



AS DEMANDAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV EM SUAS DIMENSÕES BIOPSISSOCIAIS

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar as demandas de mulheres que vivem com HIV em suas dimensões biopsicossociais. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa com coleta de dados por observação participante no âmbito do grupo de Recovery em saúde mental e suporte por pares voltado para mulheres que vivem com HIV em cenário de ambiente virtual. Apresentam-se como resultados 3 categorias temáticas: demandas biológicas, demandas psíquicas, demandas sociais, as quais não são estanques pois estão imbricadas, conforme apresentou-se na discussão dos dados. Adotou-se tal classificação para apresentar de forma elucidativa o que emergiu da análise de conteúdo que produz categorias temáticas. Concluiu-se que é preciso que os profissionais de saúde identifiquem as demandas de mulheres que vivem com HIV em suas dimensões biopsicossociais para que se possa produzir um cuidado integral, pois todas as demandas são legítimas e se potencializam, demandando cada vez uma abordagem multiprofissional e intersetorial.

Descritores: Grupo de Saúde Mental, Saúde Integral da Mulher, Suporte por Pares, HIV.

The demands of women living with HIV in their biopsychosocial dimensions

Abstract: This study aimed to identify the demands of women living with HIV in their biopsychosocial dimensions. A qualitative research was carried out with data collection through participant observation within the scope of the Recovery group in mental health and peer support aimed at women living with HIV in a virtual environment scenario. The results present 3 thematic categories: biological demands, psychic demands, social demands, which are not watertight as they are intertwined, as presented in the discussion of the data. This classification was adopted to present in an enlightening way what emerged from the content analysis that produces thematic categories. It was concluded that it is necessary for health professionals to identify the demands of women living with HIV in their biopsychosocial dimensions so that comprehensive care can be produced, as all demands are legitimate and strengthen each other, each time demanding a multidisciplinary and intersectoral.

Descriptors: Mental Health Group, Comprehensive Women's Health, Peer Support, HIV.

Las demandas de las mujeres que viven con VIH en sus dimensiones biopsicosociales

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar las demandas de las mujeres que viven con VIH en sus dimensiones biopsicosociales. Se realizó una investigación cualitativa con recolección de datos a través de la observación participante en el ámbito del grupo de Recuperación en salud mental y apoyo entre pares dirigido a mujeres viviendo con VIH en un escenario de ambiente virtual. Los resultados presentan 3 categorías temáticas: demandas biológicas, demandas psíquicas, demandas sociales, que no son estancas pues están entrelazadas, como se presenta en la discusión de los datos. Esta clasificación fue adoptada para presentar de manera esclarecedora lo que surgió del análisis de contenido que produce categorías temáticas. Se concluyó que es necesario que los profesionales de la salud identifiquen las demandas de las mujeres que viven con VIH en sus dimensiones biopsicosociales para que se pueda producir una atención integral, ya que todas las demandas son legítimas y se fortalecen entre sí, exigiendo cada vez un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

Descriptores: Grupo de Salud Mental, Salud Integral de la Mujer, Apoyo entre Pares, VIH.

Marcela Pimenta Guimarães Muniz
Doutora em Ciências do Cuidado e Saúde.
Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ,
Brasil.
E-mail: marcelamuniz@id.uff.br

Débora Lopes Pimenta
Enfermeira. Universidade Federal Fluminense.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: deborapimenta@id.uff.br

Jorge Luiz Lima da Silva
Doutor em Saúde Coletiva. Fiocruz. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: jorgeluz@id.uff.br

Cauã de Carvalho Fernandes Luquine
Enfermeiro. Faculdade de Tecnologia e
Ciências - UniFTC. Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: caualuquine7@gmail.com

Amaralina Pimenta Muniz
Docente do Curso de Fisioterapia.
Orientadora do Programa de Pós-graduação
em Engenharia Biomédica da Universidade
Anhembi Morumbi. São Paulo - SP, Brasil.
E-mail: amaralinamuniz@gmail.com

Vitória Costa Oliveira
Enfermeira. Coordenadora do Curso
Integrado de Segurança do Trabalho no
Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, Brasil.
E-mail: vitoria.costa888@gmail.com

Submissão: 07/12/2024
Aprovação: 15/01/2025
Publicação: 28/01/2025



Como citar este artigo:

Muniz MPG, Pimenta DL, Silva JLL, Luquine CCF, Muniz AP, Oliveira VC. As demandas de mulheres que vivem com HIV em suas dimensões biopsicossociais. São Paulo: Rev Remecs. 2025; 10(16):3-15. DOI: <https://doi.org/10.24281/rremecs2025.10.16.315>

Introdução

O ambiente e as condições em que as pessoas vivem afetam sua saúde mental. Fatores como transporte, cultura, segurança, lazer e economia são determinantes importantes. Compreender esses fatores permite avaliar a realidade do indivíduo e sua influência na saúde mental. Isso só é possível ao desconstruir o modelo biomédico, a qual foca somente na perspectiva biologicista¹.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS, em Alma-Ata, em 1987, reafirmava que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde².

A Síndrome da Imunodeficiência Humana adquirida, causada pelo vírus HIV, carrega muitos estigmas que acabam afetando a saúde mental dos indivíduos acometidos pela doença, ocasionando diversas demandas físicas, psíquicas e sociais. Quando a doença surgiu, no início da década de 1980, os primeiros casos notificados nos EUA eram ligados à homossexuais. Acreditando-se que o HIV estivesse restrito a esse grupo, a doença já surge trazendo preconceito e muitos estigmas envolvidos. Mais tarde, o perfil epidemiológico também trouxe como grupos de risco profissionais do sexo e usuários de drogas levando, muitas vezes, por conta das vias de transmissão sexuais e hematológicas, uma associação da doença a imoralidade e promiscuidade por grande parte da população³. Diante disso, evidencia-se a

necessidade do cuidado integral desses sujeitos por parte dos profissionais e serviços de saúde.

A saúde não é caracterizada apenas pela ausência da doença, bem como não abrange somente o sistema de saúde em si, como hospitais e clínicas, mas está difundida em diversos setores da sociedade como um todo. Sendo assim, torna-se fundamental uma boa qualidade de vida atrelada ao cuidado integral e o entendimento das demandas que acometem as pessoas que vivem o vírus da imunodeficiência humana, para que eles possam atingir seu bem-estar⁴.

O sujeito sofre estigmatização ao não conseguir se comunicar, ser aceito, por outro grupo, sendo este um atributo negativo, o qual pode causar exclusão e solidão⁵. Além do desafio do estigma social, também há o impacto biológico e psicológico em portadores do vírus. O HIV tem como característica infectar as células do sistema imunológico ocasionando imunossupressão, o que dá margem a outras infecções e ao surgimento de diversas complicações que fazem o indivíduo infectado recorrer ao sistema de saúde com maior frequência. A infecção envolve diferentes fases, o aparecimento de sintomas depende da resposta imunológica e da sua carga viral⁶. Também há o fato da doença, ainda, não ter cura, restando apenas o tratamento para aumento da sobrevida, envolvendo a temática da aceitação da doença por parte do paciente. Dito isto, lidamos com uma série de fatores e problemáticas que podem ocasionar outras complicações a serem enfrentadas, como a ansiedade e depressão⁷.

A temática do gênero também pode e deve ser observada com relação aos diferentes desdobramentos que uma doença pode ter na vida de homens e mulheres. Por fatores culturais, bem como

particularidades biológicas, a mulher portadora de HIV sofre preconceitos específicos ligados à sua condição, principalmente quando examinamos sob a ótica gestacional, aborto e prostituição³.

Analisando as diferentes demandas da mulher portadora de HIV, é possível fornecer um cuidado integral, auxiliado pela multidisciplinariedade, fazendo uso de ferramentas que permitam a quebra de barreiras dos estigmas e preconceitos, havendo uma troca com esse grupo, sendo essencial destacar que cada indivíduo é único e precisa de um cuidado singular e direcionado.

O presente trabalho teve como objetivo identificar as demandas físicas, sociais e psíquicas vivenciadas por mulheres que vivem com o HIV.

Material e Método

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. O estudo qualitativo utiliza o ambiente natural como fonte de dados e o pesquisador preocupa-se com o processo e não somente com os resultados e o produto, entendendo o indivíduo de forma social e histórica, compreendendo seu desenvolvimento e diferentes significados nos meios culturais⁸.

O cenário do estudo foi um grupo de Recovery em saúde mental e suporte por pares voltado para mulheres que vivem com HIV que se estabelece de forma virtual com o uso da plataforma *Google Meet*, utilizando-se o G-Suíte da Universidade Federal Fluminense. A população foi de mulheres que vivem com HIV participaram do referido grupo. O critério de inclusão foi de mulheres que possuíam disponibilidade de tempo e internet. Não houve critério de exclusão.

A coleta de dados foi realizada durante 6 meses a partir da observação participante, com uso de roteiro

e diário de campo do pesquisador. A pesquisa participante aproveita de recursos e espaços de participação disponíveis na sociedade. Através da ferramenta *Google Meet* foi possível coletar dados a partir da narrativa de mulheres participantes do grupo de saúde mental e observar as demandas biopsicossociais das mulheres que vivem com HIV. Com a técnica de coleta de dados por observação participante foi possível estabelecer relações comunicativas com os indivíduos do grupo com a finalidade de ser melhor aceito⁹.

A análise dos dados coletados se deu pela técnica de análise de conteúdo temático. Cronologicamente, a análise de conteúdo pode ter três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase, organiza-se o material a ser analisado. Depois, é aplicado o definido na fase anterior. Na terceira fase, tenta-se desvendar o conteúdo subjacente ao manifesto. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que busca a descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo. Esse instrumento é adaptável a um campo de aplicação vasto, o das comunicações¹⁰.

“Tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”. O interesse não reside apenas na descrição do conteúdo em si, mas no que se pode deduzir após seu tratamento, podendo ser uma análise de natureza psicológica, sociológica, histórica e econômica¹⁰. Isso permitiu uma avaliação das diferentes demandas que afetam as mulheres que vivem com HIV/HIV.

O estudo foi submetido e aceito pelo comitê de ética em pesquisa do HESFA/UFRJ com número de parecer 4.292.759.

Resultados

Ao total, participaram da pesquisa 8 mulheres, sendo 2 negras, 5 pardas e 1 branca. Foram utilizados codinomes para preservar a identidade das participantes durante os relatos. O grupo é composto por mulheres de diferentes localidades do Brasil, na faixa etária de 37 a 56 anos.

As reuniões ocorreram a cada 15 dias com duração de 1 hora e 30 minutos. As demandas expressas e analisadas não têm sempre relação direta com o HIV propriamente dito, sendo este um fator em comum entre elas, mas não o único e determinante para tudo que lhes afeta.

Apresentam-se como resultados 3 categorias temáticas: demandas biológicas, demandas psíquicas, demandas sociais, as quais não são estanques pois estão imbricadas, conforme apresentou-se na discussão dos dados.

Demandas sociais

O acesso à assistência à saúde é um fator social imprescindível para a saúde mental do indivíduo. Esmeralda, uma das participantes do grupo, relata que está com muita dificuldade para enxergar, necessitando ir a um oftalmologista para trocar a lente dos óculos. No entanto, encontrava-se com dificuldades de agendar consulta junto ao serviço de saúde devido à disponibilidade de vaga e por não possuir recursos financeiros para pagar uma consulta particular.

“Não estou conseguindo enxergar nada, vou ter que juntar dinheiro para tentar ir a um médico particular e depois mandar fazer os óculos...porque senão eu não consigo fazer as coisas...” (Esmeralda).

Acerca do mercado de trabalho, Esmeralda diz que não trabalha na sua área pois não conseguiu

emprego, tendo que optar por trabalhar como diarista. Agora, aposentada, aguarda o sorteio da sua casa própria. Ambos os fatos narrados abarcam demandas sociais relativas ao mercado de trabalho e acesso à moradia. Alguns participantes do grupo chegam a associar a questão do desemprego ao preconceito com mulheres que vivem com HIV, pelo fato de muitas pessoas saberem da doença.

Jade, que encontrava-se desempregada, relata que perdeu o emprego após se cortar e, por saberem da doença, foi demitida.

“Quando eu me cortei minha colega disse: nossa! Logo você se cortou?... Eu cheguei no trabalho no dia seguinte e o segurança nem me deixou entrar” (Jade).

Demandas psíquicas

Dentro das demandas psíquicas, um ponto muito abordado pelas participantes dos grupos, merecendo destaque, é a relação das mesmas com vícios ou acerca do relacionamento com pessoas usuárias de drogas.

Rubi relata que fumou por muitos anos, mas agora está há 14 anos sem fumar e que o prazer do vício é muito intenso sendo muito difícil de abandonar.

“Sair do vício é um dia após o outro pois é uma luta constante...” (Rubi).

Esmeralda, refere que o ex-parceiro é usuário de drogas e que viveu momentos terríveis por conta disso pois muitas vezes o mesmo era violento, sobretudo quando estava sob efeito dos entorpecentes, o que era frequente. Referiu também que sua preocupação era o filho ter relações sexuais e contrair HIV, mas este, ex-usuário de drogas, a diz que considera que o uso do crack é mais prazeroso que relações sexuais:

“É muito triste você ouvir do próprio filho que o prazer que a droga fornece é maior do que o prazer sexual... isso me deixou triste e assustada pois meu filho é um jovem e isso mostra como a droga destrói a vida dele” (Esmeralda).

Safira refere que o marido é alcoólatra e que chega em casa toda noite bêbado e agressivo, que quer se divorciar, mas não consegue sentindo-se uma prisioneira.

Outro ponto que merece destaque, é o relacionamento das mesmas com seus animais domésticos e em como isso reflete seus relacionamentos passados e sua forma de se expressar.

Jade diz que o filho não a ajudou a cuidar de seu gato que estava morrendo pois estava sob efeito de drogas e que sofreu muito com isso pois o amor dos bichos foi o único que conheceu na vida e precisava de amparo naquele momento.

Esmeralda diz que sofreu muito por perder seu gato porque foi o único que deu amor e atenção a ela, diferentemente da família.

“...Desde criança fui ensinada a reprimir minhas emoções... eu caía, me machucava e meu padrasto dizia para engolir o choro, então eu sempre fui muito fechada...isso só mudou quando ganhei o Romeu...(gato)” (Esmeralda).

Esmeralda relata não ter amigos e ter dificuldades para fazer amizades e associa isso com o preconceito a sua doença. Diz que quando foi morar com o ex-parceiro se tornou mais fechada pelo fato do mesmo ser violento, usuário de drogas e ter sofrido muito durante a relação. Também relata ter se mudado para o interior recentemente, mas não ter contato com os vizinhos pois o lugar possui muitos pontos de venda de drogas.

“Eu tenho medo de ter contato com minha vizinha porque assim... ela é usuária de drogas e dizem que ela ouve vozes” (Esmeralda).

Esses relatos demonstram que, até mesmo alguém que sofreu algum tipo de preconceito, como no caso de Esmeralda, pode reproduzi-los, mesmo que de outra forma. Podemos pontuar o preconceito vivido por ela, pela falta de conhecimento das pessoas acerca da soropositividade, como o preconceito reproduzido por ela para com sua vizinha, definindo quem ouve vozes como uma pessoa possivelmente violenta.

Jade relata ter perdido muitas oportunidades por ter medo do que as pessoas iriam pensar se descobrissem que ela tem HIV, mas isso mudou há algum tempo:

“A COVID é ruim, mas veio para mostrar que tem coisas piores que o HIV... ninguém está imune ao vírus, pega jovem, velho...qualquer um pode morrer do vírus da covid. Não me importa mais o que vão pensar de mim” (Jade).

Muitas referem ter sentimentos depressivos, insônia e ansiedade e que o grupo as auxilia nesse aspecto. Essas referências muitas vezes estão ligadas a acontecimentos externos, não necessariamente devido a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, mas gerados por demandas diversas como relacionamentos conturbados com os companheiros e familiares, e dificuldades financeiras.

Safira relata que o grupo funciona como um suporte de saúde mental, pois pode desabafar e contar seus problemas porque muitas vezes não tem com quem contar. Relata que muitas amigas, que não vivem com HIV, também passam por problemas biopsicossociais iguais aos relatados por ela,

demonstrando que esses fatos não estão restritos à doença em si.

Diamante diz que quando briga com o filho, tem crises de ansiedade tendo que utilizar remédios controlados e calmantes para dormir.

“Semana passada tivemos uma briga, foi tanto estresse que fui parar no hospital...tive uma crise de ansiedade” (Diamante).

Jade diz que tem depressão e que a doença roubou os melhores anos da sua vida, lhe tirando a vontade de viver.

“Estou com 51 anos e imaginava que, quando essa idade chegasse, eu estaria realizada, conquistando coisas... mas eu não consegui, por conta da depressão” (Jade).

Estava fazendo curso de técnico de enfermagem, porém, faltando 8 meses para terminar, teve uma crise de depressão e não conseguiu prosseguir com os estudos.

Demandas físicas

O HIV afeta a vida das mulheres de diversas formas, incluindo em seus aspectos fisiopatológicos. Jade refere que antes de descobrir ser portadora de HIV teve toxoplasmose nos olhos.

“No começo, achei que era uma conjuntivite”, e que começou a se automedicar com dipirona e novalgina, “eu emagreci e meu cabelo começou a cair muito” (Jade).

Depois de um tempo ficou doente novamente, com dores de cabeça e prostração, e a vizinha a levou ao médico. Os exames apontaram neurotoxoplasmose e, posteriormente, o médico infectologista deu o diagnóstico de HIV.

“Saí do hospital de cadeira de rodas, meus cabelos caíram e eu pesava 53 kg” (Jade).

Esmeralda diz que tem hepatite C, por conta do HIV, e que o profissional de saúde que a acompanhou

não se atentou para isso, tendo a doença evoluído para cirrose hepática.

“Tomei injeções de interferon durante anos, doía muito. E agora, tenho medo de tomar outros medicamentos e prejudicar ainda mais meu fígado” (Esmeralda).

Com o surgimento do tratamento antirretroviral foi possível reduzir a concentração do vírus da imunodeficiência humana no organismo dos portadores permitindo uma expectativa de vida maior. No entanto, alguns efeitos adversos dos medicamentos podem levar ao surgimento de enxaquecas e dores no estômago, como algumas referiram durante as reuniões do grupo de pesquisa. Também foi referido por algumas participantes a síndrome da lipodistrofia, algo que ocorre em alguns pacientes em uso de antirretroviral.

“Eu sinto que meu rosto ficou bem magrinho, bem sequinho por causa dos remédios...” (Esmeralda).

Outro ponto que deve ser ressaltado é que comorbidades, como as doenças crônicas não transmissíveis, podem afetar essas mulheres, como algumas relataram ter diabetes e hipertensão, sendo preciso que o profissional de saúde esteja atento para que o HIV não comprometa a detecção ou o acesso ao tratamento.

Discussão

Acesso e barreira aos serviços de saúde

Para todo e qualquer ambiente onde a mulher que vive com HIV possa estar inserida, deve-se levar a problemática do preconceito e estigmatização como fator a ser observado e potencial desencadeador de situações prejudiciais. Com o preconceito, o indivíduo é definido por uma característica única, ignorando

seus demais atributos, reduzindo-o a um fator negativo⁵.

Na assistência à saúde dessas mulheres não é diferente. Inicialmente, para entendermos o que pode limitar o acesso a essa assistência, precisamos considerar uma possível discriminação do próprio profissional de saúde para estas pacientes. Aliado a isso, vem a questão da dificuldade de acesso à informação que essa discriminação gera. Por exemplo, uma mulher com infecção pelo HIV entende que a doença possui tratamento? Uma gestante, tem consciência dos cuidados que devem ser tomados para que se evite a transmissão para o bebê? A desinformação aliada ao preconceito pode ser determinante para que a transmissão do vírus aumente, bem como o número de óbitos para a doença.

Nesse âmbito, a educação em saúde e a educação permanente, demonstram-se fundamentais para a conscientização de que diagnósticos e tratamentos precoces, aliadas ao cuidado integral, são fundamentais para propiciar a esse grupo uma vida mais saudável e, até mesmo, reduzir a exposição de outras pessoas ao vírus. A relação do profissional de saúde para com mulheres que testam positivo para o HIV não pode ser rotulada e limitada somente a isso. Ademais, é preciso que o profissional compreenda que o atendimento integral das demandas biopsicossociais do indivíduo se dá pela atuação integral de cada um e não, necessariamente, pela formação de uma equipe multidisciplinar¹¹. É preciso buscar o cuidado humanizado e uma escuta ativa deste paciente.

Dificuldade no acesso ao mercado de trabalho

O ambiente de trabalho, assim como todos, deveria ser um local de acolhimento para mulheres que vivem com HIV. No entanto, o que vemos na maioria das vezes, é a representação de um ambiente com estigmatização e preconceito¹². Para entender a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho para indivíduos que vivem com HIV é preciso identificar, primeiramente, que esse acesso já se demonstra desigual para homens e mulheres. A proporção de mulheres empregadas e a disparidade na remuneração entre os gêneros denuncia uma maior dificuldade do sexo feminino ao trabalho formal e bem remunerado. A infecção de mulheres pelo HIV, mostra-se um fator a mais para discriminação desse grupo no âmbito do trabalho.

O trabalho deveria ser fundamental para auxiliar o atendimento das demandas, propiciando uma remuneração digna, ambiente de socialização e respeito. Porém, quando há estigmatização e preconceito, o trabalho pode se tornar um fardo no qual contribui para piora física, psíquica e mental desse indivíduo. A literatura nos traz, que o portador de HIV necessita alinhar seu trabalho com o tratamento, pois há a questão da necessidade de retornos contínuos às unidades de saúde para tratamentos por alguns pacientes, ou até mesmo quando há piores clínicas. No entanto, muitos empregos não aceitam a quantidade de atestados submetidos, faltas e atrasos, tendo esse funcionário que optar pelo emprego ou autocuidado, o que gera também uma problemática de ordem econômica para esse grupo¹².

Para ampliar a questão, é preciso enxergar essas mulheres como seres humanos e cidadãos. Muitas

buscam exercer o papel de mãe, de trabalhadora, tanto na rua quanto em atividades domésticas e tudo isso culmina para a dinâmica da sociedade. Uma boa qualidade de vida estimula uma nação mais desenvolvida, participativa e engajada em inúmeros aspectos e um mercado de trabalho vestido de preconceito e trabalhadores doentes, propicia uma economia e desenvolvimento social deficientes.

Relações abusivas e violência

O Brasil vem apresentando uma feminização da epidemia de HIV, a qual vem atrelada a casos de violência moral e psicológica contra a mulher. Essa relação deve-se a eventos perpetuados na sociedade, como sexo forçado, dificuldade de negociar um sexo protegido aos seus parceiros e a ocultação da condição de soropositividade¹³.

Analisando as dificuldades enfrentadas por mulheres que vivem com a infecção por HIV, observamos seus relacionamentos e como isso pode desencadear demandas, vulnerabilidades e afetar o autocuidado com a saúde. Assim como em diversos temas referentes a esse grupo, devemos adentrar na temática do relacionamento, primeiramente, sob a perspectiva do gênero. A construção do papel social entre homens e mulheres foi sendo moldado culturalmente ao longo dos anos, sob a ótica de que o homem, provedor, tinha plenos poderes de controle e persuasão sobre a mulher, submissa e restrita aos trabalhos domésticos¹⁴.

Durante os resultados, foi percebido que a relação de desigualdade entre os gêneros, tanto para com parceiros quanto para outros familiares como filhos, aliado à vulnerabilidade pelo HIV, afetam drasticamente essas mulheres.

Desde o surgimento do HIV, na década de 80, criou-se uma estigmatização do grupo de risco para indivíduos que possuíssem mais de um parceiro sexual¹⁵. Com isso, criou-se a falsa e comum percepção, de que um relacionamento estável não requer o uso de preservativos. Essa questão é de difícil desconstrução, pois muitos parceiros não aceitam manter relações com o uso de preservativos e a mulher muitas vezes não consegue argumentar de forma contrária devido a construção social de desigualdade de gênero que põe a mulher como obediente e submissa.

A violência, sendo ela física, verbal ou psíquica, praticada por seus companheiros, sejam maridos ou namorados, aponta para uma vulnerabilidade da qual ao invés de promover momentos de prazer, felicidade e aceitação para mulher, acabam por tornar mais uma dificuldade a ser vivida¹³. Muitas relatam que vivenciam ou vivenciaram relações abusivas onde sofreram violências físicas e morais. Algumas conseguem sair desses relacionamentos e seguir em frente com outros companheiros, mas muitas não. Outro ponto a ser observado nos relacionamentos dessas mulheres, é que muitas temem constituir uma nova relação por medo do preconceito ou de infectar seus novos parceiros. Logo, essa articulação entre a violência e o relacionamento geram uma problemática na vida dessas mulheres, pois muitas não acreditam que podem ser felizes ao lado de outra pessoa e isso as afeta¹⁶. É preciso que essas mulheres sejam orientadas quanto às formas de evitar a exposição de potenciais parceiros para que possam estabelecer relações como qualquer outro indivíduo.

Companheiros alcoolistas ou usuários de outras drogas

Para compreender as variações nos padrões de saúde mental das mulheres com HIV, é importante levar em consideração hábitos sociais e ambientais, como o uso de drogas, ingestão de álcool, meio de transporte, ambiente de trabalho, região onde vive, reconhecendo, assim, o potencial efeito dos determinantes sobre a saúde do indivíduo¹⁷. O relacionamento de mulheres com alcoolistas e usuários de drogas, é um determinante que afeta sua realidade e foi muito abordado pelas participantes do grupo de mulheres que vivem com HIV. Muitas relataram que os parceiros chegavam bêbados e sob efeito de entorpecentes e acabavam ficando violentos e agredindo-as.

Dada a complexidade desses relacionamentos, outro ponto a se observar é o entendimento desses companheiros para o HIV. Os parceiros de mulheres soropositivas também buscam a testagem para HIV? Eles também são portadores do HIV? Estão conscientizados sobre as formas de prevenção de infecção caso venham a relacionar-se com outras mulheres? Estão conscientes das demais formas de transmissão da doença e acerca do tratamento? Essas questões devem ser levantadas e trabalhadas por profissionais de saúde ao tratarem mulheres para HIV¹⁶. É necessário inserir o parceiro das mesmas no cuidado, seja para tratar a doença ou fornecer um suporte psicológico para essas mulheres, pois este tratamento não pode ser restringido somente à infectologia.

Pet na promoção da saúde mental

Durante as entrevistas, houve relatos de uma infância e adolescência marcada por violências e

agressões e, atualmente, muitos acerca da dificuldade de relacionar-se bem com os companheiros e os familiares na idade adulta. O alinhamento de tudo isso pode culminar na solidão da mulher que vive com HIV. Desde a pré-história, o ser humano manteve uma relação com os animais, sendo ela inicialmente de caça e logo depois evoluindo para a domesticação. Essa relação com animais de estimação pode propiciar uma melhora na qualidade de vida promovendo um bem estar físico e mental para o indivíduo¹⁸. Ao interagirem com seus animais, muitas sentem amor e carinho, algo que muitas vezes não lhes foi proporcionado por outro ser humano.

Essa interação entre o ser humano e seu mascote “É uma busca pelo equilíbrio mental, luta silenciosa para sobreviver à angústia da solidão”. Esse equilíbrio mental, também pode ser relacionado ao fato de que seus mascotes não possuem a capacidade de discriminar, estigmatizar ou rotulá-las como pessoas que vivem com algum tipo de doença. Isso traduz-se em um alívio para quem vive com tantas vulnerabilidades, podendo interagir e amar um ser que não a discrimina¹⁹.

Estigma e preconceito

Mesmo quando a estigmatização refere-se a uma doença, ela está atrelada ao imaginário de características e aspectos individuais do indivíduo, como cor da pele, comportamentos, idade e aspectos socioeconômicos. A estigmatização vivida por mulheres que vivem com HIV, muitas vezes está atrelada a sua principal forma de transmissão, a via sexual. Isso criou, desde o surgimento da doença, uma falsa percepção de que os infectados pelo vírus eram pessoas promíscuas, que possuíssem mais de um parceiro¹⁵.

De acordo com a UNHIV, em uma pesquisa inédita realizada em 2019 em sete capitais brasileiras, buscando identificar o impacto do estigma e discriminação na vida de pessoas que vivem com HIV, com a participação de 1.784 pessoas: uma relevante parcela (64,1%) dos entrevistados já haviam sofrido algum tipo de discriminação ou estigmatização por conta da doença. Ainda de acordo com o estudo, 15,3% dos participantes referiram discriminação por parte de profissionais de saúde e 20% relatam que não conseguem revelar aos parceiros(as) fixas sobre sua condição por medo de sofrerem discriminação.

Essa estigmatização gera um preconceito que, aliado às atitudes discriminatórias, resulta em danos à saúde do indivíduo. Esse preconceito pode ser evidenciado pela dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, sistema de saúde e relações de amizade e conjugais particularmente violentas como as relatadas pelas participantes da pesquisa. Tudo isso culmina no medo: medo de não ser aceita, medo de não ser bem-vinda em determinados locais, medo de relacionar-se novamente, medo de impor-se e manifestar sua vontade em determinadas situações... “Os processos de pânico moral e a violência estrutural contribuem para alojar pessoas e grupos do acesso a bens materiais e simbólicos da sociedade”^{15,19}.

Insônia, ansiedade e depressão em pessoas com HIV

A insônia foi uma questão bastante levantada nos resultados da presente pesquisa, o que leva a refletir sobre a relação entre a qualidade do sono e HIV. Devido à extensa gama de demandas biopsicossociais que afetam essas mulheres, como o tratamento com antirretrovirais, comorbidades, estigmatização, preconceito e discriminação é comum observar o desenvolvimento de ansiedade, depressão, insônia,

baixa autoestima e isolamento social nesse grupo. Todos esses fatores sinalizam para a necessidade de estruturar um atendimento e tratamento de atenção integral e multidisciplinar do paciente com HIV²⁰.

É importante abordar também acerca do uso de medicamentos de cunho psiquiátrico, com uso altamente controlado, que as participantes da presente pesquisa referem fazer uso. O cuidado integral deve estar presente para que questões de tratamento medicamentoso e psíquico estejam bem estruturadas, levando em conta as demais demandas da mulher com HIV, as quais muitas vezes apresentam baixa autoestima e perda de esperança no futuro.

A adesão ao tratamento antirretroviral, os efeitos colaterais e as incertezas provenientes de questões de aceitação e estigma, geram na mulher que vive com a doença incertezas e insegurança. Voltando para o profissional enfermeiro, deve-se promover um cuidado onde seja possível promover a esperança de uma vida livre de estereótipos e amarras que as impeçam de serem quem são. “O cuidado prestado pela enfermagem é rico em significados capazes de transmitir esperança, mesmo nas pequenas ações”²¹.

HIV e comorbidades

Com a instituição da terapia antirretroviral (TARV) para HIV tornou-se possível reduzir as taxas de comorbidades e mortalidade, proporcionando uma maior qualidade de vida. A terapia não baseia-se na erradicação do vírus, mas na redução da concentração do vírus da imunodeficiência humana no organismo, permitindo uma preservação do sistema imunológico e diminuindo infecções oportunistas²².

Com o aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis, como doenças respiratórias, metabólicas e cardiovasculares,

passaram a ser um novo problema para esse grupo²³. Segundo o Ministério da Saúde, em 2011, ao traçar os planos de enfrentamento para as DCNT até 2022, as mesmas eram responsáveis por aproximadamente 70% das mortes no Brasil, sendo as doenças de maior magnitude.

Destaca-se as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, que sozinhas representavam cerca de 30% das mortes. Por isso, mostra-se importante o combate ao rótulo de “portador de HIV” ao paciente que vive com o vírus, pois sua condição de saúde não pode ser reduzida somente a isso. Não se pode permitir que o HIV mascare a preocupação tanto do profissional quanto do indivíduo para outras doenças não oportunistas.

Algumas referências ao tratamento antirretroviral apresentado nos resultados, foram a síndrome lipodistrófica ocasionada pelo vírus do HIV e a infecção pelo vírus da hepatite C. A presença de infecção pelo vírus da hepatite C é um dos percussores do aumento de doenças cardiovasculares nos indivíduos que vivem com HIV, sendo necessário um tratamento inicial para hepatite C. Já a lipodistrofia se dá pela perda de tecido adiposo subcutâneo periférico, observado no rosto, membros e nádegas e acúmulo de gordura visceral. Essa questão da lipodistrofia desperta um debate acerca da autoestima da mulher com HIV e como ela se sente com sua aparência. A lipotrofia facial pode produzir estigmatização sendo fundamental que se promova a autoestima dessas mulheres para que se estimule, concomitantemente, o autocuidado²⁴.

O modelo biomédico pauta-se somente na doença ligada a aspectos sintomáticos e fisiológicos dos indivíduos. Buscar ampliar a visão de saúde para o

completo bem-estar só é possível através de estudos que busquem compreender as diversas demandas e como elas podem afetar o paciente. Através desses estudos, pode-se proporcionar uma promoção e educação em saúde integral, promovendo melhoras nos indicadores de saúde, sociais e a redução de retornos de pacientes às unidades de saúde para lidar com situação que poderiam ser evitadas ou diminuídas, como a não adesão ao tratamento antirretroviral.

Considerações Finais

Foi possível identificar, por meio dos relatos das participantes do grupo de pesquisa, que muitas tinham dificuldade de acesso ao mercado de trabalho. Além do fato do gênero feminino apresentar maior grau de discriminação no âmbito trabalhista, por questões culturais, há também a questão do preconceito com portadoras de HIV. O ambiente de trabalho deve ser um local que promova acolhimento e relacionamentos para o indivíduo e isso não pode ser negado a essas mulheres. Também há a questão da dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Muito disso se dá pelo despreparo do profissional de saúde em abordar de forma correta e promover o cuidado integral dessas mulheres. Isso acaba afastando a mulher que vive com HIV do tratamento, redução da transmissão e suporte psicológico. É preciso auxiliar a mulher com aids para que ela possa reduzir a transmissão do vírus, conscientizando-a de que ela pode ser mãe e manter relações sexuais caso queira.

Pode-se observar que muitas mantinham relações conturbadas com seus parceiros, familiares ou amigos, referindo violências físicas, morais e psicológicas. Essas violências podem desencadear

vulnerabilidades, afetando o autocuidado da mulher com HIV.

Toda essa problemática acaba culminando para maior prejuízo da redução da transmissão do vírus, descuido do tratamento, o que gera outros problemas de saúde, aumento da mortalidade pela doença, dentre outros fatores. A estigmatização do grupo de risco para indivíduos que possuem HIV acabou trazendo uma falsa percepção acerca dos infectados pela doença, direcionando a doença para homossexualismo e mulheres que têm relação com mais de um parceiro.

Isso leva a um sentimento de “vergonha”, por parte desses indivíduos, em compartilharem o fato de possuírem a doença com outras pessoas por medo de serem julgados e discriminados, o que gera autoexclusão social, medo e temor em relacionar-se seja com parceiros sexuais ou amigos.

A estigmatização também trouxe a falsa percepção de que relacionamentos “fixos” prescindiam de proteção, o que gera uma dificuldade de conscientização da mulher com HIV, pois muitas vezes envolve também a temática da infidelidade. Algumas participantes relataram que seus parceiros eram usuários de drogas e alcoolistas, isso os levava a ficar violentos e suscetíveis a maus tratos.

Por isso, muitas referiram encontrar o amor, amizade e carinho que não lhes era fornecido por um ser humano, em seus animais de estimação como cães e gatos. Foi comumente relatado, quadros de insônia, ansiedade e depressão. Toda essa temática de violência em seus relacionamentos, discriminação, preconceito atinge essas mulheres de forma intensa e em diversos âmbitos da vida. Logo, o cuidado integral é evidenciado para o atendimento dessas pacientes.

A mulher que vive com HIV já tem como pressuposto base o preconceito de gênero e que somado a todas a estigmatização e discriminações que o vírus traz, atenuam suas vulnerabilidades e sofrimento. Os direitos humanos são direitos atrelados a todos os indivíduos como ser humano. Respeitá-los para além da condição social, cor, gênero e religião devem pautar o cuidado do profissional da saúde. Saber lidar com cada demanda e entender como elas afetam cada âmbito da vida do paciente, pode propiciar uma saúde de qualidade, sustentável e duradoura.

Referências

1. World Health Organization. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO. 2011.
2. Castro BP, Penido CMF. Ações intersetoriais como enfrentamento da complexidade na saúde coletiva. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):21-46.
3. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV entre mulheres. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(3):531-540.
4. Batistella CEC. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
5. Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Zahar. 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.
7. Cruz MLS, Darmont, MQRM, Souza S. Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2021; 26(7):2653-2662.

8. Augusto CA et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober. *Rev Econ Sociol Rural*. 2013; 51(4):52-73.
9. Arpini, MD, Zanatta E, Paraboni P, Rodrigues PM, Marchesan RQ. Observação e escuta: recursos metodológicos de investigação em psicologia no âmbito da saúde materno-infantil. *Contextos Clínicos*. 2018; 11(2):243-256.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016.
11. Aguiar JMD, Simões B, Regina H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2115-2123.
12. Ferreira RCM, Figueiredo MAC. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006; 39(4):591-600.
13. Miranda AC. Mulheres soropositivas para HIV; explorando percepções sobre violência e vulnerabilidades. Salvador: Bomfim. 2012.
14. Ceccon RF, Meneghel SN. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV em situação de violência. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2017; 27(4):1087-1103.
15. Monteiro S, Villela W. Estigma, pânico moral e violência estrutural: o caso da aids. *Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III*. Rio de Janeiro: ABIA. 2019.
16. Lima MES, Schraiber LB. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(3):947-960.
17. Bosi E, Moura M. Narrativas sensíveis sobre grupos fragilizados. 2014. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2014/04/24/elea-bosi-narrativas-sensiveis-sobre-grupos-fragilizados/>>.
18. Giumelli RD, Santos MCP. Convivência com animais de estimação: um estudo fenomenológico. *Rev Abordagem Gestalt*. 2016; 22(1):49-58.
19. Costa EC. Animais de estimação: uma abordagem psicossociológica da concepção dos idosos. *Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)*. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. 2020.
20. Patrício ACF, et al. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(5):1288-1294.
21. Galvão MTG, et al. Esperança em mulheres portadoras da infecção pelo HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):38-44.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2020.
23. Lima AKB. Qualidade do sono e sintomas de insônia em pessoas vivendo com HIV em tratamento com antirretrovirais. 2020. 83 f. *Dissertação (mestrado)* - Universidade Católica de Santos. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva. 2020.
24. Casas RR, et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2014; 15(6): 942-948.