

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORES DE HIV/AIDS

Bruna Pelegrina¹, Carla Fernanda Falchi², Nathalia Zanca de Moura³, Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos⁴

Universidade de Taubaté / Departamento de Enfermagem. Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 605, Centro, Taubaté, CEP: 12080-000

¹ e-mail - bruna.pelegrina@hotmail.com

² e-mail - carlaffalchi@hotmail.com

³ e-mail - nathyzanca@hotmail.com

⁴ e-mail - teresacelia@terra.com.br

Resumo - Qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças. Quando se trata de HIV/ Aids entre as mulheres, poucos estudos têm colaborado para melhorar, em uma dimensão mais integral, o acolhimento e a assistência à mulher. O advento dos antiretrovirais para tratamento dos indivíduos com HIV/Aids proporciona aumento do tempo de sobrevida, porém seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura geram impacto na qualidade de vida. Nesta pesquisa, objetivou-se verificar a qualidade de vida de mulheres portadoras de HIV/AIDS. O método utilizado foi o de revisão bibliográfica, que constituiu em identificar, por meio de artigos, livros e *sites* relacionados, estudos que abordassem o tema. Os resultados indicam que os fatores mais comprometedores foram: "Preocupações com sigilo sobre a infecção", "Atividades sexuais" e "Preocupações com a saúde". Tais fatores levam a alterações psicológicas, dentre as quais as mais significativas são: ansiedade, depressão, ira, culpa e obsessões. Conclui-se que os fatores emocionais agravam o quadro clínico e alteram a qualidade de vida das mulheres portadoras, sendo de suma importância discutir meios de lhes garantir melhorias, nesse aspecto.

Palavras-chave: Qualidade de vida. HIV. AIDS. Mulheres.

Área do Conhecimento: Saúde

Introdução

Qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças. As pessoas que se consideram felizes e com alta qualidade de vida atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas: social, afetiva, saúde e profissional (LIPP; TANGANELLI, 2002).

A qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids tem sido motivo de preocupação, pois, desde a introdução do AZT (zidovudina), em 1986, os portadores da doença tiveram ampliadas, não apenas sua expectativa de vida, como também a qualidade de vida (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

De 1980 a junho de 2006, 433.067 casos de Aids haviam sido notificados no Brasil. Entre 1995 e 2004, a incidência aumentou de 14,1 para 19,7, por cem mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade diminuiu passou, de 8,7, para 6,2 por cem mil habitantes. Essa dissociação casos/óbitos deveu-se ao surgimento da terapia antiretroviral de alta potência (HAART *highly active antiretroviral therapy*) e sua distribuição gratuita, no País, a partir de 1996, para cerca de

170.000 pessoas infectadas, Assim, com o aumento da sobrevida dos indivíduos infectados, as preocupações voltam-se para sua qualidade de vida (SANTOS; FRANCA JUNIOR; LOPES, 2007). Quando se trata de HIV/ Aids entre as mulheres, a situação fica mais delicada. Embora a epidemia de Aids tenha aumentado, entre as mulheres, poucos estudos têm colaborado para melhorar, em uma dimensão mais integral, o acolhimento e a assistência à mulher portadora dessa patologia, bem como o tratamento clínico da infecção nesse grupo (TUNALA, 2002).

No presente estudo, o objetivo foi analisar a qualidade de vida de mulheres portadoras de HIV/Aids.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada com base em artigos publicados em *sites*, revistas especializadas e livros.

Resultados

A transmissão heterossexual do vírus da imunodeficiência adquirida é predominante em

quase todo o mundo, e as mulheres representam dois terços das pessoas infectadas por essa via (MAGALHÃES, 1999).

A epidemia cresce 9 vezes mais entre as mulheres, geralmente jovens, mulheres casadas ou que têm relacionamento fixo, sem comportamento promíscuo e que contraíram o vírus “dentro de casa” (AMARO, 2005).

No Brasil, o tempo médio de sobrevivência de pacientes após o diagnóstico de AIDS tem sofrido alterações. Estudos revelam que, na década de 80 e início dos anos 90, a média de sobrevivência desses pacientes foi de cinco meses. Em pacientes diagnosticados em 1995 e em 1996, a média de sobrevivência aumentou para 18 e para 58 meses, respectivamente. Finalmente, em 2002, foi descrita uma média de sete anos na sobrevivência desses indivíduos (FERNANDES et al., 2005).

Abordar a aids entre mulheres não pode ser simples, visto que discutir o assunto exige levantar questões relacionadas ao casamento, à maternidade, à sexualidade, à relação de gênero e outros aspectos íntimos da natureza feminina (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

Em relação à qualidade de vida em pacientes com HIV/ Aids, um estudo mostrou que, entre as pessoas assintomáticas e aquelas sintomáticas/doentes, as segundas apresentam piores escores de avaliação da QV (qualidade de vida), bem como do funcionamento físico e psicológico. Verificou-se, também, que pessoas soropositivas pobres obtiveram médias significativamente mais baixas em vários dos indicadores avaliados, como qualidade de vida geral, bem-estar emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social. Observou-se a fusão do fator enfrentamento focalizado no problema com o fator busca de suporte social, optando-se pela manutenção da denominação enfrentamento focalizado no problema. A maior parte dos participantes relatou disponibilidade e satisfação com o suporte social. (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005).

Carvalho e Galvão (2008), em seus estudos realizados com mulheres com idades entre 19 e 56 anos, constataram que 60,3% eram casadas ou moravam junto com o parceiro e que 50% apresentavam até oito anos de escolaridade. Na análise dos índices mais baixos da escala de qualidade de vida, os resultados demonstraram que os domínios mais comprometidos foram: “Preocupações financeiras”, “Preocupações com sigilo sobre a infecção”, “Atividades sexuais” e “Preocupações com a saúde”.

Tunala (2002) descreve que, quanto menor a renda disponível por morador, mais provavelmente a fonte de estresse citada será outra que não o tratamento e o adoecimento. Das pacientes analisadas, 3% não freqüentaram a escola; 17% estudaram até a quarta série; 43%,

até a oitava série; 25%, até o terceiro colegial; 12% chegaram à formação universitária. Das mulheres entrevistadas 46% estavam desempregadas, 28% tinham emprego e 12% estavam aposentadas. Relataram ter parceiro fixo, 47%; viúvas e sem parceiro 23%; não tinham parceiros, 25%; e, 5% ficaram viúvas por causa da aids, mas já possuíam outro parceiro. Em relação aos fatores estressantes, 24% relataram ser pelo fato de existir sorologia positiva para o HIV; 59% não possuíam relação com este estado; e, 9% dos casos não se encaixavam em nenhuma das categorias, ficando classificados como de fonte indefinida.

O prejuízo na qualidade de vida, no que tange a “Preocupações financeiras”, é resultado de uma situação econômica que dificulta a sobrevivência do indivíduo e altera sua qualidade de vida (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

Tunala (2002) descreve que apenas 14% dos eventos estressantes são diretamente resultados do tratamento ou do adoecimento. Os relatos das fontes de estresse foram distribuídos nos seguintes assuntos: familiares, 17%; relacionamento com o parceiro, 12%; filhos, 14%; enfermidade, 14%; relacionamento com outras pessoas, 9%; problemas financeiros, (8%); problemas profissionais, 7%; vivências de discriminação, 7%; outros, 4%; e, 8% não responderam.

Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) descrevem que Suporte social e emocional, enfrentamento focalizado na emoção, enfrentamento focalizado no problema e viver com parceiro foram preditores significativos da dimensão psicossocial da QV (qualidade de vida), alcançando a maior variância explicada (59%).

Discussão

Carvalho e Galvão (2008) descrevem que o HIV/Aids foi construído diante de conceitos de perversidade e de misérias humanas, como as questões do homossexualismo masculino, promiscuidade feminina e uso de drogas. Esses são uns dos dilemas vividos pelas mulheres infectadas no momento da revelação do diagnóstico. O medo do julgamento e da exclusão social as desencoraja, gerando alterações em sua qualidade de vida.

O desenvolvimento de programas de tratamento objetiva conseguir diminuir os problemas associados à doença e potencializar as variáveis psicológicas relacionadas com maior competência imunológica e melhor capacidade de enfrentamento (*coping*), facilitando assim a aquisição de qualidade de vida (REMOR, 1997).

Os resultados encontrados por Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) permitem a conclusão de que as mulheres soropositivas avaliaram ter maior

disponibilidade e satisfação com o suporte emocional, menor enfrentamento focalizado na emoção, maior frequência de enfrentamento nos problemas. Permitem, também, concluir que as mulheres que viviam com parceiros relataram melhores condições de funcionamento na parte afetiva e relacionamento social.

Segundo Remor (1997), as alterações psicológicas associadas à infecção por HIV e AIDS mais significativas que experimenta o sujeito infectado, em diversos momentos (desde que conhece o resultado da soropositividade, até as últimas fases da doença) são: ansiedade, depressão, ira, culpa, obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (hipocondria).

Tunala (2002) relata que a soropositividade é muitas vezes utilizada nos conflitos. A agressividade presente nas discriminações e em discussões familiares deve-se, muitas vezes, à falta de conhecimento sobre a doença, bem como à sobrecarga emocional do medo de adoecer e sofrer perdas familiares. Haveria efetiva melhora na qualidade de vida dessas mulheres, se os seus familiares fossem incluídos nas atividades educativas e de aconselhamento dos serviços especializados.

Conclusão

Conclui-se que os fatores emocionais, tanto quanto os fatores socioeconômicos, interferem na qualidade de vida de mulheres portadoras do HIV. É de suma importância a realização de trabalhos nessa área, a fim de levantar e discutir melhorias de vida para essas mulheres.

Referências

AMARO, S. T. A. A. questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde e Sociedade**, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 2, p. 89-99, 2005.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Revista Escola Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

FERNANDES, A. P. M. et al. Maior sobrevida em pacientes com marcadores imunogenéticos de rápida progressão para a AIDS: subsídios para a assistência de Enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 229-34, 2005.

LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres.

Psicologia: Reflexão e Crítica, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 537-548, 2002.

MAGALHÃES, J. Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anticoncepção, no comportamento sexual e na história obstétrica. **RBGO**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 177-178, 1999.

REMOR, E. A. Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, 1997.

SANTOS, E. C. M.; FRANCA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 64-71, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

TUNALA, L. G. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 24-31, 2002.