como doença crônica, fundamentalmente após o desenvolvimento do tratamento medicamentoso. Tem-se, então, como objetivo colaborar com as discussões acerca da possibilidade de considerar o viver com AIDS sob o prisma da cronicidade, a partir do desenvolvimento do tratamento anti-retroviral e dos aspectos que permeiam o processo saúde-doença e a adesão farmacológica.

Dessa forma, esta revisão crítica foi estruturada tendo por premissa considerações necessárias acerca do processo saúde-doença, sob um enfoque cultural para, posteriormente, apresentar a importância do desenvolvimento das medicações anti-retrovirais, não só aos indivíduos que têm AIDS, mas suas repercussões para toda a sociedade. No decorrer do texto, serão realizadas algumas aproximações entre o estado de doença crônica vivido pelo indivíduo e o contexto dessa epidemia depois dos anti-retrovirais, no intuito de auxiliar na minimização e/ou substituição de uma cultura que estigmatiza e aproxima a AIDS do significado de morrer, para uma cultura que percebe o viver com AIDS, a partir do enfoque da cronicidade.

CULTURA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A saúde e a doença, excepcionalmente nos últimos séculos, têm adquirido importante destaque nas discussões e debates sociais, econômicos e políticos, articulados às áreas da psicologia, antropologia, enfermagem, sociologia, filosofia, medicina, entre outras². Entretanto, nem sempre a saúde e a doença estiveram vinculadas, uma vez que o paradigma biologicista predominante apresenta como foco da atenção a doença, a qual deve ser tratada por meio de medicações e intervenções – hospitalares sobretudo – de um profissional especializado em determinada doença.

O conceito de doença, nas mais diversas culturas, teve seu surgimento anterior à própria conceituação de saúde, como um movimento natural da sociedade em definir, delimitar e categorizar, primeiramente, o que é considerado desvio da normalidade para, em momento subsequente, denominar o que é tido como comum, que representa o normal. Nesse sentido, “a doen-

ça, sempre parece nos dizer sobre uma pessoa ou um período, muito mais que a saúde, apesar de a razão não ser muito clara, talvez porque o bem-estar completo escapa à atenção”^{1:25}.

Entende-se, então, que a evolução de ambos os conceitos obedeceu a condições culturais de determinado momento histórico na sociedade em que se desenvolveu, estando em um constante processo dinâmico-relacional entre comportamentos individuais e coletivos e as estruturas e interações sociais, ou seja, a cultura é estável, porém mutável e dinâmica³. Assim, pode-se compreender que a cultura influencia e é influenciada pelo conjunto de valores, conhecimentos, sentimentos, comportamentos e crenças transmitidos socialmente ao longo da história, sendo a soma das vivências e experiências individuais – em constante confronto – que representa a coletividade¹.

É fundamental, portanto, ampliar os horizontes da compreensão no intuito de vislumbrar a saúde e a doença não mais como um binômio, uma vez que “este conceito reducionista pode impedir que o paciente tenha a percepção de si mesmo como sujeito, participante ativo”^{4:329} do seu estado atual de viver. Para tanto, é preciso distinguir as muitas interfaces do processo saúde-doença a que o indivíduo está exposto, bem como os nexos relacionais consigo, com os outros indivíduos e com o contexto cultural, que se faz manifestar a partir dos modos de ação e compreensão da sociedade, política, educação, ciência, filosofia, economia, religiosidade/espiritualidade, entre outros.

Contudo, para que o conhecimento e o saber se constituíssem e possibilitassem o desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da saúde, de forma paradoxal, fez-se necessário o aprofundamento de estudos e pesquisas relacionados à doença. Dessa forma, o modelo cartesiano e biomédico propiciou uma evolução no conhecimento ao centrar o foco de atenção na doença, na medicalização, no hospitalocentrismo e na especialidade. Por outro lado, também apresentou aspectos negativos como o distanciamento da promoção à saúde e prevenção de agravos, o velamento do indivíduo obscurecido pela doença, a dificuldade em considerar os aspectos culturais como valores e crenças individuais e coletivos, entre outros.

Tendo em vista essas considerações, faz-se importante vislumbrar que, no que tange ao fenômeno saúde-doença, o “agir humano é culturalmente moldado e constituído em relação a formas distintas de vida e organização social”^{1:26}. A

doença emerge, então, como uma das possibilidades do existir do homem, apresentando relações proximais tanto com a percepção de saúde quanto com a percepção do morrer e da morte, parecendo residir nesse interim vivido uma relação entre a subjetividade e a objetividade. Assim, a doença desvela-se como um constructo – teórico e prático – definido a partir da relação da subjetividade emanada das vivências e significados (pessoais e coletivos) com a objetividade das ações e atitudes individuais e sociais.

Sob um olhar que visualiza a predominância de um conteúdo mais individualizante e influenciado pelo contexto histórico-cultural do que universal, como preconizado pelo paradigma cartesiano, “a doença é um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais, e vivenciado por atores que buscam entendê-la, enfrentá-la e/ou curá-la, quando possível, a qual se torna um conjunto de experiências associado a redes de significados e interações sociais”^{5:265}.

Por compreender a saúde e a doença como um processo culturalmente construído, com estabilidade dinâmica e mutável, que considera conhecimentos, valores e crenças vividos, experienciados e compartilhados, bem como aprendidos e apreendidos pela sociedade, é que se percebe aflorar, na área da saúde, no início dos anos 80 do século passado, uma infecção que desafiou a cientificidade e a tecnologia modernas. Isso porque a epidemia da HIV/AIDS, além de ser desconhecida da comunidade científica e apresentar modos de transmissão bastante rápidos, apresentou – e apresenta – relação com comportamentos e atitudes socialmente inaceitáveis, com questões referentes ao sexo e à sexualidade e com o processo de morrer e a morte⁶.

A infecção pelo HIV, mesmo em diferentes momentos históricos e em diferentes sociedades, apresentou caracterizações culturais semelhantes na coletividade como o preconceito, a discriminação e o estigma relacionados ao indivíduo acometido pela epidemia. O HIV projeta-se sobre o indivíduo e o despersonaliza, o qual deixa de ser uma doença e passa a ser a própria doença, ou seja, “reforça-se desse modo a imposição social de descaracterizar a pessoa que é portadora de uma doença, atribuindo-lhe as propriedades do estigma. O indivíduo passa a ser visto e considerado como se fosse a própria doença”^{4:331}.

E em meio a esse complexo contexto em que a epidemia da HIV/AIDS se desenvolveu, desta-

cam-se, principalmente a partir da década de 90, as ações de organizações governamentais e não-governamentais para o desenvolvimento de políticas que facultassem a prevenção de novas infecções e a promoção de uma vida com mais qualidade e cidadania aos portadores do HIV. Salienta-se, ainda, o empenho da comunidade científica para a descoberta de alternativas que, uma vez a infecção já instalada, possibilitassem a redução e/ou controle da quantidade viral; desenvolvem-se, então, as medicações anti-retrovirais objetivando, em uma visão mais filosófico-reflexiva, substituir a cultura AIDS = morte⁷ por uma cultura que, gradualmente, considera o viver com AIDS sob a perspectiva da cronicidade.

NOVAS PERSPECTIVAS

A AIDS, desde seu início associada aos grupos de risco – os mesmos que, culturalmente, já eram marginalizados pela sociedade, como homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, nas últimas décadas, alterou significativamente seu perfil epidemiológico. Assim, a infecção pelo HIV, nos últimos anos, tem acometido, principalmente, a população feminina, em idade reprodutiva, com baixa renda e escolaridade e em cidades do interior do país e, conseqüentemente atingindo seus filhos².

Para além disso, a AIDS pode ser considerada uma pandemia, pois atingiu simultaneamente os cinco continentes, e tem sido caracterizada como uma síndrome que tem imposto inúmeras implicações e desafios à saúde da população, tanto na prevenção quanto na assistência e no processo educativo. No entanto, faz-se necessário ressaltar uma questão importante que tem ganhado atenção especial nos últimos tempos, despertando o interesse de estudiosos e pesquisadores: o desenvolvimento dos anti-retrovirais e sua relação proximal com as questões da adesão ao tratamento.

Nos anos iniciais, subseqüentes à descoberta dessa nova síndrome e ao (re)conhecimento do agente causador, observou-se uma preocupação da comunidade científica em identificar os indivíduos diretamente envolvidos com a epidemia – o que se deu por conta dos conceitos de grupo e comportamento de risco –, bem como os meios de transmissão e as formas de prevenção de novas infecções. Entretanto, no ano de 1986, médicos, aos administrarem uma determinada droga para o

tratamento do Sarcoma de Kaposi, perceberam que a referida medicação auxiliava na melhora do quadro geral do paciente⁸, isto é, na diminuição da quantidade de HIV circulante e no aumento da quantidade de células de defesa orgânicas, com isso diminuindo as infecções oportunistas.

Ressalta-se, assim, que a descoberta da zidovudina (AZT) como medicação possível e eficaz no tratamento da AIDS ocorreu quase de forma acidental, tendo sido somente no ano seguinte (1987) confirmada e liberada para uso pelo Food and Drugs Administration (FDA)⁸. A partir desse fato marcante nos rumos do contexto HIV/AIDS, salienta-se o maior empenho de estudiosos e pesquisadores para o desenvolvimento de outras medicações, quando, então, no início da década de 90, as mesmas já são agrupadas em duas classes distintas: os inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) e os inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo (ITRNN).

No entanto, o ano de 1996 destacou-se como um dos mais importantes no combate à AIDS, devido à descoberta de uma nova classe de medicamentos de alta potência: os inibidores da protease (IP). Dessa forma, "a evolução dos conhecimentos e os avanços na utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, principalmente com o advento da terapia combinada de alta potência (HAART) em 1996, têm se mostrado decisivos no aumento da sobrevivência de indivíduos com infecção pelo HIV"^{9:1389}.

A partir dos avanços científicos e tecnológicos referentes não só à prevenção da infecção pelo HIV, mas principalmente ao desenvolvimento de medicações voltadas aos indivíduos que vivem com AIDS, o Brasil começou a assumir uma posição de destaque no mundo no que tange à assistência e prevenção dessa epidemia. Nesse sentido, o Programa Nacional de DST/AIDS apresenta méritos de reconhecimento mundial, uma vez que garante, por meio da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996¹⁰, a distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde. Considera-se, portanto, que "uma das facetas mais conhecidas do programa brasileiro de AIDS é a distribuição gratuita, e universal, de anti-retrovirais para o tratamento do HIV/AIDS na rede pública de saúde"^{11:2}.

Para tanto, contribui a existência de uma rede básica de serviços e instituições estruturadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que objetiva e prioriza à população ações de forma gratuita, equânime, universal, descentralizada e integral.

Além disso, o fortalecimento dos laboratórios públicos e da captação de recursos financeiros, bem como a capacitação de recursos humanos para a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV/AIDS se configuram como elementos essenciais à implantação e implementação do sistema de distribuição dos anti-retrovirais¹¹.

A efetivação desse programa começou ao final da década de 80, com a distribuição, pela rede pública, de medicamentos para combater as doenças oportunistas que acometiam os pacientes com AIDS. O tratamento anti-retroviral propriamente dito só se tornou disponível uma década após o surgimento dessa epidemia – 1991¹⁰.

Não restam dúvidas acerca da importância da introdução dos medicamentos que combatem o HIV, porém, somente disponibilizá-los ao indivíduo com AIDS não é suficiente, uma vez que os fármacos apresentam uma série de efeitos adversos que na grande maioria das vezes dificultam a permanência terapêutica. Assim, diante do impasse decorrente da eficácia do tratamento e sua dificuldade de manutenção, os olhares voltam-se para a adesão aos anti-retrovirais como meio relevante e importante para a redução da mortalidade por AIDS.

O conceito de adesão ao tratamento anti-HIV pode ser concebido por conta do prisma de Adão e Merighi^{12:132} que consideram a adesão como "um processo dinâmico, interativo e contínuo", tanto para o profissional da saúde quanto para o indivíduo com AIDS, uma vez que envolve fatores e aspectos culturais, sociais, históricos, demográficos, psicológicos e clínicos, devendo ser fortalecido por laços de cumplicidade, confidencialidade e respeito. Vale complementar que

"[...] na prática, a adesão é um processo de construção gradual e demorado. E essa tarefa é também prevenção. Primeiro, porque a adesão evita que os HIV-positivos progridam para AIDS. Segundo, porque contribui para diminuir o aparecimento de cepas resistentes de HIV"^{13:143}.

A adesão faz-se fundamental pois a terapêutica utilizada no combate à AIDS, na grande maioria das vezes, se mostra difícil para administração e permanência. Um importante aspecto relacionado à não-adesão ao tratamento está no próprio obstáculo psíquico do indivíduo em aceitar o diagnóstico HIV positivo. "O contexto cultural difícil e carregado de preconceito aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos à AIDS, à resis-

tência aos anti-retrovirais e ao adoecimento. Cria situações que aumentam o risco de depressão e a desesperança^{14:37} que são fatores também relevantes quando se vislumbra a não-adesão farmacológica.

Outra questão que se faz importante salientar, em relação à adesão ao tratamento anti-retroviral, reside no fato de que o indivíduo, ao usar a medicação, está se considerando como doente, está se percebendo como um ser com AIDS, está portando um agente patológico para o qual ainda não há cura e está assumindo a condição de culpado perante a sociedade, pensamentos que reforçam o estigma da doença que está arraigado na epidemia⁷. É preciso destacar que a “história dos aderentes é uma história de superação de dificuldades, relacionadas não apenas às características complexas dos esquemas medicamentosos, mas, sobretudo, às dificuldades relacionadas ao estilo de vida e ao estigma da doença”^{15:20}.

Assim, percebe-se a influência marcante dos aspectos culturais de determinado espaço social e momento histórico em que o indivíduo com AIDS está inserido, no que tange às questões referentes à adesão ou à não-adesão ao tratamento anti-retroviral.

AIDS como Doença Crônica

A fim de principiar a reflexão sobre as possíveis aproximações entre o complexo contexto da epidemia da AIDS e o enfoque de cronicidade possibilitado ao indivíduo que vivencia, cotidianamente, o estar infectado pelo HIV, mediante o desenvolvimento do tratamento anti-retroviral, é importante compreender o significado de doença crônica. Nesse sentido, procurou-se utilizar definições conceituais que vislumbassem para além de apenas um estado de doença mantido e agravado ao longo do tempo, mas como um fenômeno diretamente relacionado ao conhecimento do indivíduo, bem como às crenças, valores, saberes e práticas que permeiam a rede familiar e social em determinado tempo e espaço.

Compreende-se que a doença, e neste caso específico a AIDS, desvela-se como uma das possibilidades de existência do homem, propiciando um repensar de si mesmo e, conseqüentemente, da coletividade no que se refere a hábitos, crenças, prioridades, valores, além do próprio modo de ser no mundo como herança cultural arraigada no processo histórico-social. É preciso, então, lançar um olhar que transcenda a percepção de doença como um fato meramente biológico, para

entendê-la como vinculada, também, à cultura, ou seja, como um estado – transitório ou permanente – vivido pelo indivíduo e que se encontra localizado no ínterim entre o biológico e o cultural.

Assim como os conceitos de saúde e doença alteraram-se ao longo dos tempos, a definição de doença crônica também foi modificada. Consoante estudo¹⁶ que analisou parcela da literatura científica, os primeiros trabalhos – anos de 1994 e 1995 – centravam o conceito de condição crônica mais nos aspectos individualizantes, respaldados, sobremaneira, no modelo biomédico; já a análise dos estudos publicados nos anos seguintes – 1996 a 1998 – demonstrou uma modificação importante a partir da ampliação do olhar sobre o estado de cronicidade, compreendendo-o em associação à cultura e outras áreas do conhecimento. Ou seja,

“[...] a abordagem cultural passa a ser considerada no entendimento da condição crônica de saúde fazendo-se referência às tradições, valores e saberes que permeiam as práticas comunitárias, em contraponto às verdades científicas da área biológica”^{16:58}.

Pode-se conceber, então, a doença crônica como uma possibilidade permanente de existência que altera o processo de ser saudável e encontra relação próxima com os significados estabelecidos, individual e coletivamente, para o processo de viver, “pois a dimensão da doença vai além dos aspectos biológicos, envolvendo os contextos social, psicológico, cultural e religioso das pessoas”^{16:52}.

Em relação ao contexto da infecção pelo HIV, percebe-se que as evoluções técnico-científicas e, principalmente, farmacológicas têm oportunizado aos indivíduos com AIDS um viver com a doença, e não para a doença como nos anos iniciais; isto é, o tratamento anti-retroviral, essencialmente após o desenvolvimento da HAART, tem possibilitado, entre outros aspectos, transformar uma síndrome que anteriormente era percebida culturalmente como um resultado de morte anunciada⁷, em uma doença com perspectivas de cronicidade.

Neste sentido, vale ressaltar que,

com a evolução da tecnologia, dos métodos de diagnóstico e nas pesquisas, principalmente no tratamento da AIDS, as pessoas passaram a conviver com a doença por um tempo maior, isto é, vários fatores estão contribuindo para o aumento da sobrevivência do ser-com AIDS, caracterizando um tendência à cronicidade desta doença^{17:134}.

Assim, ao analisar a política brasileira de distribuição de medicamentos referentes ao HIV/AIDS, compreende-se que “a eficácia das associações terapêuticas aliadas à acessibilidade aos

medicamentos permitem, atualmente, classificar essa infecção como uma doença crônica^{9:1389}.

Acredita-se que o estado de cronicidade facultado aos indivíduos com AIDS, por intermédio do tratamento anti-retroviral, traz a possibilidade de mudança de valores, crenças, hábitos e conhecimentos, individuais e coletivos. Isso propicia a transformação de uma cultura que relaciona o estar com AIDS com o estar mais próximo à morte, a ser portador de um estigma social e, portanto, marginalizado e desacreditado⁷, para uma cultura que vislumbra a AIDS como uma doença crônica, assim como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a Diabete Mellitus (DM), a insuficiência renal crônica (IRC), entre outras, necessitando, contudo, de esforços pessoais, coletivos e governamentais a fim de redirecionar os rumos do viver.

Para tanto, visando possibilitar a percepção de cronicidade ao estar e viver com AIDS, faz-se imprescindível que a sociedade, em especial os profissionais da saúde, visualizem uma condição importante do estado crônico e que tem relação direta com a cultura vivida nos tempos atuais, a saber: a manutenção da adesão ao tratamento anti-retroviral. A adesão pode ser conceituada como um processo dinâmico, interativo e contínuo que envolve o profissional da saúde e o indivíduo com AIDS, apresentando influência de diversos aspectos, como: fatores relacionados à personalidade do indivíduo, fatores da própria síndrome, fatores intrínsecos ao tratamento, da relação entre o indivíduo com AIDS e a equipe de saúde, questões relacionadas ao contexto cultural, apoio familiar e social, entre outros¹³.

O conceito de adesão à terapêutica medicamentosa, nesse sentido, apresenta intrínseca relação com a cultura e com a sociedade, bem como com a história vivida pelo indivíduo. Assim, Leite e Vasconcellos^{18:777} afirmam que a "adesão, como um dos critérios do uso de medicamentos e do cuidado de saúde como um todo, é afetada ou direcionada pelo meio social e cultural em que acontece". Destacam, também, que muitos estudos nessa área

"[...] desconsideram o paciente, ou o responsável por sua saúde, como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e 'ressignificações' sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento"^{18:781}.

Neste cenário epidemiológico da AIDS de proporções mundiais, além do indivíduo infectado e do tratamento farmacológico, é preciso ressaltar a equipe multiprofissional de saúde que se ocupa do cuidado direto e indireto decorrentes da internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial, além de centrar atenções à prevenção individual e coletiva. Todavia, não bastam apenas esforços de enfermeiros ou médicos para o controle e combate à epidemia e nem para uma adesão anti-retroviral mais eficiente; para isto necessita-se de uma equipe multiprofissional, sendo necessário, ainda, não só que os indivíduos com HIV/AIDS sejam acompanhados por diversos trabalhadores da área da saúde, mas que além disso, estes troquem experiências e vivências entre si a fim de proporcionarem um atendimento e acompanhamento mais qualificados, tendo em vista a perspectiva de cronicidade do viver com AIDS.

Vale registrar que

"[...] já aprendemos também das pesquisas na área de educação em saúde que a prática de profissionais dispostos a escutar, a respeitar o mundo de crenças de seus pacientes e a compartilhar a responsabilidade do tratamento é mais eficaz"^{14:51}.

Faz-se essencial vislumbrar os indivíduos que vivem com AIDS como portadores de uma doença crônica e uma equipe envolvida em seu cuidado sensível ao respeito às crenças, aos valores, ao conhecimento, à cultura do mesmo, a fim de adequar o tratamento anti-retroviral à forma – individual e coletiva – de viver do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos conceitos de saúde e doença ao longo dos tempos e suas relações e influências tanto do paradigma cartesiano e biologicista quanto do modelo holista e humanístico, fica claro o rumo dos delineamentos conceituais por que passaram o estar saudável e estar doente em dado tempo e espaço vividos de forma individual e coletiva. Compreende-se, assim, que o processo saúde-doença precisa ser vislumbrado em uma perspectiva cultural em que estão envolvidos hábitos, crenças, conhecimentos, valores, ações/atitudes – pessoais e sociais – herdados e constituídos historicamente por meio do individual e do coletivo.

Daí, tem-se como epidemia sociocultural marcante das últimas décadas do século XX a infecção pelo vírus da AIDS que, rapidamente, se deslocou da predominância sobre os grupos já historicamente estigmatizados pela sociedade, para uma distribuição, de certa forma, com equidade sobre a população como um todo. Entretanto, a fim de minimizar o impacto social acarretado pelo contexto HIV/AIDS, a sociedade civil e a comunidade científica não tardaram esforços; enquanto aquela dedicava-se – e dedica-se – mais a combater o preconceito, a discriminação e o estigma arraigado no viver com HIV (entre outros aspectos não menos importantes), esta tem centralizado a atenção em desenvolver mecanismos científicos que dificultem novas infecções virais e em descobrir outras medicações que facilitem uma vida maior e com mais qualidade àqueles que vivem com AIDS.

Entre os avanços científicos e tecnológicos oportunizados na modernidade, faz-se fundamental destacar o desenvolvimento do tratamento anti-retroviral, essencialmente após o ano de 1996 que se destaca como sendo o marco para a sofisticação da terapia combinada de alta potência (HAART). No entanto, essas medicações precisam ser consideradas no contexto vivido pelo indivíduo, sofrendo influências de diversos aspectos como os sociais, políticos, religiosos, culturais, entre outros; ainda, ressalta-se a importância de associá-los aos fatores facilitadores e/ou dificultadores para a adesão farmacológica, a fim de que este conjunto propicie um repensar e refletir acerca do significado, na atualidade, de estar infectado pelo HIV, isto é, com vistas a considerar a AIDS como uma doença crônica.

Dessa maneira, a compreensão do processo saúde-doença como influência e influenciador do contexto histórico, social e cultural e a necessidade de desenvolver ações de prevenção e assistência que possibilitem um viver com o HIV/AIDS – e não para ele – é que se percebe a emergência em mudar o olhar lançado a essa epidemia. Conclui-se, então, com a afirmação de Seffner^{19:402}, de que “todos olham para o doente de Aids e já vêem nele o morto. Poucas vezes se aborda a questão do ‘viver com Aids’, cada vez mais comum, na medida em que os avanços médicos e sociais vão transformando a Aids numa doença crônica”.

Portanto, a reflexão ora apresentada tem seu ponto de partida no importante desenvolvimento do tratamento anti-retroviral – principalmente

após a descoberta dos inibidores da protease – a partir de um enfoque cultural lançado à saúde e à doença, possibilitando um repensar e ressignificar da epidemia do HIV/AIDS na atualidade. O viver com AIDS, depois dos anti-retrovirais, tem um novo significado cultural, o qual propicia lançar um olhar que vai além do indivíduo doente e de sua associação com a morte, para uma visão mais ampla, mais humana, em que o indivíduo convive, cotidianamente, com a doença, a AIDS, percebida, então, a partir do prisma da cronicidade.

REFERÊNCIAS

1. Gualda DMR, Bergamasco RB. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004. p. 25-37.
2. Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: *Anais do 2º Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS; 1997*; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p. 20-37.
3. Mello LG. Antropologia cultural, objeto e método. In: Mello LG. *Antropologia cultural: iniciação, teoria e temas*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995. p. 33-78.
4. Ferraz AF, Gualda DMR, Stefanelli MC, Hoga LAK. Referencial teórico para estudar HIV/AIDS como processo saúde-enfermidade. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004. p. 329-50.
5. Freitas MC. Promover a vida apesar da doença: a experiência do adoecer crônico. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone; 2004. p. 265-76.
6. Czeresnia D. Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epistemológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
7. Seffner F. O jeito de levar a vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995.
8. Lima ALM, Kiffer CRU, Uip DE, Oliveira MS, Leite OHM. *HIV/AIDS: perguntas e respostas*. São Paulo: Atheneu; 1996.
9. Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(05): 1388-97.
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
11. Galvão J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(01): 213-9.
12. Adão VM, Merighi IM. Grupo de adesão – centro de

referência e treinamento DST/AIDS. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS; 2000. p. 129-34.

13. Lemes C. Trégua ameaçada. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS; 2000. p. 139-43.

14. Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS; 2000. p. 27-78.

15. Jordan MS, Lopes JF, Okasaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? Experiên-

cias de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS; 2000. p. 5-25.

16. Freitas MC, Mendes MMR. Construindo a análise do conceito: condição crônica de saúde. In: Gualda DMR, Bergamasco RB, organizadoras. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004. p. 49-62.

17. Padoin SMM. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS. In: Prochnow AG, Padoin SMM, Carvalho VL. Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 99-208.

18. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 775-82.

19. Seffner F. AIDS e (é) falta de educação. In: Silva LH, organizador. *A escola cidadã no contexto da globalização*. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000. p. 397-412.

LA CRONICIDAD EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: REPENSANDO LA EPIDEMIA DE LA SIDA DESPUÉS DE LOS ANTIRRETROVIRALES

RESUMEN: Este artículo conforma una revisión crítica y tiene como objetivo colaborar en los debates acerca del vivir con SIDA, bajo el prisma de la cronicidad, y con el tratamiento antirretroviral. Se lanzó una mirada, a partir de una perspectiva histórica y cultural, a la epidemia VIH/SIDA, en la contemporaneidad, y a los avances propiciados por el desarrollo técnico-científico, en especial cuanto al tratamiento medicamentoso. Se destaca la necesidad apremiante de sustituir la cultura que relaciona esa epidemia con la muerte y con el morir, por una cultura que vislumbra el convivir, cotidianamente, con el virus de la SIDA en una perspectiva de cronicidad.

Palabras Clave: Enfermería; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida; enfermedad crónica; terapia.

Recebido em: 20.03.2006

Aprovado em: 08.08.2006

Notas

*Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS); Bolsista CNPq; Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem e Saúde (GEPES) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS); Membro do Grupo de Estudos do Cuidado em Enfermagem à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA – UFRGS/RS).

**Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS/RS. Coordenadora de Pesquisa Clínica do Núcleo de Pesquisa Materno-Infantil da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Rua Otávio Corrêa, 15 / apto 43 Bairro – Cidade Baixa. CEP: 90050-120 Porto Alegre – RS E-mail: eu_diegosch@hotmail.com

***Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS/RS; Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SC); Coordenadora do CEVIDA (UFRGS/RS).