

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO COM O  
SUPORTE SOCIAL ÀS PESSOAS COM AIDS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Vânia Lúcia Durgante**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**



# **DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL ÀS PESSOAS COM AIDS**

**Vânia Lúcia Durgante**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de pós-graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Denardin Budó**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Durgante, Vânia Lúcia Durgante  
Disponibilidade e Satisfação com o Suporte Social às  
pessoas com AIDS / Vânia Lúcia Durgante Durgante.-2012.  
179 p.; 30cm

Orientadora: Prof. Enfa Dra Maria de Lourdes  
Denardin Budó Budó

Coorientadora: : Prof Enfa Dra Laura de Azevedo  
Guido Guido

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. suporte social 2. enfermagem 3. síndrome da  
imunodeficiência adquirida I. Budó, Prof. Enfa Dra Maria  
de Lourdes Denardin Budó II. Guido, : Prof Enfa Dra  
Laura de Azevedo Guido III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem**

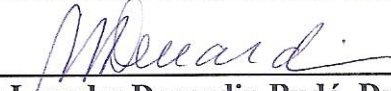
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

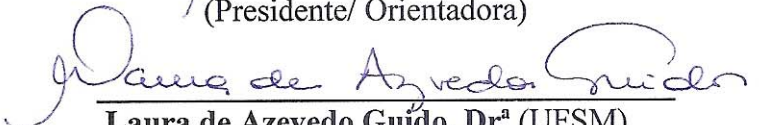
**DIPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL  
ÀS PESSOAS COM AIDS**

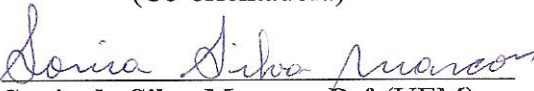
Elaborada por  
**Vânia Lúcia Durgante**

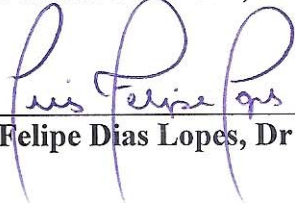
como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
**Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Laura de Azevedo Guido, Dr<sup>a</sup> (UFSM)**  
(Co-orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Sonia da Silva Marcon, Dr<sup>a</sup> (UEM)**

  
\_\_\_\_\_  
**Luis Felipe Dias Lopes, Dr (UFSM)**

Santa Maria, 25 de janeiro de 2012



## DEDICATÓRIA

*À minha mãe, por ter me permitido vivenciar o seu amor, confiança e apoio incondicional.  
À minha orientadora, pela paciência e compreensão dos meus limites, pelos ensinamentos de vida, que me ajudou a crescer como pessoa e profissional, com toda minha admiração.  
Aos usuários da UDM, pelo carinho que me dedicaram, por terem permitido conhecer um pouco de suas vidas e aprender muito com suas experiências vividas.*





## AGRADECIMENTOS

*Este trabalho é fruto de uma caminhada por vezes solitária, imprescindível para momentos de inspiração. Porém, em grande parte foi construído coletivamente, ocasião em que torna-se necessário agradecer a todos pela disposição, carinho e manifestações positivas recebidas neste rápido porém intenso momento da minha vida. Dentre elas, agradeço:*

*Aos meus pais: Arcy e Elomir, pelo amor incondicional, por terem me ensinado o valor e o gosto pela leitura, por estarem presentes sempre mesmo de longe, por entender o meu afastamento em algumas datas especiais, e acima de tudo por terem me ensinado valores e princípios que regem minha vida, entre elas a solidariedade, honestidade e dedicação.*

*Aos meus filhos, Mariana e Gabriel, pelos momentos felizes e de cumplicidade, agradeço a compreensão pelos momentos de ausência e cansaço.*

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó, por estar sempre presente nas decisões, compreender o meu tempo necessário de aprendizagem, pela sua confiança durante todas as etapas da elaboração dessa dissertação.*

*À minha Co-orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura de Azevedo Guido, pelo carinho, pelos ensinamentos e disposição em repassar seus conhecimentos, pela amizade construída que iniciou junto com esta pesquisa, pela oportunidade do convívio e do aprendizado.*

*A professora Sonia da Silva Marcon pelas orientações e contribuições sugeridas para a qualificação do meu projeto de dissertação e por abrilhantar a minha defesa. Ao professor Luís Felipe Dias Lopes por gentilmente ter aceito fazer parte da banca de defesa e pelas valiosas contribuições.*

*As docentes do PPGEnf/UFSM e do Curso de Enfermagem/UFSM, pela contribuição na minha formação profissional. Serei eternamente grata pelas palavras de incentivo e de ânimo, nos momentos de alegria e de dificuldades.*

*À Zeli, pela paciência e carinho junto à secretária do PPGEnf.*

*Aos colegas de turma do mestrado, pelo convívio, chimarrão quentinho, discussões esclarecedoras, especialmente aos colegas Celso Silveira, Etiane Freitas, Maria Elaine Bolzan e Úrsula Pinheiro, com quem compartilhei momentos de alegria, dúvidas e aprendizado que jamais serão esquecidos.*

*Aos colegas do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, pela convivência e aprendizado, especialmente às acadêmicas de enfermagem Marianne Robaina e Melissa Gewher e Enf<sup>a</sup> Jucimara Michelon, pelo apoio, preocupações, dúvidas e sentimentos compartilhados em que passamos na coleta de dados.*



*Às amigas e colegas : Salete Rizzatti , Vera Cristina Dorneles, Cecília Brondani , Dalva César e Janete Denardin, pela amizade que nos une e nos fortalece a cada dia, por estarem presentes e me apoiarem tanto nos momentos mais difíceis quanto nos mais felizes desta trajetória e da minha vida.*

*À amiga e colega, Cláudia Sala Andrade, farmacêutica da UDM e do Serviço de Doenças Infecciosas do HUSM, a quem admiro muito pelo trabalho incansável no desempenho das suas funções profissionais buscando sempre a qualidade no atendimento e nas relações com os usuários.....tua trajetória me serve de exemplo...*

*À farmacêutica Solange dos Reis e secretária Cátia Lourenci, que nos acolheram e incentivaram durante o período de coleta de dados na UDM, não esqueceremos o carinho e atenção dispensadas neste período.*

*As farmacêuticas Nélia Flores e Ângela Marques do laboratório de Carga Viral e CD4 do HUSM, por gentilmente compreenderem a importância deste estudo e cederem dados clínicos necessários para compor esta pesquisa.*

*Aos usuários do serviço de infectologia do HUSM e do grupo de apoio, pelo convívio , vínculo e aprendizado de mais de sete anos,.. pelo carinho e desprendimento em que colaboraram com este estudo.*

*À Universidade Federal de Santa Maria, por proporcionar qualidade na minha formação de graduação e pós-graduação, e por possibilitar a realização deste estudo.*

*À Direção do Hospital Universitário, principalmente à Direção de Enfermagem pelo estímulo na realização do mestrado e à Direção de Ensino e Pesquisa que colaborou com informações valiosas para a qualidade desta investigação.*

*A todos aqueles que, por falha pessoal não tenham sido citados, e que me acompanharam nesta caminhada, meus sinceros agradecimentos.*



## *SABER VIVER*

*Não sei... Se a vida é curta  
Ou longa demais pra nós,  
Mas sei que nada do que vivemos  
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:  
Colo que acolhe,  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
Lágrima que corre,  
Olhar que acaricia,  
Desejo que sacia,  
Amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,  
É o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela  
Não seja nem curta,  
Nem longa demais,  
Mas que seja intensa,  
Verdadeira, pura... Enquanto durar"*

*Cora Coralina*



## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL ÀS PESSOAS COM AIDS**

AUTORA: VÂNIA LÚCIA DURGANTE

ORIENTADORA: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ

Data e Local da defesa: Santa Maria, 24 de janeiro de 2012.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo desenvolvido com o objetivo de mensurar o suporte social e a satisfação percebida pelos pacientes com aids em tratamento com antirretrovirais. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria/RS com uma amostra de 177 usuários cadastrados na Unidade de Dispensação de Medicamentos em HIV/aids. Os dados foram coletados por meio de um protocolo de pesquisa dividido em duas partes: um questionário sociodemográfico e de saúde e a Escala de Avaliação do Suporte Social. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2011, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o armazenamento e organização das informações construiu-se um banco de dados em uma planilha eletrônica, no programa Excel (Office 2007). Após foram analisados estatisticamente com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences. A consistência interna da Escala foi avaliada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach, que atestou fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe ( $\alpha=0,93$ ). Para análise e apresentação dos resultados utilizaram-se medidas de tendência central e de dispersão. Para comparação entre as variáveis de interesse e as dimensões da Escala utilizaram-se os testes de Mann Whitney e o Kruskal-Wallis. Usou-se a Correlação de Spearman para avaliar a relação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte social. Identificou-se que 53,1% dos usuários do estudo eram do sexo masculino, 49,7% solteiros ou separados, católicos (55,4%), idade média de 42,08 anos ( $\pm 10,04$ ) anos, ensino fundamental incompleto (39,5%), que ganhavam entre um e três salários mínimos (40,7%), e ativos profissionalmente (45,2%). No início do tratamento verificou-se CV de valor médio e CD4 muito baixo e na ocasião da coleta de dados a Carga Viral estava indetectável e o CD4 normal. Verificou-se 55,9% de internações após o diagnóstico, 41,8% conhecem o diagnóstico entre seis e 10 anos e 61,5% fazem o tratamento entre um e seis anos. O suporte social mais recebido foi o emocional e as fontes de suporte foram os familiares. Os usuários avaliaram a satisfação do suporte social recebido como “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”. O apoio recebido em situações concretas que facilitam o tratamento de saúde e o apoio que os fazem sentir valorizados como pessoas tiveram as médias mais altas no suporte instrumental e emocional respectivamente. O apoio nas questões financeiras e para sentirem-se parte da família de alguém foi o suporte menos disponibilizado aos usuários. Conclui-se que as variáveis sociodemográficas e de saúde influenciaram na disponibilidade e satisfação do suporte social e na adesão à TARV. Destaca-se a importância deste estudo para os profissionais da saúde, na medida em que se reconhece o suporte social como mediador para a manutenção e promoção da saúde, e as repercussões do convívio social como um fator capaz de proteção à saúde e na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Suporte Social, Enfermagem, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.





## **ABSTRACT**

Mastership Dissertation  
Post-graduation Program on Nursery  
Federal University of Santa Maria

### **SOCIAL SUPPORT TO PEOPLE WITH AIDS: PERCEPTION AND SATISFACTION**

AUTHOR: VÂNIA LÚCIA DURGANTE  
SUPERVISOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ  
Date and local of defense: Santa Maria, January 24th 2012.

It is a transversal, descriptive and quantitative study developed to measure the social support and the satisfaction of patients with AIDS who are being treated with anti-retroviral medicine. The research was carried out at the University Hospital of Santa Maria, Rio Grande do Sul state, with a sample of 117 users registered at the Medicament Providing Unit of HIV/AIDS. The data were collected by means of a research protocol divided into two parts: a social-demographic questionnaire on health and the Social Support Scale. It was taken from February to April 2001, after signing the Free and Aware Agreement Term. For the storing and organization of information, it was built a data bank in the program Excel (Office 2007). After that, they were analyzed statistically with the help of software Statistical Package for the Social Sciences. The scale internal consistency was evaluated by Cronbach's Alpha Coefficient, which attested the certainty of the instrument measure (0.93). Dispersion and central tendency measures were used for the analysis and presentation of the outcomes. Mann Whitney and Kruskal-Wallis tests were used for the comparison among the interest variants and the scale dimension. Spearman correlation was used to assess the relation between the availability and satisfaction of the social support. It was identified 53.1% of male users, single and separated (49.7%), catholic (55.4%), mean age of 42.08 years ( $\pm 10.04$ ), concluded fundamental school, (39.5%) earned from one to three minimum wages (40.7%) and are active workers (45.2%). In the treatment beginning, it was noticed CV of average value and very low CD4, by the time of data collection of undetectable Viral Charge and normal CD4. It was seen 55.9% of hospital admissions after the diagnosis, 41.8% of them know the diagnosis between 6 and 10 years old and 61.5% have the treatment between one and six years of age. The most common support received was the emotional one and this support came from the family members. It is concluded that the social-demographic and health variables influenced the availability and satisfaction of the social support and in joining 'TARV'. The most accepted social support was the emotional one and the support sources are from their families. The users evaluated the social support satisfaction as 'neither satisfied nor dissatisfied'. The support received in concrete situations, which helps the health treatment, and the support, which makes them feel beloved, had the highest averages in the emotional and instrumental support, respectively. The financial support was the least common one. It should be highlighted the importance of this study for health professionals once it recognizes the social support as a mediator for the maintenance and promotion of health as well as the results of the social living as a factor to protect and give quality of life.

**Key words:** Social Support. Nursery. Acquired Immunodeficiency Syndrome.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de diagnóstico referida pela amostra, Santa Maria/ RS, 2011. ....	77
Figura 2 - Distribuição dos pesquisados segundo o tempo de tratamento com TARV, Santa Maria/RS, 2011. ....	78
Figura 3 - Distribuição das outras fontes de suporte social citadas pelos sujeitos, Santa Maria/RS, 2011. ....	120



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores para a interpretação do coeficiente de correlação .....	68
Tabela 2 - Coeficiente Alfa de Cronbach para a Escala de Suporte Social, Santa Maria/RS, 2011 .....	72
Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo sexo, situação conjugal, número de filhos, religião. Santa Maria/RS, 2011 .....	72
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade, renda, situação profissional e ocupação referida. Santa Maria/RS, 2011. ....	73
Tabela 5 – Medidas descritivas para a idade dos respondentes. Santa Maria/RS, 2011. ....	74
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com a procedência e respectivas CRS, Santa Maria/RS, 2011 .....	74
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo os níveis de CV e CD4, Santa Maria/ RS, 2011. ....	76
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao número de internações realizadas após o diagnóstico para o HIV, Santa Maria/RS, 2011. ....	77
Tabela 9 - Medidas descritivas para as dimensões do suporte social, Santa Maria/RS, 2011. ....	79
Tabela 10 - Medidas descritivas da disponibilidade e satisfação do suporte instrumental recebido, Santa Maria/RS, 2011. ....	79
Tabela 11 – Medidas descritivas quanto a disponibilidade e satisfação do suporte emocional recebido, Santa Maria/RS, 2011 .....	80
Tabela 12 - Coeficientes de correlação de Spearman entre disponibilidade do suporte instrumental e o grau de satisfação pelo suporte recebido. Santa Maria/RS, 2011. ....	81
Tabela 13 - Coeficientes de correlação de Spearman entre disponibilidade do suporte emocional e o grau de satisfação pelo suporte recebido. Santa Maria/RS, 2011. ....	82
Tabela 14- Comparação da variável sexo com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	83
Tabela 15 - Comparação da situação conjugal com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	84



Tabela 16 - Comparação da variável escolaridade com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	85
Tabela 17 - Comparação da variável renda com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	86
Tabela 18 - Comparação da variável situação profissional com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	87
Tabela 19 - Comparação da variável sexo e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	88
Tabela 20 - Comparação da variável situação conjugal e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	89
Tabela 21 - Comparação da variável escolaridade e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011 .....	90
Tabela 22 - Comparação da variável renda e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	91
Tabela 23 - Comparação da variável situação profissional e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	91
Tabela 24 - Comparação da variável sexo com a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	93
Tabela 25 - Comparação da variável situação conjugal e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	94
Tabela 26 - Comparação da variável escolaridade com a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	95
Tabela 27 - Comparação da variável renda e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011 .....	96
Tabela 28 - Comparação da variável situação profissional e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	97
Tabela 29 - Comparação da variável sexo e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	98
Tabela 30- Comparação da variável situação conjugal com a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011 .....	99
Tabela 31 - Comparação da variável escolaridade com a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	100
Tabela 32 - Comparação da variável renda e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	101





Tabela 33 - Comparação da variável situação profissional e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	102
Tabela 34 - Comparação dos valores da CV no início da TARV e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria, RS/ 2011. ....	103
Tabela 35 - Comparação dos valores da CV atual e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	104
Tabela 36 - Comparação dos valores do CD4 do início da TARV e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	105
Tabela 37 - Comparação dos valores da CD4 atual e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	106
Tabela 38 - Comparação da variável CV do início do tratamento e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	107
Tabela 39- Comparação da variável CV atual e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	108
Tabela 40 - Comparação da variável CD4 do início do tratamento e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	109
Tabela 41 - Comparação da variável CD4 atual e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011. ....	110
Tabela 42 - Comparação dos valores da CV do início da TARV e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	111
Tabela 43 - Comparação dos valores da CV atual e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	112
Tabela 44 - Comparação dos valores do CD4 no início da TARV e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	113
Tabela 45- Comparação dos valores da CD4 atual e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	114
Tabela 46 - Comparação dos valores da CV no início da TARV e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	115
Tabela 47 - Comparação dos valores da CV atual e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	116



Tabela 48 - Comparação dos valores do CD4 no início da TARV e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	117
Tabela 49 - Comparação dos valores do CD4 atual e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011. ....	118
Tabela 50- Frequência das fontes de suporte instrumental e emocional mencionadas pelos participantes, Santa Maria/RS, 2011.....	119



## **LISTAS DE QUADROS**

Quadro1 - Categorias da Carga Viral e CD4. Santa Maria/RS, 2011 .....	75
---	----



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CCS** – Centro de Ciências da Saúde

**CDC**- Center Disease Control

**CV**- Carga Viral

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CN/DST/AIDS** – Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e

Aids

**DEPE** – Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão

**DI** – Doenças Infecciosas

**DOU**- Diário Oficial da União

**ESS**- Escala de Suporte Social

**GAP** – Gabinete de Projetos

**HAART** – Terapia Antirretroviral Altamente Ativa

**HIV**- Vírus da Imunodeficiência Humana

**HUSM** – Hospital Universitário de Santa Maria

**IO** - Infecções Oportunistas

**LTCD4** - Linfócito TCD4

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PVHA** – Pessoas que Vivem com Hiv/aids

**SICLON** - Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos

**SAE** – Serviço Ambulatorial Especializado

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SPSS**- Statistical Package for the Social Sciences

**TARV** – Terapia Antirretroviral

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UDM** – Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais

**UFMS** – Universidade Federal de Santa Maria

**UNAIDS** – Programa Conjunto das Nações Unidas





## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV/Aids .....</b>	<b>165</b>
--	------------



## **LISTA DE APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..... 173**

### **APÊNDICE B**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE ..... 175**

### **APÊNDICE C**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE ..... 177**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>41</b>
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	<b>41</b>
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>41</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1 Aids, aspectos conceituais e históricos</b> .....	<b>45</b>
3.1.1 Epidemiologia e tratamento da AIDS .....	47
<b>3.2 Suporte social, aspectos conceituais e classificação</b> .....	<b>50</b>
3.2.1 Suporte social, saúde e doença .....	55
3.2.2 Suporte social e pessoas vivendo com HIV/aids .....	57
<b>4 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>61</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>61</b>
<b>4.2 Campo do estudo</b> .....	<b>61</b>
<b>4.3 População e amostra</b> .....	<b>62</b>
4.3.1 Critérios de inclusão .....	63
4.3.2 Critérios de exclusão .....	63
<b>4.4 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>64</b>
4.4.1 Formulário das características sociodemográficas e de saúde .....	64
4.4.2 Escala de avaliação de suporte social para pessoas com HIV/Aids .....	64
<b>4.5 Coleta de dados</b> .....	<b>65</b>
4.5.1 Operacionalização da coleta de dados .....	65
<b>4.6 Análise dos dados</b> .....	<b>66</b>
4.6.1 Análise da consistência interna da escala de avaliação de suporte social .....	66
4.6.2 Estatística descritiva .....	67
4.6.3 Testes de aderência à normalidade .....	67
4.6.4 Testes não paramétricos .....	67
4.6.5 Análise de correlação .....	68
<b>4.7 Riscos e benefícios do estudo</b> .....	<b>68</b>
<b>4.8 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	<b>69</b>



<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>5.1 Análise da confiabilidade do Instrumento- Escala de Suporte Social .....</b>	<b>71</b>
<b>5.2 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos pacientes .....</b>	<b>72</b>
<b>5.3 Escala de Suporte Social para pessoas com HIV/aids .....</b>	<b>78</b>
5.3.1 Avaliação do suporte social instrumental percebido e o grau de satisfação dos pacientes .....	79
5.3.2 Avaliação do suporte social emocional percebido com o grau de satisfação dos pacientes .....	80
5.3.3 Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte instrumental ...	81
5.3.4 Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte emocional .....	82
5.3.5 Comparação entre tipos de suporte e variáveis sociodemográficas .....	83
5.3.6 Comparação entre os tipos de suporte e as variáveis de saúde .....	102
5.3.7 Fontes de Suporte Social .....	118
<b>6 DISCUSSÕES .....</b>	<b>121</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>141</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>149</b>
<b>9 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>171</b>





## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)<sup>1</sup> foi descoberta em 1981, nos Estados Unidos, sendo que, em 1983 foi identificado o agente etiológico da doença. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causa, no organismo, disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4. Quanto mais baixo for o índice dos linfócitos, maior o risco do indivíduo desenvolver a aids. Com o passar do tempo, a imunidade vai diminuindo e a pessoa fica exposta a infecções oportunistas (XAVIER, et al.,1997; JBA, 2007).

O surgimento da aids causou impacto na vida das pessoas e na saúde pública. Sua rápida disseminação levou, num primeiro momento, ao estabelecimento de um clima de pânico e à ocorrência de uma série de problemas psicossociais, sobretudo para as pessoas infectadas. A aids, por estar associada à idéia de morte e ao comportamento de risco, desenvolveu na sociedade um sentimento preconceituoso e discriminatório, bem como medo e insegurança (LOPES, FRAGA, 1998). A infecção pelo HIV ameaça a vida de milhões de pessoas em todo o mundo, configurando-se como um dos mais sérios problemas de saúde pública. Dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS, 2010) estimam que, no mundo, existam cerca de 42 milhões de pessoas infectadas pelo vírus ou que apresentam os sintomas da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. No Brasil, são 592.914 casos acumulados de aids, na proporção de 1,5 homens para cada mulher, e estima-se haver cerca de 630 mil pessoas portadoras do vírus (BRASIL,2010).

O cenário da aids hoje, tem um quadro diferente do início da epidemia que apontava para grupos de risco. Hoje se fala em fatores de risco ou vulnerabilidades para a aquisição do vírus, o que torna todas as pessoas potencialmente vulneráveis (UNAIDS, 2010).

Vivenciou-se este cenário, quando os primeiros casos de aids surgiam, e com eles muitas incertezas e inseguranças aos profissionais da área da saúde que atuavam naquela época. Havia falta de conhecimento sobre a doença e dos cuidados de prevenção e tratamento. As pessoas com suspeita ou já com diagnóstico confirmado eram isoladas em quartos individuais e separadas das suas famílias. Os poucos profissionais que aceitavam trabalhar com esses pacientes usavam equipamentos de proteção individual disponível na instituição como forma de proteção à contaminação.

---

<sup>1</sup> A palavra aids (substantivo) foi escolhida para uso neste trabalho porque refere-se ao contexto da epidemia e não somente à sigla da doença.

O diagnóstico e o tratamento do HIV/aids trazem complexas implicações psicológicas e sociais. Para muitas pessoas isso causa dificuldades de adaptação à doença, principalmente, quando não encontram apoio e aceitação em seus grupos de convivência, tendo em vista que a aids esteve sempre associada a comportamentos desviantes e marginais (SILVA, MATOS e CEDARO, 2005).

As variáveis envolvidas parecem numerosas, mas tornou-se claro que as emoções e as questões referentes ao psíquico têm um forte papel no processo de adaptação à essa situação inesperada, como acontece em todos os casos de adoecimento.

Os relacionamentos sociais exercem papel fundamental na vida das pessoas e cumprem função importante nas dimensões social, psicológica e comportamental. Estudos indicam que a qualidade e a quantidade de relacionamentos sociais afetam significativamente a morbidade e a mortalidade (UCHINO, 2004).

O construto suporte social surgiu na literatura em 1970, nas ciências da saúde e ciências sociais. Um construto é definido, segundo Martins (2006, p.71), como um “significado construído intencionalmente a partir de determinado marco teórico, devendo ser definido de tal forma que permita ser delimitado, traduzido em proposições particulares observáveis e mensuráveis.”

Trabalhos de Cassel (1976) tiveram grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde. Esses estudos buscavam compreender como a inexistência ou a precariedade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, e como o suporte social protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse.

Estudos sobre suporte social e adesão ao tratamento em condições de cronicidade têm sido desenvolvidos, especialmente na área do HIV/aids, devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais e pessoais à soropositividade e que afastam as pessoas na busca por tratamento (SEIDL; TRÓCOLLI, 2006).

Na vivência profissional, percebe-se que muitos usuários deixam de fazer o tratamento ou faltam várias vezes à consulta médica, prejudicando o acompanhamento clínico por parte da equipe. Entende-se que a adesão ao tratamento é um processo dinâmico que pode ser afetado pelo contexto de vida da pessoa ao longo da história do seu tratamento.

A equipe de saúde deve estar atenta aos possíveis obstáculos na adesão ao tratamento, nem sempre explicitados pelas pessoas. A adesão não significa somente a tomada de medicamentos ou parâmetros biológicos. São necessárias abordagens mais abrangentes,

incluindo as questões subjetivas, sociais e culturais que surgem e devem ser reconhecidas e trabalhadas pela equipe de atendimento (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, o presente estudo poderá contribuir com ações positivas para a prática profissional e científica, permitindo reflexões acerca da importância do suporte social na vida das pessoas com aids no sentido de promover melhorias no processo saúde/doença, bem como identificar se essas pessoas estão satisfeitas com o suporte disponibilizado em situações adversas.

A vivência profissional e as repercussões da doença na manutenção e estruturação de uma rede de apoio social para os indivíduos com aids, justificam a relevância do presente estudo. Comumente, essas pessoas relatam dificuldades no campo afetivo, restrições nos relacionamentos e, conseqüentemente, isolamento social.

Destaca-se também a importância deste estudo para os profissionais da saúde na medida em que se reconhece o suporte social como mediador para a manutenção da saúde, e as repercussões do convívio social como um fator capaz de proteger e promover a saúde.

Dessa maneira, cabem os seguintes questionamentos:

- Quem disponibiliza suporte social às pessoas com aids?
- Que tipo de suporte é disponibilizado no período de tratamento com antirretrovirais?
- O suporte social interfere na vida e na saúde das pessoas com aids que estão em tratamento com antirretrovirais?
- As variáveis sociodemográficas e de saúde influenciam no suporte social recebido e na recuperação e manutenção da sua saúde?
- As pessoas com aids estão satisfeitas com o suporte social disponibilizado?

Apresentadas as questões norteadoras, defende-se como hipóteses desta pesquisa :

- as pessoas com aids encontram-se em situação de isolamento social, não estão satisfeitas com o suporte social recebido e encontram apoio, em sua maioria, em pessoas que não fazem parte da família;

As respostas a essas questões são relevantes no que diz respeito à qualidade de vida das pessoas com aids, uma vez que o suporte social pode influenciar no bem-estar e na adesão ao tratamento.

Torna-se, então, fundamental que pessoas em situação de adoecimento e, neste caso, um portador de uma doença crônica transmissível, consigam perceber os recursos disponíveis que compõem a sua rede social e quanto esses recursos as satisfazem.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Mensurar a disponibilidade e a satisfação do suporte social percebido pelos pacientes com aids em tratamento com antirretrovirais em uma instituição hospitalar de ensino do interior do estado do Rio Grande do Sul.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos usuários em terapia antirretroviral (TARV);
- Identificar a dimensão do suporte social mais percebido pelas pessoas com aids;
- Relacionar a disponibilidade do suporte social percebido com o grau de satisfação do suporte social em pessoas com aids;
- Relacionar o suporte social percebido com as variáveis sociodemográficas e de saúde;
- Identificar as fontes de suporte social das pessoas com aids em tratamento com antirretrovirais.



### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Diante das diferentes reflexões sobre suporte social, que abrange diversas contribuições nas produções desta temática, optou-se por discutir a influência deste construto no processo saúde-doença das pessoas com aids. Buscou-se trazer de forma clara e objetiva o referencial que sustenta esta pesquisa.

#### **3.1 Aids, aspectos conceituais e históricos**

A aids ameaça pessoas do mundo inteiro e exige reflexões que passam do nível individual para o coletivo, do biológico para o social. Atualmente, a aids é considerada uma doença crônica, o que exige da sociedade muitos desafios (BRASIL, 2007).

Nos primeiros anos da epidemia, o Brasil mostra-se num tempo em que a assistência à saúde ainda era bastante limitada. A partir de 1997, com o início da disponibilidade dos antirretrovirais, houve um grande impacto na qualidade de vida e na sobrevivência dos portadores da infecção pelo HIV (MALISKA, 2005; PARKER, 2000).

Concomitante a esse processo, uma estrutura de atendimento foi criada a fim de assistir ao portador do vírus HIV/aids fora do contexto hospitalar, no nível ambulatorial e domiciliar. Destaca-se que o direito de acesso ao tratamento, assim como a conquista dessa estrutura de atendimento, foi resultado de uma intensa mobilização social, promovida, principalmente, por organizações não governamentais e pessoas militantes no campo da aids (BRASIL, 2008).

A aids teve o seu primeiro reconhecimento oficial publicado no diário do *Center for Disease Control* (CDC) do Serviço de Saúde dos Estados Unidos, em 1981. Dois anos depois, em 1983, o agente responsável por ela foi isolado pela primeira vez. Em 1985, surgiram os primeiros testes comerciais de detecção do vírus (MALISKA, 2005).

A doença ataca o sistema imunológico das pessoas e é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). É considerada uma doença crônica. Sua evolução geralmente é lenta, podendo levar dez anos entre a contaminação e o momento em que a pessoa desenvolve a doença. Nesse intervalo, ela é “soropositiva” (XAVIER et al., 1997).

A história natural da doença compreende várias etapas bem definidas: a fase aguda, que pode ser assintomática ou manifestar-se como síndrome retroviral aguda, até a fase avançada da doença, com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência. A

síndrome retroviral aguda é caracterizada por uma doença transitória sintomática, que ocorre logo após a exposição ao HIV. Está associada à intensa replicação viral e a uma resposta imunológica ao vírus específica (BRASIL, 2007).

Para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral, monitora-se a evolução da contagem de linfócitos T-CD4 (LTCD4) e a quantificação plasmática da Carga Viral (CV) do HIV. A contagem de LTCD4 é utilizada internacionalmente como marcador do *status* imunológico dos indivíduos (BRASIL, 2007).

A princípio, na década de 80, acreditava-se que a aids fosse uma doença que atacava alguns grupos, chamados grupos de risco, agrupamentos constituídos por homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Esse discurso mudou, já que a doença se alastra para fora desses grupos específicos, trazendo para discussão o conceito de vulnerabilidade e risco (XAVIER, 1997; PARKER, 2000).

Para Parker (1994), durante grande parte da última década, a aids foi vista, sobretudo, como uma questão essencialmente biomédica, que confronta indivíduos isoladamente. Mas o argumento do autor, contrário a esta idéia, é de que

o HIV/AIDS deve ser entendido, como todos os aspectos da saúde e da doença, como fundamentalmente coletivo - um construto social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém interligados e sobrepostos (PARKER, 1994, p.75).

Dessa forma, entende-se que situações de preconceito, que ainda caracterizam as reações sociais frente às pessoas portadoras do vírus HIV, podem levar ao isolamento social com impacto negativo na manutenção e estruturação da rede social de apoio.

Os portadores do vírus HIV/aids, assim reconhecidos, normalmente sofrem rejeição na sociedade em geral. São alvos de preconceito, entendido neste contexto como uma posição injusta e negativa em relação a um membro de determinado grupo; e discriminação, ou seja, comportamento manifesto de uma pessoa com preconceito a um membro de determinado grupo (OLIVEIRA, 2002). Segundo o autor, essas pessoas tornam-se vítimas da crença compartilhada pela sociedade, de que apresentam perigo iminente de contaminação por uma doença considerada fatal e associada ao uso de drogas e ao homossexualismo.

Conclui-se, portanto, que as pessoas com esta doença, que ameaçam a vida dos indivíduos, pois podem a qualquer momento, mesmo sem querer, contaminar os outros, e cuja contaminação está relacionada a comportamentos desviantes ou transgressores são profundamente estigmatizados. Entendendo-se o estigma como uma relação de atributo e



estereótipo, que signifique uma profunda desqualificação daquele atributo (GOFFMANN, 1988).

O HIV/aids é uma epidemia mundial, complexa, com forte determinação cultural que,

para combatê-lo, efetivamente, há que se adotar um conjunto de estratégias de enfrentamento não apenas mercadológicas e massificadas, mas sim uma postura que compreenda a Aids como uma ameaça social que necessite de uma verdadeira revolução científica, de uma política de solidariedade, baseada no respeito à diferença cultural e na luta por justiça social (XAVIER et al., 1994, p. 66).

Nesse sentido, alguns fatores têm sido descritos como de proteção aos indivíduos para a vida em sociedade. No Brasil, um desses fatores é a estrutura de saúde e centros de referência disponíveis na rede pública, com o oferecimento de testes de diagnóstico e tratamento oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Centros de pré-natal de referência têm conseguido diminuir a taxa de transmissão materno-infantil do HIV. Houve ampliação da distribuição de medicamentos, prolongando a vida das pessoas e diminuindo as taxas de mortalidade. Além disso, a legislação brasileira prevê a proteção ao indivíduo portador do vírus, proporcionando direito à privacidade quanto ao diagnóstico, proibindo a exigência de testes de HIV para admissão no emprego, bem como demissão por causa da soropositividade (CARVALHO et al., 2007).

Muitos desses avanços na legislação devem-se a uma forte ação de movimentos civis, organizações não governamentais (ONGs), que desde o início da epidemia se mantêm ativas, no intuito de proteger a saúde e a cidadania dos portadores do HIV/aids.

### 3.1.1 Epidemiologia e tratamento da AIDS

A epidemia de aids, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual, no Brasil, é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2007a), a determinação política e o reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia impõem desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço maior no envolvimento dos diversos setores governamentais e não governamentais. Os principais desafios são a redução da incidência da aids nos diferentes segmentos populacionais em

situação de risco e vulnerabilidade, a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com a doença.

Conforme dados do Ministério da Saúde, no Boletim Epidemiológico, de 1980 a junho de 2010, foi identificado um total de 592.914 casos de aids no Brasil. A região sudeste foi a região mais afetada e com o maior número de notificações (58%), seguida da região sul (19,5%). Observa-se ainda que a razão de sexo, masculino e feminino, diminuiu no Brasil, passou de 15,1:1, em 1986, para 1,5:1, em 2006, e permanece estável até hoje. Percebe-se um incremento das taxas de incidência de aids em pessoas com mais de 50 anos, independente do sexo (BRASIL, 2010).

Nesta terceira década da epidemia da aids, muitos desafios estão sendo enfrentados pelos profissionais, cuidadores e comunidade científica no sentido de melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), qualidade de vida e assistência integral às pessoas portadoras do vírus HIV (BRASIL, 2007).

Desde 1996, ano de publicação da Lei Federal nº 9.313, o Ministério da Saúde vem garantindo o tratamento com antirretrovirais a todos os portadores de HIV que se enquadram nas recomendações terapêuticas vigentes no Brasil (BRASIL,1996). No cumprimento do acesso universal ao tratamento, até o final deste ano serão cerca de 197.000 pessoas recebendo este tratamento no país e quase 35 mil pessoas iniciaram o tratamento em 2008, a adesão passa a ser a maior arma contra o desenvolvimento de resistência aos medicamentos e, conseqüentemente, da falha terapêutica (BRASIL, 2010a).

De fato, a recente história da ampla utilização da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) em nosso país resultou na reconhecida melhora nos indicadores de morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e a aids. Por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade.

Parte das pessoas que estão em uso de TARV há mais tempo convivem com efeitos da toxicidade dos medicamentos, incluindo a diarreia, vômitos e a lipodistrofia caracterizada por aumento de gordura localizada no abdômen e diminuição de gordura na face, nos braços e pernas. A adesão insatisfatória pode estar associada ao desenvolvimento de resistência viral (BRASIL, 2008).

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas, recomendação também preconizada pelo Ministério da Saúde. Também o

abandono ao tratamento deve ser levado em consideração e é constatado quando o paciente não comparecer ao serviço em que retira seus medicamentos por um período igual ou superior a 90 dias após a cobertura referente à última dispensação (BRASIL, 2010a).

Na segunda década de acesso universal à terapia antirretroviral, um dos grandes desafios para alcançar maior impacto e efetividade reside no acesso aos serviços de saúde e no cuidado com qualidade. Existem no Brasil pouco mais de seiscentos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) e Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). Diante desta característica, é comum o deslocamento de usuários de TARV para municípios vizinhos ou mesmo distantes, causando transtornos pessoais e econômicos a estas pessoas (BRASIL, 2010a).

Outros fatores que podem dificultar a adesão são relatados na literatura, e podem estar relacionados a aspectos da enfermidade, da pessoa, da equipe e dos serviços de saúde. Entre eles pode-se citar a complexidade do regime terapêutico e os efeitos colaterais do medicamento; a precariedade ou ausência do suporte afetivo e/ou instrumental, bem como a percepção por parte das pessoas de que este apoio é insuficiente; baixa escolaridade, que pode dificultar as decisões em lidar com o tratamento; presença de transtornos mentais como ansiedade e depressão; relação insatisfatória com a equipe de saúde; e o abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008; BLATT et al., 2009).

A promoção da adesão deve ser compreendida de forma mais ampla, incluindo um ambiente de confiança e sigilo entre profissionais e usuários, uma equipe que adote uma postura de escuta, acolhimento e respeito às pessoas, compartilhando informações claras e objetivas sobre o medicamento e seu uso e que possa contribuir de forma solidária para a autonomia e o autocuidado (BRASIL, 2008).

Para garantir um fluxo continuado de distribuição dos medicamentos às pessoas com aids, foi implementado um sistema logístico de medicamentos, que constitui uma das principais ações das UDMs em HIV/aids, e tem por objetivo aumentar a eficiência da seleção do medicamento, a estimativa de necessidades, a aquisição, a distribuição o fornecimento de medicamentos e preservativos, com qualidade garantida e nas quantidades necessárias.

Para facilitar esse controle, a Coordenação Nacional de DST/aids (CN-DST/Aids) desenvolveu um sistema computadorizado para manejo dos medicamentos, conhecido como SICLOM/Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos. A quantidade fornecida ao usuário deve ser suficiente para atender à necessidade de um mês de tratamento, sendo autorizado para dois meses mediante justificativa, e limitado a duas vezes no ano (BRASIL, 1999; BRASIL, 2007a).

No entanto, estas ações somente terão sentido quando em consonância com as necessidades dos usuários. É indispensável uma aliança estratégica entre equipes de saúde e usuários dos serviços, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e favorecer o acesso aos medicamentos antirretrovirais, o que gera um impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade das pessoas com HIV/aids.

### **3.2 Suporte social, aspectos conceituais e classificação**

As relações interpessoais são vínculos de importância significativa para os seres humanos. Elas revelam que uma pessoa pode influenciar nas atitudes e no comportamento de outras (FONSECA; MOURA, 2008). Pretende-se, neste trabalho, abordar a importância dessas relações na área da saúde física e mental, e a associação positiva entre o suporte social, o bem-estar e a saúde das pessoas.

Foi John Barnes que na década de cinquenta, pela primeira vez, utilizou a idéia de rede como um conjunto de pontos, alguns dos quais ligados por linhas, para analisar a dinâmica social. O autor ficou fortemente impressionado com o papel das relações de parentesco, amizade e vizinhança na estruturação e integração destas comunidades. Estas relações não estavam fortemente ligadas a locais ou estruturas políticas e econômicas formais, mas constituíam uma relação interpessoal informal (SILVA, 2003; SCOTT, 2000).

Generalizando o conceito de relações interpessoais, Clyde Mitchell (1969) traduziu o conceito utilizado por Barnes como o “padrão de ligações pessoais que os indivíduos tem com um conjunto de pessoas, e as ligações que estas pessoas tem entre elas”. Para ele, estes padrões de interações caracterizavam as redes interpessoais, que acrescidos da comunicação com transferência de informações, normas sociais e consenso e, a presença de uma ação instrumental com transferência de bens e serviços entre as pessoas constituía o suporte das relações (SILVA, 2003; SCOTT, 2000).

Em estudos posteriores, Cartana (1988) e Sluzki (2003) consideram que o sistema significativo de relações de um indivíduo ultrapassa a família (nuclear ou extensa), e incluem todos os vínculos interpessoais do sujeito.

Para Sluzki (1997), o modelo de rede social e por sua vez, a de rede social pessoal pode ser definida como todas as relações significativas percebidas pelo indivíduo e que contribui para o seu reconhecimento, sua autoimagem, bem-estar, competência, incluindo os hábitos de cuidado de saúde e a capacidade de adaptação em situações adversas.

As redes pessoais descrevem o conjunto de pessoas com as quais os indivíduos mantêm contato, que interagem ajudando-se umas às outras de maneiras diferentes, caracterizando a situação de troca. Deste modo, o conceito de apoio ou suporte migra das áreas sociais e da saúde para a teoria das redes sociais, inicialmente proposto pelos pesquisadores americanos: o *social support* (AGUIAR, 2006; VALLA, 2000).

Valla (1998) alega que apesar da teoria do apoio social ter surgido nos Estados Unidos como forma de enfrentamento de problemas de saúde na saúde pública daquele país, o autor propõe uma releitura do apoio social inserido na realidade política, econômica e social brasileira como possibilidade de refletir a complexidade dos problemas de saúde da população. Castel (1993) reforça esta idéia e afirma que os problemas sociais podem contribuir para o enfraquecimento dos vínculos interpessoais e a fragilidade do tecido relacional, ocasionando o retraimento das redes sociais.

Avaliar as relações entre as pessoas, implica analisar um conjunto de fatores relacionados à família, os laços afetivos, os comportamentos, as emoções e o ambiente em que os indivíduos estão inseridos. Essas relações interpessoais em que existe a disponibilidade das pessoas em confiar, demonstrar preocupação com o outro, valorizar, comunicar-se, assistir com os recursos disponíveis, para muitos estudiosos caracterizam o que seja suporte social (FONSECA; MOURA, 2008).

O estudo da relação entre fatores sociais e saúde física teve seu início com pesquisas feitas pelo sociólogo francês Emile Durkheim, sobre mortalidade e relações sociais com pacientes suicidas. Durkheim (1951) concluiu que existe uma associação direta entre a forma de suicídio e o ambiente social no qual o indivíduo está inserido.

Embora recente, o apoio social inclui contribuições que decorrem desde o início do século XX até o final dos anos 60, mas surgiu proeminentemente na literatura a partir de meados dos anos 70 (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Coincidentemente esta década é marcada por uma mudança nos princípios centrais relacionados à saúde, com enfoque para além da doença, abrangendo a sua multicausalidade. Incluem-se nestas causas, as diferenças culturais, as condições socioeconômicas, os ambientes psicológicos adversos, o suporte social deficitário, entre outras.

Os trabalhos pioneiros de Cassel e de Cobb (1976) tiveram grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Esses estudos procuravam compreender como a inexistência ou a instabilidade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, sendo que a sua existência protegia os sujeitos

dos danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse, sinais de depressão e hospitalização (LACERDA, 2002; SEIDL; TROCCÓLI, 2006;).

Os eventos estressantes de origem psicossociais interferem nas condições gerais de saúde e favorecem o aparecimento de doenças, incluindo as doenças infecciosas. Os estressores psicossociais não têm um papel etiológico específico no aparecimento das doenças, mas atuam de forma indireta no organismo alterando as secreções neuroendócrinas, o que diminui a imunidade corporal e aumenta a suscetibilidade dos indivíduos às enfermidades (CASSEL, 1976).

A ação do apoio/suporte social surge como um fator de proteção dos sujeitos e grupos sociais aos agravos físicos e emocionais causados pelos eventos estressantes da vida (CASSEL, 1976; MINKLER, 1992). Este agente protetor exerce um efeito moderador destes agravos contribuindo na qualidade e predisposição à saúde (COHEN; SYME, 1995; PIETRUKOWICZ, 2001; MARTINEZ, 2002).

Embora esta ação do apoio/suporte social sobre o estresse e a saúde não tenha sido esclarecido, duas hipóteses básicas tem sido consideradas: a hipótese *buffering* (efeito buffer ou tampão) e a hipótese de efeito direto (*positive effects hypothesis*). Na primeira hipótese o apoio social exerce papel protetor em presença de eventos estressantes, minimizando os níveis de estresse. O efeito buffer é identificado nos estudos em que se avaliam os recursos de apoio/suporte social disponível e que podem ser acessados durante situações de crise (COHEN, SYME, 1995). A segunda descreve que o apoio/suporte social promove o bem-estar independente de eventos estressantes.

O suporte social contribuiria para reforçar a autoestima e a sensação de controle da própria vida, o que resulta em efeitos positivos sobre o estado de saúde (COHEN, SYME, 1995). Em geral, o efeito direto é observado ao se analisar o grau de integração dos sujeitos na rede. Estudos posteriores esclarecem que as hipóteses não são excludentes e podem estar presentes e associadas nas mesmas circunstâncias sociais (MINKLER, 1992).

Nas décadas de 80 e 90, surgiram na literatura diversos artigos sobre apoio social, revelando-se assim uma área bastante promissora e, ao mesmo tempo, polêmica, visto que se tornava cada vez mais difícil a sua avaliação e conceituação.

Assim, trata-se de um conceito que vem sendo investigado por profissionais das áreas da saúde e das ciências sociais, com crescimento em disciplinas como a matemática, física e informática. Tal evento comprova sua importância e caracteriza esta temática como um objeto de investigação interdisciplinar (AGUIAR, 2006).

Na literatura, existem diversas definições teóricas que se diferenciam por aspectos na conceituação, percepção, consequências do apoio e o tipo de relação entre o provedor e o receptor do suporte (RODRIGUES, 2008a).

Uma das primeiras definições deve-se a Cobb (1976, p.300). Ele define suporte social como “a informação que leva o indivíduo a acreditar que é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas”.

Mais tarde, Valla (1998) adota a definição de apoio social como um processo recíproco e ativo, caracterizado por contatos sistemáticos com efeitos positivos no comportamento das pessoas, tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio. Também sugere uma discussão ancorada nos vínculos sociais e laços de solidariedade.

Assim, Seidl e Tróccoli (2006, p.317) reforçam este conceito no sentido de que “os efeitos do suporte social levariam ao sentimento e à percepção de estima e pertencimento a uma rede social com direitos e deveres comuns”.

Acredita-se que este conceito é adequado ao presente estudo, na medida em que pretende investigar as relações sociais e os efeitos desses laços solidários sobre as pessoas com aids na manutenção e predisposição à saúde.

São descritos na literatura diferentes tipos ou funções do suporte social. Assim, muitos estudiosos, na tentativa de qualificar o suporte social, encontraram algum consenso na sua classificação. Seidl e Tróccoli (2006), em seus estudos sobre suporte social, focalizam dois aspectos em sua definição conceitual: estruturais ou funcionais.

Esses autores classificam os aspectos estruturais como os relacionados à presença de apoio social independente da ocorrência de eventos estressores, valorizando questões como o número de pessoas que integram a rede de apoio.

A concepção funcional diz respeito à disponibilidade e modalidade de apoio recebido, assim como o nível de satisfação do receptor, em relação a situações e contextos estressores específicos. Desse modo, um paciente pode receber apoio de muitas pessoas que oferecem suporte social em geral, mas está insatisfeito e não percebe a disponibilidade de apoio em relação ao problema de saúde que o acomete, por exemplo.

Alguns pesquisadores reforçam o conceito de suporte social na concepção funcional, valorizam o significado das relações sociais para os indivíduos e a satisfação com o suporte (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Ainda, Seidl e Tróccoli relatam um trabalho de Winemiller e cols (1993) que, ao proceder a uma revisão de literatura sobre instrumentos de mensuração do suporte social, observaram que a maioria (69,1%) investigava o suporte na perspectiva

funcional nas modalidades instrumental e emocional. A dimensão funcional do suporte social apresentado pelos autores é que se pretende investigar no presente estudo.

O suporte instrumental refere-se à percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira. O apoio emocional está relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à condição de saúde e tratamento (DANTAS, PELEGRINO e GARBIN, 2007; RODRIGUES, 2008a).

A percepção do suporte social surge na literatura como uma área do pensamento social ligada à emoção. Em situações de maior estresse ou na presença de situações ameaçadoras, é que o suporte social instrumental ou emocional surge com maior relevância para as pessoas (RODRIGUES, 2008b).

O sentido de percepção está relacionado à capacidade que o indivíduo tem de entender ou interpretar as situações, dando-lhes sentido e significado. Do mesmo modo que a percepção dos sujeitos influencia no processo de adoecimento, ela é uma medida a ser valorizada nos estudos sobre apoio social e saúde, pois nem todo o apoio que as pessoas fornecem por meio das relações interpessoais é significativo para quem o recebe (COHEN; SYME, 1985).

Barrera (1986) afirma que os dois aspectos essenciais para definição de percepção do suporte social são a percepção do indivíduo de que existe um número de pessoas disponíveis a quem recorrer em caso de necessidade e o grau de satisfação em relação a esse suporte disponível.

O suporte social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos, vizinhos, profissionais da saúde, etc.) em determinadas situações da vida dos indivíduos. Porém a subjetividade e individualidade do apoio dependem da percepção pessoal de cada pessoa. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se pela crença de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando precisarem, originando satisfação quanto às relações que possuem (RIBEIRO, 1999; MATOS; FERREIRA, 2000).

A percepção de falta de apoio social, conforme Coyne e DeLongis (1986), torna as pessoas vulneráveis. Em uma revisão de literatura, Oliveira (2000) constatou que a percepção de ausência de suporte social encontra-se significativamente associada à presença de sintomas depressivos, e se estes indivíduos percebem o suporte como inadequado ou insuficiente, estes sintomas permanecem por mais tempo. Afirma-se que a percepção do suporte social está fortemente relacionada à qualidade de vida das pessoas (RODRIGUES, 2008b).



### 3.2.1 Suporte social, saúde e doença

O papel desempenhado pelo suporte social na saúde e no ajuste às doenças crônicas tem demonstrado sua importância como um fator capaz de proteger e promover a saúde (SIQUEIRA, 2008).

Pesquisas efetuadas ao longo dos anos apontam que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com muitos contatos sociais. Na realidade, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inatividade e os altos níveis de colesterol (HOCKENBURY & HOCKENBURY, 2003).

A partir dessa abordagem, estudiosos atribuem o crescente interesse sobre apoio social e a saúde porque ajuda a repensar a etiologia de algumas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, tendo em vista que em determinados eventos estressantes muitas pessoas diminuem a resistência orgânica com conseqüente adoecimento (CASSEL, 1976).

Para alguns autores um ambiente hostil, incapaz de possibilitar as condições de suprir as necessidades básicas ou de suporte, é um ambiente que favorece o adoecimento. Por outro lado, um ambiente acolhedor, que estimula o desenvolvimento do potencial humano é benéfico à saúde física e mental (CASSEL, 1976; OMS, 1988; OMS, 1991).

Apesar dos sujeitos estarem constantemente expostos às situações adversas que interferem nas condições de saúde, afirma-se que nem todos adoecem na presença dos mesmos estressores físicos ou psicossociais (CASSEL, 1976; COHEN; SYME, 1985; LACERDA, 2002). Para estes autores, o adoecimento também é causado pelo referencial interno ou suscetibilidade pessoal, ou seja, como cada um percebe ou reage às situações de vida a seu modo.

Assim, os benefícios do apoio social na promoção da saúde e nos programas de prevenção das doenças, reabilitação e tratamento são evidentes, inclusive como preditores de decréscimo na taxa de mortalidade, conforme um estudo prospectivo de Berkman e Syme (1979) que evidenciam a relação entre apoio social e o estado de saúde dos indivíduos. (RIBEIRO, 1999).

Para Siqueira (2008, p. 381), o “suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um fator capaz de proteger e promover a saúde”. Cohen e Syme (1985) enfatizam que através da troca, do apoio mútuo e da solidariedade, o apoio social

contribui para fortalecer a autoestima, desenvolver uma maior percepção de si próprio e do seu entorno e favorecer mudanças emocionais e comportamentais.

Ao evidenciar os benefícios do apoio social à saúde, Valla (1998) faz uma importante contribuição quando propõe uma releitura do apoio social à luz da realidade política, econômica e social brasileira como subsídio para discutir a crise do sistema de saúde em lidar com a complexidade dos problemas do processo de adoecimento da população. A população que vive sob tensão ou ameaça das iniquidades sociais, entre as quais se destacam o aumento da violência, uso de drogas, desemprego, precárias condições de vida, fragilidades diante das situações da vida, frequentemente desestruturam a relação deles com o mundo.

Além da carência de recursos materiais, Castel (1993) adverte que os problemas sociais contribuem para o enfraquecimento dos vínculos interpessoais e a labilidade do tecido relacional, com conseqüente retraimento das redes sociais. Para este autor, uma grande parcela da população encontra-se, em relação ao espaço social, numa zona de vulnerabilidade determinada pelo processo de precariedade no trabalho e fragilidade das redes sociais. Segundo o autor, “ao final do processo, a precariedade econômica torna-se privação e a fragilidade relacional torna-se isolamento” (CASTEL 1993, p. 23).

Desta forma, autores discutem os efeitos das dificuldades socioeconômicas que tornam os sujeitos suscetíveis ao adoecimento (CASSEL, 1982; VALLA, 1996). A OMS (1986), alerta que a saúde não pode mais ser concebida somente como ausência de doença, mas também como uma dimensão da qualidade de vida e aponta para a promoção da saúde como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde.

Na conferência de Alma Ata em 1978 e em Ottawa, no Canadá, em 1986, foi preconizada a inclusão de um ambiente saudável para dar sustentação e qualidade de vida às pessoas. O ambiente inclui moradia, nutrição, apoio social para a população, oportunidade de trabalho e educação, entre outros.

A promoção da saúde abre espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico, permitindo incluir outras racionalidades médicas (CARVALHO, 1996; CZERESNIA, 1999). Esta prática inclui o apoio social, do ponto de vista individual e coletivo, pois permite que grupos e pessoas desenvolvam estratégias para enfrentar as dificuldades do cotidiano (LACERDA, 2002). O apoio social é um tipo de ação comunitária considerada importante para melhorar a saúde física e mental (VALLA; STOTZ, 2000).

Estudos indicam que a participação social aumenta a autoestima, o controle das situações estressantes e ajuda a dar sentido à própria vida, além de tornar os organismos mais competentes do ponto de vista imunológico (MINKLER, 1985; COHEN; SYME, 1985).

Assim, pode-se assegurar que o suporte social tem um efeito moderador nos agravos relacionados à saúde, e contribui na qualidade de vida das pessoas.

### 3.2.2 Suporte social e pessoas vivendo com HIV/aids

Suporte social é um construto que tem despertado grande interesse na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o apoio social parecem afetar o ajustamento das pessoas portadoras de enfermidades crônicas (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Na área do HIV/aids, o suporte social também tem sido objeto de interesse, principalmente devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade. Em consequência, o estigma e a discriminação podem levar ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos sociais e às dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na manutenção e estruturação da rede social de apoio de pessoas soropositivas (GREEN, 1993; MASSEI, 2009).

Nessa perspectiva, estudos têm investigado o impacto do suporte social percebido e das estratégias de enfrentamento sobre o bem-estar psicológico de pessoas portadoras do HIV/aids (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; GIOVELLI, 2009).

Em estudos com portadores de HIV/aids, pesquisadores apresentam alguns fatores individuais como importantes para influenciar a saúde dessas pessoas. Esses fatores dizem respeito à condição física e psicológica nestes indivíduos, que os levam a entender a doença de uma forma integral. Esses estudos vêm indicando a influência do estresse, dos estilos de enfrentamento por estas pessoas e dos hábitos de vida sobre o curso da doença (ULLA e REMOR, 2002 e AU et al., 2004 ).

Nesta reação inicial pode estar implícito o medo do estigma social da doença que restringe e modifica a vida dos envolvidos (REMOR, 1999). Outras formas de enfrentar a infecção ou situações estressantes vindas desta nova realidade, de viver com o vírus do HIV, podem ser consideradas como fatores de proteção. Inclui-se nestes fatores o enfrentamento cognitivo e a aceitação da infecção, na medida em que se associa a uma melhor qualidade de vida (WEAVER et al., 2004). Contudo, algumas pessoas não conseguem assimilar o resultado positivo para o HIV/aids e precisam de um tempo para assumir uma atitude ativa diante deste diagnóstico (CARVALHO, et al., 2007). Não é raro ver pessoas que duvidam do resultado do teste diagnóstico, que negam o resultado, ou que tem dificuldades de tomar para a si a responsabilidade do controle da infecção (REGATTO, 2004; CARVALHO, et al., 2007).

Nesse contexto, a família e os amigos constituem expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a doença no momento de receber o diagnóstico. O apoio familiar parece ser importante na revelação da soropositividade a familiares próximos. O que ocorre, em alguns casos, é que o medo do preconceito e do isolamento faz com que os portadores evitem revelar o diagnóstico a amigos e pessoas próximas o que os faz supor que ficarão sós, abandonados e que serão motivo de vergonha para seus familiares (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; CARVALHO, et al., 2007). Com isso, enfrentar a doença torna-se um processo solitário. Por esse motivo, em alguns casos, enfrentar o estigma e o preconceito pode parecer mais difícil do que enfrentar a infecção do ponto de vista da saúde física (CARVALHO et al., 2007; CASAES, 2007).

Em um estudo com adultos soropositivos nos Estados Unidos, os participantes informaram que amigos para os quais revelaram o diagnóstico ofereceram mais apoio do que os familiares que foram informados. Ainda, relataram que tendiam a revelar mais facilmente à família extensa do que à família nuclear (KALICHMAN, 2004). Considerando os familiares mais próximos, os pais e irmãos do sexo masculino foram percebidos como pessoas que fornecem menos apoio do que as mães e irmãs.

De forma geral, percebe-se como importante a presença da família para a saúde das pessoas portadoras do vírus HIV, assim como parece ser um fator de proteção a esses indivíduos. Outro aspecto evidenciado na literatura como fator de proteção é a religiosidade/espiritualidade, que normalmente se intensifica a partir da vivência da soropositividade. Ressalta-se ainda, os grupos de apoio, o papel das ONGs, o suporte social e a existência de uma rede de saúde organizada e acessível, além da legislação brasileira que auxiliam promovendo atitudes positivas no enfrentamento da infecção (PIETRUKOWICZ, 2001; CARVALHO et al., 2007).

Assim, o apoio social vem sendo descrito como associado a menor sofrimento psicológico, menor frequência de sintomas psiquiátricos, além de menores índices de ansiedade, depressão e melhor qualidade de vida (RODRIGUES, 2008b).

Pesquisas com outros agravos, além da infecção pelo HIV, como o câncer, também têm mostrado uma relação positiva entre disponibilidade de suporte social e melhora do prognóstico. Entretanto, a quantidade de estudos nessas áreas é menor se comparada com a de doenças coronarianas (RODRIGUES, 2008a).

Com relação ao HIV/aids, segundo Uchino (2004), poucos estudos têm mostrado a relação entre suporte social e a sobrevivência das pessoas acometidas. O que se constata é que o apoio social aumenta a sobrevivência de pacientes em estágios avançados da doença. Além

disso, o suporte social é um preditor quando nos referimos à adesão ao tratamento em HIV/aids (CARVALHO et al., 2003; BLATT et al., 2009).

Na segunda década da epidemia da aids, a terapêutica antirretroviral de alta potência (HAART) veio revolucionar o manejo clínico das pessoas com HIV, alterando a história natural da síndrome, além de acarretar uma marcada diminuição das infecções oportunistas (IO) e da mortalidade (BRASIL, 2010a).

Adesão ao tratamento transcende à simples ingestão de medicamentos e inclui o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde (MS, 1999; BRASIL, 2008).

Porém, a questão da aderência ao tratamento continua a ser um dos principais problemas em relação à terapia da aids. Apesar da alta eficácia da TARV, a efetividade tem sido prejudicada em virtude das dificuldades que os pacientes enfrentam para cumprir o tratamento corretamente. A não adesão tem sido relacionada basicamente à pessoa em tratamento, a doença, o serviço de saúde e o apoio social (BRASIL, 2008).

Em estudo brasileiro que avaliou o grau de aderência à TARV (NEMES et al., 2000), as variáveis relacionadas às situações sociodemográficas determinaram uma baixa aderência ao tratamento. As categorias com maior risco foram pessoas com menos de 35 anos, com renda pessoal baixa, com nível mais baixo de escolaridade e sem emprego. Neste mesmo estudo ao avaliar o apoio social, as relações próximas não apareceram de maneira tão expressiva, exceto a situação de morar sozinho ou em instituição, o que se mostrou significativamente associado à baixa aderência.

Em outro estudo no Brasil, Seidl, Melchiades, Farias e Brito (2007) realizaram um estudo para verificar variáveis preditoras da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Suporte social, enfrentamento, autoestima e autoeficácia foram investigadas como variáveis antecedentes, ao lado de outras variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Os resultados mostraram que pessoas com adesão satisfatória percebiam mais disponibilidade e estavam mais satisfeitas com o apoio social. Assim, os autores concluíram que profissionais da saúde devem estar atentos a essa variável para que as pessoas façam escolhas adequadas de suporte social.

O suporte social percebido tem mostrado influência direta para atitudes positivas e motivação para o cuidado de si, assim como diminui estímulos negativos que interferem na adesão (CARVALHO et al., 2007).

De forma geral, os estudos deixam clara a importância de suporte social para a saúde das pessoas que vivem com HIV/aids, principalmente o apoio de pessoas próximas, amigos e profissionais de saúde, o que parece ser um fator de proteção no curso dessa doença.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

A definição do método em pesquisa é importante, pois demonstra o caminho que será utilizado para alcançar os objetivos propostos. Descreve-se, a seguir, o tipo de estudo, o cenário, os sujeitos, os instrumentos, o método de coleta e a análise dos dados, bem como as considerações bioéticas do mesmo.

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Na pesquisa descritiva, o pesquisador busca maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, bem como estudar a característica de um grupo ou fenômeno, estabelecendo relações entre variáveis e por vezes determinando a natureza destas relações (GIL, 2010).

### **4.2 Campo do estudo**

A instituição hospitalar de ensino na qual se realizou o presente estudo é uma instituição pública, federal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Criada em 1970, constitui-se, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul. Tem capacidade para 311 leitos, porém, estão em funcionamento 288 leitos, distribuídos nos diversos serviços e especialidades médicas (HUSM, 2009).

Conta com 2086 servidores nos níveis de apoio, médio e superior, bolsistas (acadêmicos dos cursos das áreas da saúde e humanas) e serviços terceirizados (HUSM, 2009). É um hospital-escola e conta com a atuação de docentes e acadêmicos de diversas áreas da saúde, como enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, psicologia, entre outras.

A Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) em HIV/aids foi o local da investigação, a qual situa-se no subsolo do hospital e é constituída por três salas. A primeira é destinada à recepção e dispensação dos medicamentos, a segunda para armazenamento e estoque de medicamentos e, a terceira, uma sala de estar para uso dos funcionários.

A responsabilidade técnica pelo serviço cabe a um profissional farmacêutico capacitado para esta atividade e a função administrativa é exercida por uma secretária. Os

profissionais de enfermagem e médicos lotados no ambulatório participam ativamente de ações conjuntas na UDM, no sentido de facilitar e qualificar o atendimento.

Na UDM, estão cadastrados 800 pacientes, sendo que destes, 700 são adultos e idosos, com idade superior a 18 anos que mensalmente retiram medicamentos antirretrovirais e outros, de uso na prevenção de doenças oportunistas, fornecidos e de responsabilidade do estado do Rio Grande do Sul. O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira no período da tarde, com exceção da terça-feira em que o atendimento é oferecido nos dois turnos (manhã e tarde).

Para organização dos dados há um sistema informatizado de gerenciamento de informações e controle logístico dos medicamentos antirretrovirais utilizados no tratamento de pessoas com aids no Brasil, conhecido como Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos/SICLOM. Este sistema está integrado com outro software específico para o gerenciamento de informações de dados sobre os exames laboratoriais utilizados na monitorização do tratamento das pessoas com aids (contagem de células TCD4+ e quantificação de Carga Viral), conhecido como Sistema de Informação e Controle de Exames Laboratoriais/SISCEL (BRASIL, 1999; BRASIL, 2009a).

Cabe ressaltar que a instituição hospitalar na qual se realizou o presente estudo é referência na distribuição de medicamentos em HIV/aids para o município de Santa Maria e cidades de abrangência da 4ª e 10ª Coordenadoria de Saúde do RS, totalizando 42 municípios. Os usuários são oriundos do Serviço de Doenças Infecciosas (DI) do hospital em estudo, das cidades que compõem as Coordenadorias de Saúde citadas anteriormente e de serviços privados.

Salienta-se que a busca dos dados clínicos relacionados a CV e CD4 foi realizada nos prontuários dos pacientes, no Sistema Logístico de Informações da UDM (SICLON) e no laboratório de CV e CD4 do HUSM, para aqueles respondentes que não sabiam determinar o valor destes exames, assim como para aqueles que utilizam serviços privados no acompanhamento da sua patologia.

### **4.3 População e amostra**

Na ocasião da coleta de dados a população considerada foi de 700 usuários, porém em virtude do percentual de adesão ao tratamento ser em média de 60%, isto é, a retirada de medicamentos no mês não é realizada por todos os indivíduos cadastrados, propôs-se utilizar a população real, que fica em torno de 420 sujeitos.



Considerando uma população finita, para determinação do tamanho da amostra seguiu-se a equação (1):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}, \quad (1)$$

onde:

$Z_{\alpha/2}$ : valor padrão de Z (distribuição normal) para um nível de confiança de 95% = 1,96;

$\hat{p}$ : percentual estimado = 0,6;

$\hat{q}$ : complemento de  $\hat{p} = 1 - \hat{p} = 0,4$ ;

e: erro amostral = 0,06;

$\alpha$ : nível de significância = 0,055.

Assim, considerando um erro amostral de 5,5% e um nível de 95% de confiança dos dados, a amostra do estudo foi composta por 177 indivíduos com aids em uso de terapia antirretroviral (TARV), cadastrados na Unidade Dispensadora de Medicamentos em HIV/aids (UDM) do referido hospital.

A amostragem do estudo foi do tipo aleatória probalística. Conforme Lopes et al. (2008), a amostragem aleatória probabilística faz parte da amostra probabilística e é composta por indivíduos da tal forma que cada pessoa na população tem a mesma probabilidade de ser incluída no estudo. Foram eleitos de acordo com os critérios descritos a seguir:

#### 4.3.1 Critérios de inclusão

- pacientes adultos e idosos, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos;
- em uso de TARV cadastrados na UDM do hospital;
- que concordaram em fazer parte do estudo, firmando o termo de consentimento após esclarecimento.

#### 4.3.2 Critérios de exclusão

- pessoas com limitação cognitiva que impedia a compreensão do estudo;
- pacientes que solicitaram aos familiares/amigos que acessaram o serviço para buscar o medicamento.

#### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para atender aos objetivos propostos neste estudo foram utilizados:

- Formulário das características sociodemográficas e de saúde (APÊNDICE A);
- Escala de avaliação de Suporte Social (ANEXO A).

##### 4.4.1 Formulário das características sociodemográficas e de saúde

O Formulário para definição das características sociodemográficas e de saúde foi elaborado para o estudo, e inclui dados referentes às variáveis sociodemográficas (data de nascimento, sexo, raça, situação conjugal, escolaridade, religião, profissão, renda) e variáveis de saúde (tempo de diagnóstico, tempo de tratamento com TARV, níveis de TCD4+ e Carga Viral e hospitalizações).

##### 4.4.2 Escala de avaliação de suporte social para pessoas com HIV/Aids

A Escala de Avaliação do Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids é um instrumento para mensuração do suporte social e da satisfação percebido pelas pessoas soropositivas para o HIV/aids. Foi construído e validado no Canadá, por Renwich et col., em 1999 (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Este instrumento avalia o suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. No Brasil, a escala foi traduzida, adaptada e validada para o português por Seidl e Tróccoli (2001) e é utilizada, desde então, por pesquisadores das ciências sociais e de saúde (RIBEIRO, 2005; SEIDL & TRÓCCOLI, 2006; GIOVELLI, 2009). A escala abrange duas dimensões do apoio social: a instrumental e a emocional.

A dimensão instrumental contém 12 itens (seis sobre disponibilidade e seis sobre satisfação) e a emocional 12 itens (seis sobre disponibilidade e seis sobre satisfação). As respostas são dadas em escala tipo Likert de cinco pontos: (1) nunca a (5) sempre, para a disponibilidade de suporte e, de (1) muito insatisfeito a (5) muito satisfeito para satisfação com o suporte. O escore total da escala pode variar entre 24 e 120, sendo que o escore mais elevado corresponde a uma maior percepção e satisfação do suporte social. Para a composição dos escores foi calculada a média dos valores atribuídos aos itens correspondentes a cada fator (percepção e satisfação), de modo que esses variaram de um a cinco para o suporte emocional e suporte instrumental.

Vale salientar ainda que, ao término dos itens 6.1 e 12.1 da escala de avaliação de suporte social, o instrumento procura captar as fontes de suporte social recebido pelo entrevistado. Para tanto, o instrumento apresenta um quadro no qual estão contidas oito categorias, a saber: a) esposo (a), companheiro(a) ou namorado(a); b) pessoas da família que moram com o entrevistado(a); c) pessoas que não moram com o entrevistado(a); d) amigos; e) chefes ou colegas de trabalho; f) vizinhos; g) profissionais de saúde; h) outras pessoas. Os resultados relacionados às fontes de suporte social são apresentados utilizando-se a frequência absoluta e relativa.

#### **4.5 Coleta de dados**

O período de coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2011 no horário de funcionamento do serviço, ou seja, de segunda a sexta-feira das 13:30h às 17 h .

O convite para participar do estudo foi feito quando os usuários estavam na UDM para retirada do medicamento. Os procedimentos para a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, o caráter voluntário da participação e demais aspectos éticos foram assegurados, assim como a não identificação dos pesquisados, tendo o protocolo de pesquisa um número de identificação para o controle do pesquisador. A aplicação do instrumento foi individual e teve lugar em sala próxima a UDM, destinada e preparada com antecedência para este fim.

##### **4.5.1 Operacionalização da coleta de dados**

Os instrumentos foram preenchidos mediante aplicação assistida, com o tempo médio de preenchimento de sessenta minutos. A aplicação se deu da seguinte forma: de posse de uma cópia do instrumento, o usuário acompanhou a leitura em voz alta realizada pelo pesquisador, que tinha outra cópia do instrumento em mãos. A instrução dada foi a seguinte:

Este formulário é sobre o apoio ou a ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em função de ser portador do vírus HIV e estar com AIDS e a sua satisfação em relação a cada um deles marcando com um X a resposta que considerar mais adequada. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Os usuários responderam o instrumento diante do pesquisador. Eventuais dúvidas foram esclarecidas, visando o preenchimento completo do instrumento. O formulário sociodemográfico e de saúde foi preenchido pelo pesquisador mediante entrevista, antes do instrumento sobre suporte social. Para operacionalização da coleta dos dados duas acadêmicas de enfermagem e duas enfermeiras da referida instituição foram orientadas e treinadas pelos pesquisadores.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados obtidos com a aplicação do formulário para a caracterização sociodemográfica e de saúde e os dados da Escala de Avaliação do Suporte Social foram lançados em um banco de dados com dupla digitação no programa Excel. Após foram processados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SSPS), versão 15 para *Windows*. Os dados foram considerados estatisticamente significativos se  $p < 0,05$ , com intervalo de 95% de confiança.

Em consonância com o protocolo de pesquisa foram realizadas as seguintes análises:

##### **4.6.1 Análise da consistência interna da escala de avaliação de suporte social**

Avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach, o qual atesta a confiabilidade do instrumento. Os itens que compõem cada dimensão devem ser homogêneos, para que consigam mensurar o mesmo atributo. Assim, a consistência interna diz respeito à análise dos itens separadamente, considerando-se a respectiva dimensão e o instrumento na sua totalidade.

O valor do Alfa de Cronbach pode variar entre zero e um (1), sendo que, quanto mais alto o valor, maior a consistência interna do instrumento ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade da medida do mesmo fenômeno (BISQUERRA, SARRIELA, MARTINEZ, 2004).

Um valor superior a 0,70 atesta a confiabilidade do instrumento, no entanto, para alguns constructos psicológicos, valores abaixo de 0,70 podem ser esperados, devido à diversidade do que está sendo medido (FIELD, 2009).

#### 4.6.2 Estatística descritiva

Para análise dos dados de identificação dos entrevistados, a disponibilidade e a satisfação em relação ao suporte social, foram utilizadas medidas de tendência central (frequência simples, frequência relativa, frequência absoluta, média, mediana e medidas de dispersão (desvio-padrão e amplitude).

Realizou-se o teste de Shaphiro-Wilk para verificar a aderência dos dados à distribuição normal (FIELD, 2009).

Para comparações entre as variáveis sociodemográficas e de saúde com as dimensões da Escala de Suporte Social utilizou-se o teste de Mann Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

#### 4.6.3 Teste de aderência à normalidade

##### *- Teste de Shaphiro-Wilk*

É um teste de ajustamento à distribuição normal que tem apresentado boas propriedades de poder. Baseia-se nos valores amostrais ordenados elevados ao quadrado e tem sido o teste de normalidade mais utilizado por mostrar-se mais poderoso que outros testes de normalidade (CALLEGARI, 2003).

#### 4.6.4 Testes não paramétricos

Procedimentos estatísticos que não dependem das hipóteses restritivas dos testes paramétricos, especificamente, não presumem que os dados sejam provenientes de uma distribuição normal (FIELD, 2009). A seguir serão descritos os testes não paramétricos utilizados neste estudo:

##### *-Teste de Mann Whitney*

Este teste é utilizado para variáveis numéricas que não apresentam uma distribuição normal ou não há homogeneidade das variâncias. (MEDRONHO, 2009). Sendo que todos os dados não seguem uma distribuição normal, para realizar a comparação entre os grupos de estudo e o grupo controle em cada variável, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Este teste comprova se duas amostras apresentam uma diferença significativa com o grupo em estudo. Neste estudo foi comparada a variável sexo com a disponibilidade e satisfação da Escala de Suporte Social.

##### *- Teste de Kruskal-Wallis*

O teste de Kruskal-Wallis é empregado quando a variável se apresenta no mínimo em escala ordinal. Este teste comprova se amostras independentes podem ter sido extraídas de uma mesma população, através da conversão dos escores em postos, preservando plenamente a magnitude dos escores (FIELD, 2009). Neste estudo foram comparadas algumas variáveis de interesse (situação conjugal, escolaridade, renda, situação profissional) com a disponibilidade e satisfação da Escala de Suporte Social.

#### 4.6.5 Análise de correlação

A correlação é interpretada como a relação existente entre duas variáveis, e tem como objetivo encontrar o grau de relação entre elas, ou seja, um coeficiente de correlação ( $r$ ), que está compreendido entre  $-1 < r < 1$ . Quando  $r$  apresenta valores positivos, as variáveis estão diretamente relacionadas; quando  $r$  apresenta valores negativos, as variáveis estão inversamente relacionadas (BISQUERRA, SARRIELA, MARTINEZ, 2004). A Tabela 1 apresenta valores do coeficiente e sua interpretação.

Tabela 1 - Valores para a interpretação do coeficiente de correlação

<b>Coeficiente</b>	<b>Interpretação</b>
$r = 1$	Correlação perfeita
$0,80 < r < 1$	Muito alta
$0,60 < r < 0,80$	Alta
$0,40 < r < 0,60$	Moderada
$0,20 < r < 0,40$	Baixa
$0 < r < 0,20$	Muito baixa
$r = 0$	Nula

Fonte: BISQUERRA; SARRIELA; MARTINEZ (2004).

Para avaliar a correlação entre as variáveis foi calculado o coeficiente de Spearman, utilizado para a correlação entre disponibilidade e satisfação nas duas dimensões do suporte social funcional (instrumental e emocional).

#### 4.7 Riscos e benefícios do estudo

Os participantes desta pesquisa expuseram-se a riscos mínimos como: cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário e por lembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes. Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a

construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre esta temática.

#### **4.8 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), assim como, encaminhado à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – Reitoria/UFSM) para registro, avaliação e posterior liberação para a execução da pesquisa sob número CAAE 0377.0.243.000-11 (ANEXO B).

Atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96), disponibilizou-se aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado após exposição e esclarecimentos por parte dos pesquisadores acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta poderia acarretar, formulada no termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (BRASIL, 1996).

Além disso, os pesquisadores comprometeram-se com a privacidade e a confidencialidade (APENDICE C) dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos. Após a análise, elaboração e divulgação dos resultados da pesquisa, os dados serão armazenados pela pesquisadora responsável, assim como os instrumentos da coleta e os TCLE, do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM por um período de cinco anos, sendo posteriormente destruídos.





## **5 RESULTADOS**

A apresentação dos resultados será realizada de acordo com o protocolo de pesquisa proposto de maneira a contemplar a sequência dos objetivos estabelecidos para este estudo.

A apresentação dos resultados será realizada em etapas, quais sejam:

- Análise da confiabilidade da Escala de Suporte Social
- Caracterização sociodemográfica e de saúde dos pacientes
- Escala de Suporte social para pessoas com HIV/aids
- Avaliação do suporte social instrumental percebido e o grau de satisfação dos pacientes
- Avaliação do suporte social emocional percebido e o grau de satisfação dos pacientes
- Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte instrumental
- Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte emocional
- Comparação entre os tipos de suporte e variáveis sociodemográficas
- Comparação entre os tipos de suporte e as variáveis de saúde
- Fontes de suporte social

### **5.1 Análise da confiabilidade do Instrumento- Escala de Suporte Social**

Para atestar a confiabilidade do instrumento foi realizada a análise de consistência interna dos itens que compõem a Escala de avaliação de Suporte Social para pessoas portadoras do vírus HIV/aids, avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach.

Assim, seguem-se dispostos na Tabela 2 os valores dos Coeficientes Alfa de Cronbach do instrumento e suas respectivas dimensões.

Tabela 2 - Coeficiente Alfa de Cronbach para a Escala de Suporte Social, Santa Maria/RS, 2011.

<b>Dimensões</b>	<b>N</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Escala de Suporte Social	24	0,93
Suporte Social Instrumental Disponibilidade	6	0,75
Suporte Social Instrumental Satisfação	6	0,86
Suporte Social Emocional Disponibilidade	6	0,86
Suporte Social Emocional Satisfação	6	0,81

Verifica-se na Tabela 2 que a Escala de Suporte Social e os fatores que a compõem obtiveram Coeficientes Alfa de Cronbach superiores a 0,70, o que atesta a adequada consistência interna para o que se propõe a medir, ou seja, valores confiáveis para avaliação do suporte social da amostra do estudo.

## 5.2 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos pacientes

Apresentam-se a descrição das características sociodemográficas da amostra. Na Tabela 3 os dados relacionados ao sexo, situação conjugal, número de filhos e religião são descritos em valores percentuais e absolutos.

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo sexo, situação conjugal, número de filhos, religião. Santa Maria/RS, 2011.

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	83	46,9
Masculino	94	53,1
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	58	32,8
Casado	51	28,8
Viúvo	4	2,3
Com companheiro	34	19,2
Separado	30	16,9
<b>Número de Filhos</b>		
Nenhum	49	27,7
Um	42	23,7
Dois	49	27,7
Três ou mais	37	20,9
<b>Religião</b>		
Católica	98	55,4
Evangélica	36	20,4
Afro-brasileira	16	9,0
Espírita	13	7,3
Ateísta	4	2,3
Outros	10	5,6

Verifica-se na Tabela 3 o predomínio de indivíduos do **sexo** masculino (53%) e solteiros (32,8%). Quanto ao **número de filhos**, 27,7% não tem filhos, constatando-se o mesmo percentual de 27,7% para respondentes com dois filhos.

No que concerne à **crença religiosa** há um predomínio da religião católica (55,4%), seguida da evangélica (19,8%).

Na Tabela 4 apresentam-se os valores referentes a escolaridade, renda, situação profissional e ocupação dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade, renda, situação profissional e ocupação referida. Santa Maria/RS, 2011.

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	70	39,5
Ensino Fundamental Completo	28	15,8
Ensino Médio Incompleto	26	14,7
Ensino Médio Completo	38	21,5
Ensino Superior	13	7,3
Pós- Graduação	2	1,1
<b>Renda</b>		
Menos de um salário mínimo	38	21,5
Um salário mínimo	52	29,4
Entre um salário mínimo e três salários	72	40,7
Mais de três salários	15	8,5
<b>Situação Profissional</b>		
Trabalho em emprego fixo, com direitos trabalhistas	37	20,9
Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas.	15	8,5
Trabalho por conta própria, regularmente.	28	15,8
Trabalho por conta própria, às vezes.	15	8,5
Estou desempregado (a)/ não estou trabalhando.	24	13,6
Nunca trabalhei.	10	5,6
Estou aposentado (a).	29	16,4
Tenho benefício continuado.	15	8,5
<b>Ocupação</b>		
Serviços técnicos	90	51
Serviços domésticos	58	32
Serviços especializados	14	8
Agricultor	5	3
Outros	10	6

Verifica-se que em relação à **escolaridade**, 39,5% tem o ensino fundamental incompleto, seguido de 21,5% de pessoas com ensino médio completo.

Quanto à **renda**, constata-se que 40,7% ganha entre um e três salários mínimos (nacional). Na **situação profissional**, 20,9% estão empregadas com direitos trabalhistas,

16,4% estão aposentadas e 15,8% trabalham por conta própria regularmente. Observa-se que 13,6% dos sujeitos referem estar desempregados.

A **ocupação** dos indivíduos que predomina é de serviços técnicos (51%) (comerciante, eletricista, mecânico, cabeleireiro, costureira, etc.), seguido dos serviços domésticos ou do lar com 32% (doméstica, cozinheira, diarista, copeira, etc.) e das profissões que requerem um maior nível de formação (administrador, educador, empresário, funcionário público) com 8%.

Na Tabela 5, apresentam-se os dados referentes à variável idade, com valores máximos e mínimos, média, mediana e desvio padrão.

Tabela 5 – Medidas descritivas para a idade dos respondentes. Santa Maria/RS, 2011.

Idade	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Feminino	83	40,40	10,09	19,26	69,93
Masculino	94	43,56	9,81	13,84	67,85

Em relação à **idade** dos respondentes, observa-se que houve uma variação entre 19 a 70 anos ( $\bar{x}$  = 42,08; DP = 10,04). Entre as mulheres a média foi de 40 anos e entre os homens 43 anos.

Os pesquisados foram agrupados de acordo com a cidade de origem e abrangência da respectiva Coordenadoria Regional de Saúde, visto que, a instituição em que foi realizado este estudo atende municípios referenciados pela 4ª e 10ª CRS.

Apresentam-se na Tabela 6 a distribuição dos pacientes de acordo com a procedência.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com a procedência e respectivas CRS, Santa Maria/RS, 2011.

Procedência	CRS	Frequência (n)	Percentual (%)
Agudo	4ª CRS	1	0,6%
Boca do Monte		1	0,6%
Cacequi		1	0,6%
Capão do Cipó		1	0,6%
Dona Francisca		3	1,7%
Formigueiro		1	0,6%
Itaara		1	0,6%
Júlio de Castilhos		2	1,1%
Santa Maria		142	80,2%
São Francisco		1	0,6%
São Pedro do Sul		6	3,4%
São Sepé		3	1,7%
Livramento	10ª CRS	1	0,6%
Maçambará		1	0,6%
Urugaiana		2	1,1%

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes de acordo com a procedência e respectivas CRS, Santa Maria/RS, 2011. (continuação)

Procedência	CRS	Frequência (n)	Percentual (%)
Gravataí /	1ª CRS	1	0,6%
Caçapava / Cachoeira	8ª CRS	2	1,1%
Tupanciretã	9ª CRS	2	1,1%
São Borja/ Vitória das Missões	12ª CRS	2	1,1%
Horizontina	14ª CRS	2	1,1%
Coronel Bicaco	15ª CRS	2	1,1%
<b>TOTAL</b>		177	100%

Quanto à procedência, verifica-se que prevalecem os usuários da 4ª CRS com 92,3% de pessoas oriundas desta área de abrangência. A 10ª CRS com 2,3% e usuários de outras CRS que não são de referência do HUSM com 5,6%.

Em relação às **características de saúde** têm-se variáveis clínicas da infecção (aids) que avaliam a integridade do sistema imunológico (LTCD4) e a quantidade de vírus por mililitro(ml) de sangue circulante (Carga Viral). Os valores de CV e CD4 foram categorizados<sup>2</sup> para possibilitar a análise dos dados, e estão apresentados no quadro 1.

Categorias	Características
CV indetectável	Menor ou igual a 50 cópias/ml
CV valor baixo	51 a 9.999 cópias/ml;
<b>CV valor médio</b>	10.000 a 99.000 cópias/ml
<b>CV valor alto</b>	acima de 100.000 cópias/ml
<b>CD4 muito baixo</b>	0 a 200 cópias/ml
<b>CD4 baixo</b>	201-349 cópias/ml
<b>CD4 de valor médio</b>	350-499 cópias/ml
<b>CD4 de valor normal</b>	500-1200 cópias/ml

Quadro1 - Categorias da Carga Viral e CD4. Santa Maria/RS, 2011.  
Fonte: Protocolos assistenciais/HUSM e MS, 2007.

Também foram avaliados o tempo de conhecimento do diagnóstico e do uso de TARV, assim como, a necessidade de hospitalização e o número de internações hospitalares.

Os resultados das características clínicas estão dispostos na Tabela 7.

<sup>2</sup> Os valores de CV e LTCD4 foram agrupados em categorias neste trabalho com o objetivo de facilitar a análise dos dados e tiveram como referência as Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes com HIV preconizadas pelo MS(2007) e os protocolos de recomendação terapêutica do serviço de infectologia do HUSM.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo os níveis de CV e CD4, Santa Maria/ RS, 2011.

Variáveis Clínicas	Frequência (n)	Percentual (%)
Carga viral no início do tratamento		
Indetectável	12	6,8
Baixo	100	56,5
Médio	63	35,6
Alto	2	1,1
Carga viral atual		
Indetectável	134	75,7
Baixo	39	22,0
Médio	3	1,7
Alto	1	0,6
CD4 início do tratamento		
Muito baixo	81	45,8
Baixo	69	39,0
Médio	22	12,4
Normal	5	2,8
CD4 atual		
Muito baixo	23	13,0
Baixo	40	22,6
Médio	43	24,3
Normal	71	40,1
Hospitalização		
Sim	76	42,9
Não	99	55,9
Ignorado	2	1,1

Observa-se, na Tabela 7 que a **Carga Viral (CV)** plasmática medida pela quantidade de cópias virais por mililitro (ml) de sangue periférico, apresentou-se no início do tratamento, **indetectável** (menor ou igual a 50 cópias/ml) para 6,8% da amostra, com **valor baixo** (entre 51 a 9.999 cópias/ml) para 56,5% dos indivíduos, **valor médio** (entre 10.000 a 99.000 cópias/ml) para 35,6% pessoas e com **alta CV** (acima de 100.000 cópias/ml) para 1,1% dos respondentes.

Por outro lado, os valores da **CV atual**, apresentam uma inversão destes parâmetros, e mostra que 75,7% das pessoas estão com a **CV indetectável**; 22% com valores considerados **baixos**, 1,7% **médio** e 0,6% dos pacientes com **valores altos**.

Os valores de contagem dos **LTCD4** (número de células por mililitro cúbico de sangue), indicador das condições imunológicas do indivíduo, apresentaram-se no início do tratamento **muito baixo** (entre 0 a 200 cópias/ml) para 45,8% dos entrevistados; **baixo** (entre 201-349 cópias/ml) para 39% indivíduos; com **valor médio** (350-499 cópias/ml) para 12,4% dos respondentes e 2,8% com **valor normal** (entre 500-1.200 cópias/ml).

Ao avaliar o valor do **CD4 atual**, medido entre 2010 e 2011, constatou-se que 40,1% dos pacientes estão com CD4 considerado **normal** (500-1200 cópias/ml), 24,3% com **valor**

**médio** (350-499 cópias/ml); 22,6% com valores considerados **baixos** (201 a 349 cópias/ml) e 13% **muito baixos**.

Ainda, foi avaliado o **número de internações** necessárias após o conhecimento do diagnóstico por parte dos respondentes (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes quanto ao número de internações realizadas após o diagnóstico para o HIV, Santa Maria/RS, 2011.

Número de hospitalizações	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Feminino	83	2,41	3,28	1	20
Masculino	94	2,54	2,83	1	15
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>2,47</b>	<b>3,06</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Verifica-se que a média geral de internações foi de 2,47 vezes, com um número superior de internações para os pacientes do sexo masculino ( $\bar{x}=2,54$ ; DP=2,83). O número de internações variou entre uma e 20 vezes para as mulheres e uma e 15 vezes para os homens.

Com referência ao **tempo de conhecimento do diagnóstico** evidenciou-se que o período variou de um a vinte e três anos. Destes, 30,5% (54 sujeitos) receberam o diagnóstico de soropositividade para o HIV entre um a cinco anos, 41,8% (74 sujeitos) entre seis e 10 anos, e 20,1% (35 sujeitos) entre 11 a 15 anos. A seguir, mostra-se na Figura 1 a distribuição da amostra em relação ao tempo de conhecimento do diagnóstico.

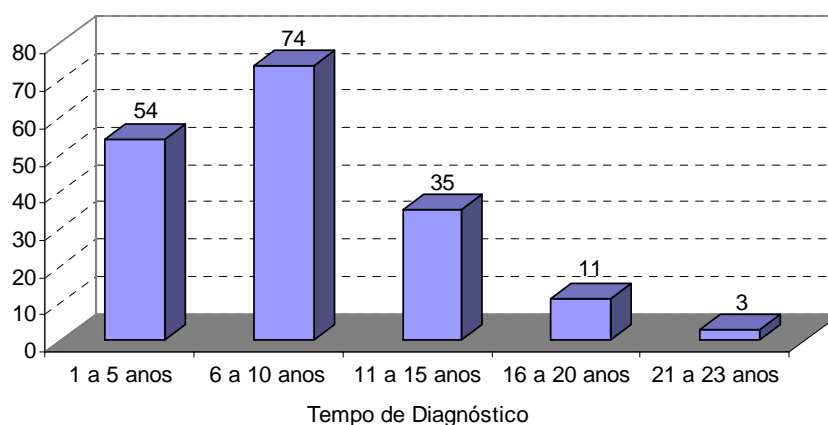


Figura 1 – Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de diagnóstico referida pela amostra, Santa Maria/RS, 2011.

Em relação ao tempo de tratamento dos pacientes com TARV, pode-se verificar na Figura 2 a distribuição dos mesmos. Os dados foram distribuídos pela frequência absoluta e relativa.

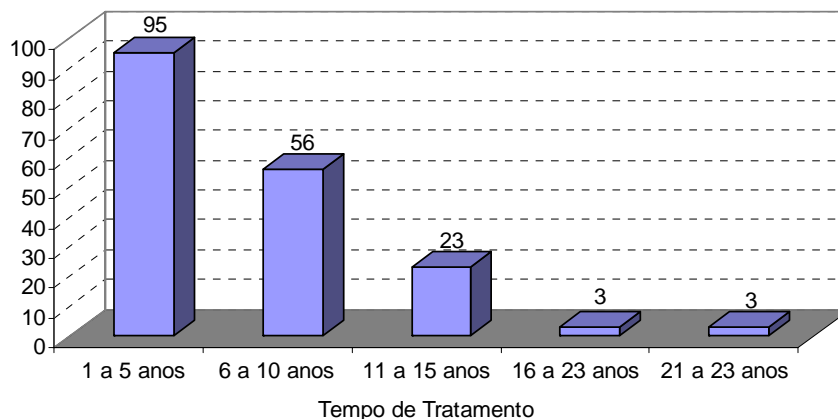


Figura 2 - Distribuição dos pesquisados segundo o tempo de tratamento com TARV, Santa Maria/RS, 2011.

Em relação ao **tempo de tratamento** com TARV, verifica-se que 53,7% (95 sujeitos) estão entre um e cinco anos de tratamento, 31,6% (56 sujeitos) de seis e 10 anos, seguido de 13% (23 sujeitos) entre 11 e 15 anos e 1,7% (6 sujeitos) entre 16 e 23 anos em tratamento medicamentoso.

### 5.3 Escala de Suporte Social para pessoas com HIV/aids

A Escala de Suporte Social é constituída de quatro dimensões: a de disponibilidade do suporte social instrumental e do suporte social emocional e a de satisfação com o suporte social instrumental e emocional. Com a finalidade de identificar qual o tipo de suporte, se instrumental ou emocional foi mais utilizado, bem como, a disponibilidade do suporte calcularam-se as médias das quatro dimensões.

As medidas descritivas estão apresentadas na Tabela 9.



Tabela 9 - Medidas descritivas para as dimensões do suporte social, Santa Maria/RS, 2011.

Dimensões	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Disponibilidade suporte instrumental	3,33	1,23	1	5
Satisfação suporte instrumental	3,55	0,06	1	5
Disponibilidade suporte emocional	3,50	0,17	1	5
Satisfação suporte emocional	3,62	0,08	1	5

Verifica-se que o suporte mais percebido pelos respondentes é o **emocional** com média de 3,50 (DP=0,17) assim como, os respondentes sentem-se mais satisfeitos com este suporte recebido ( $\bar{x}$ =3,62; DP=0,08).

### 5.3.1 Avaliação do suporte social instrumental percebido e o grau de satisfação dos pacientes

A seguir, apresentam-se na Tabela 10 as medidas descritivas do suporte instrumental recebido e da satisfação.

Tabela 10 - Medidas descritivas da disponibilidade e satisfação do suporte instrumental recebido, Santa Maria/RS, 2011.

Suporte Instrumental	Méd	DP	Mín	Max
Você tem recebido apoio em situações concretas, que facilita a realização do seu tratamento de saúde?	3,41	1,51	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,72	0,98	1	5
Você recebe apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,78	1,46	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,31	1,11	1	5
Você recebe apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,23	1,46	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,65	0,96	1	5
Você recebe apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,13	1,49	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,65	0,96	1	5
Você recebe apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,33	1,42	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,57	1,04	1	5
Você recebe apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,82	1,39	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,41	1,00	1	5

Observa-se que a média mais alta de disponibilidade foi de 3,41 (DP=1,51), o que indica que as pessoas recebem este apoio “às vezes”, e estão “nem satisfeitas, nem

insatisfeitas” com o apoio recebido ( $\bar{x}=3,72$ ;  $DP=0,98$ ;) em situação de “apoio recebido em situações concretas que facilita a realização do seu tratamento de saúde”.

Por outro lado, a média mais baixa de disponibilidade foi no “apoio em questões financeiras” ( $\bar{x}=2,78$ ;  $DP=1,46$ ) e significa que “raramente” o recebem, assim como, sentem-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” ( $\bar{x}=3,31$ ;  $DP=1,11$ ) em relação à esse apoio.

### 5.3.2 Avaliação do suporte social emocional percebido com o grau de satisfação dos pacientes

Neste item, buscou-se analisar o grau de satisfação dos pacientes frente ao **suporte emocional** recebido e quais as situações com maior média desta modalidade de apoio. Os resultados desta análise estão descritos na Tabela 11 com os valores máximos, mínimos, média e desvio padrão.

Tabela 11 – Medidas descritivas quanto a disponibilidade e satisfação do suporte emocional recebido, Santa Maria/RS, 2011.

<b>Suporte Emocional</b>	<b>Méd</b>	<b>DP</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,90	1,12	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,85	0,92	2	5
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,23	1,42	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,41	1,10	1	5
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,55	1,18	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,73	0,91	2	5
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,21	1,39	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,50	1,02	1	5
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,53	1,22	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,71	0,99	1	5
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,34	1,29	1	5
Está satisfeito(a) com esse apoio recebido?	3,49	1,10	1	5

Verificam-se na Tabela 11 que as médias para **suporte emocional** recebido e satisfação foram mais altas comparando-se ao **suporte instrumental**. Este dado indica a predominância do apoio emocional quando comparado ao instrumental para os pacientes.

Na avaliação do **suporte emocional** constata-se que as médias relativas à “satisfação” foram mais altas do que as de “disponibilidade” de apoio, exceto para a primeira questão, em

que a situação de “apoio que faz a pessoa sentir-se valorizada” é mais alta para a disponibilidade ( $\bar{x}=3,90$ ;  $DP=1,12$ ). Nesta questão a média para a satisfação também é mais alta ( $\bar{x}=3,85$ ;  $DP=0,92$ ). Conclui-se que os pesquisados percebem apoio “às vezes” e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio emocional recebido.

Quando avaliam-se as médias mais baixas, em relação à disponibilidade de **suporte emocional** verifica-se que as pessoas “às vezes” recebem apoio de “alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho” ( $\bar{x}=3,21$ ;  $DP=1,39$ ).

Quanto à satisfação do apoio recebido, a média mais baixa refere-se à situação de “apoio para desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade” em que os pacientes sentem-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” ( $\bar{x}=3,41$ ;  $DP=1,10$ ) com esse apoio recebido.

Os dados mostram que as pessoas estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com o **suporte emocional** recebido mesmo que ele seja oferecido “às vezes”.

### 5.3.3 Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte instrumental

Com o objetivo de avaliar a relação entre o grau de satisfação dos respondentes frente ao apoio instrumental recebido calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Os resultados desta relação estão apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Coeficientes de correlação de Spearman entre disponibilidade do suporte instrumental e o grau de satisfação pelo suporte recebido. Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	Satisfação	CC	p*	Decisão
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?	0,687	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,533	<0,0001	Moderada e positiva
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,632	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,657	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	Quão satisfeito (a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,706	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	Quão satisfeito (a) você está em relação ao apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	0,611	<0,0001	Alta e positiva

CC=Coeficiente de Correlação \*p= valor de p

De acordo com a Tabela 12 a correlação entre disponibilidade e satisfação resultou em correlações positivas, significativas, de moderada a alta. Quanto mais os indivíduos recebem apoio mais satisfeito eles se mostram.

#### 5.3.4 Correlação entre disponibilidade e satisfação frente ao suporte emocional

Com o objetivo de avaliar a relação entre o grau de satisfação dos respondentes frente ao apoio emocional recebido calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Os resultados desta relação estão dispostos na Tabela 13.

Tabela 13 - Coeficientes de correlação de Spearman entre disponibilidade do suporte emocional e o grau de satisfação pelo suporte recebido. Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	Satisfação	CC	p*	Decisão
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,769	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,757	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,624	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,703	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,725	<0,0001	Alta e positiva
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?	0,802	<0,0001	Muito alta e positiva

CC= Coeficiente de Correlação \*p= valor de p

Observa-se que a correlação entre disponibilidade e satisfação do **suporte emocional** resultou em correlações **positivas, significativas e com alto** coeficiente de correlação entre elas.

Salienta-se nesta associação que o maior coeficiente de correlação é verificado na situação em que o apoio disponível relaciona-se “às atividades de lazer” ( $r=0,802$ ;  $p<0,0001$ ), e as pessoas estão “muito satisfeitas” com este apoio recebido. E o menor coeficiente de correlação ( $r=0,624$ ;  $p<0,0001$ ) refere-se à situação de “apoio informacional”.

### 5.3.5 Comparação entre tipos de suporte e variáveis sociodemográficas

Nesta análise verificou-se possíveis associações entre os tipos de suporte instrumental e emocional e as variáveis sexo, situação conjugal, escolaridade, renda, e situação profissional. Para as associações selecionou-se variáveis correspondentes aos dados que obtiveram significância para a amostra estudada. Assim, as variáveis número de filhos, religião, profissão, procedência não foram comparadas às variáveis disponibilidade e satisfação em função da sua menor representatividade para esta amostra.

A seguir, descreve-se na Tabela 14 a comparação da variável **sexo** e a disponibilidade do **suporte instrumental**. Foi utilizado o teste de Mann Whitney nesta comparação.

Tabela 14- Comparação da variável sexo com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	F	M	p-valor*
	Méd (DP)	Méd (DP)	
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,48 (1,409)	3,35 (1,591)	0,646
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,71 (1,410)	2,84 (1,512)	0,610
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	2,96 (1,477)	3,47 (1,404)	<b>0,023</b>
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,10 (1,470)	3,16 (1,512)	0,777
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,12 (1,443)	3,51 (1,389)	0,067
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,81 (1,329)	2,84 (1,447)	0,987

F=Feminino M=Masculino \*Teste de Mann Whitney

Em relação ao **sexo**, houve predomínio na utilização do apoio em “situações concretas que facilitaram o tratamento de saúde” ( $\bar{x}$ =3,48; DP=1,409) pelas **mulheres**, enquanto que para os **homens** foi preponderante a utilização do “apoio de pessoas com quem você pode contar em caso de necessidade” ( $\bar{x}$ =3,51; DP=1,389).

Por outro lado, o suporte menos utilizado pelas **mulheres** refere-se ao “apoio em situações financeiras, como divisão de despesas e empréstimo de dinheiro” ( $\bar{x}$ =2,71; DP=1,410) e para os **homens** existem duas situações em que pouco utilizam ou recebem apoio: nas “questões financeiras” ( $\bar{x}$ =2,84; DP=1,512), e em situações em que “as pessoas lhes dão coisas necessárias para seu dia a dia” ( $\bar{x}$ =2,84; DP=1,447).

Observa-se **diferença estatística significativa** ( $p=0,023$ ) entre homens e mulheres quanto à disponibilidade de **suporte instrumental** nas “atividades práticas do seu dia a dia”. As mulheres “raramente” recebem este apoio, enquanto os homens “às vezes” o recebem. Em geral os homens apresentam tendência a receber maior suporte social instrumental do que as mulheres.

Apresenta-se a seguir a descrição da comparação da variável **situação conjugal e suporte instrumental** na Tabela 15. Para esta comparação foi utilizado o teste de Kruskal-wallis.

Tabela 15 - Comparação da situação conjugal com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	Solt	C/CC	V	S	p
	M(DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,14 (1,772)	3,13 (1,313)	3,75 (0,957)	3,00 (1,365)	0,061
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas na casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,86 (1,680)	2,81 (1,323)	3,25 (1,708)	2,47 (1,383)	0,580
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,24 (1,658)	3,46 (1,268)	3,25 (1,708)	2,57 (1,382)	<b>0,046</b>
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,00 (1,675)	3,32 (1,365)	3,25 (1,500)	2,83 (1,440)	0,422
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,50 (1,603)	3,28 (1,324)	3,75 (0,957)	3,07 (1,388)	0,421
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,74 (1,551)	2,93 (1,242)	3,25 (1,708)	2,63 (1,450)	0,554

Solt= Solteiro C=Casado/CC=com Companheiro V=Viúvo S= Separado \*Teste de Kruskal- wallis

Quanto à **situação conjugal**, observam-se as maiores médias para as pessoas **viúvas**. Para as pessoas **casadas ou com companheiro** as maiores médias referem-se a duas situações: “em relação a atividades práticas do seu dia a dia” ( $\bar{x}=3,46$ ;  $DP=1,268$ ) e em relação ao seu próprio cuidado de saúde ( $\bar{x}=3,32$ ;  $DP=1,365$ ). Estes dados indicam que viúvos e casados ou com companheiro recebem **suporte instrumental** “às vezes”.

As pessoas **separadas**, “raramente” tem **suporte instrumental** e verifica-se a menor média na situação relacionada ao apoio financeiro ( $\bar{x}=2,47$ ;  $DP=1,383$ ).

Houve **diferença estatística significativa** para “as atividades práticas do seu dia-a-dia” ( $p=0,046$ ) e **situação conjugal**. Esta diferença ocorreu entre as pessoas casadas/com

companheiro e as separadas, ou seja, as pessoas com parceiros relataram maior disponibilidade do suporte instrumental em relação aos demais.

Segue-se com a comparação da **escolaridade** e a disponibilidade do **suporte social instrumental**, apresentada na Tabela 16.

Tabela 16 - Comparação da variável escolaridade com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	EFI	EFC	EMI	EMC	ES	PG	p valor*
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,37 (1,515)	3,46 (1,575)	3,46 (1,174)	3,39 (1,552)	3,62 (1,895)	2,50 (2,121)	0,914
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,70 (1,536)	2,57 (1,372)	2,92 (1,093)	2,79 (1,545)	3,23 (1,787)	3,50 (0,707)	0,710
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,17 (1,541)	3,07 (1,538)	3,15 (1,190)	3,50 (1,310)	3,00 (1,732)	5,00 (0,000)	0,398
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,24 (1,508)	2,93 (1,464)	3,00 (1,166)	3,00 (1,560)	3,38 (1,895)	4,50 (0,707)	0,597
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,14 (1,535)	3,25 (1,295)	3,35 (1,164)	3,58 (1,388)	3,54 (1,713)	4,50 (0,707)	0,545
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,70 (1,344)	3,00 (1,361)	2,69 (1,289)	2,92 (1,477)	2,92 (1,706)	4,00 (1,414)	0,751

EFI=Ensino Fundamental Incompleto EFC=Ensino Fundamental Completo EMC= Ensino Médio Completo  
EMI=Ensino Médio Incompleto ES=Ensino Superior PG=Pós-Graduação \*Teste de Kruskal-wallis

A disponibilidade do **suporte social instrumental** para as pessoas com **pós-graduação** apresentam valores em que predominam o suporte “frequentemente” disponibilizado. Para o “apoio em atividades práticas do dia a dia” ( $\bar{x}=5,00$  e  $DP=0,000$ ), o apoio é “sempre” disponibilizado. Porém, pessoas com esse nível de escolaridade avaliam como baixa a disponibilidade de “apoio em situações concretas que facilitam a realização do seu tratamento de saúde” ( $\bar{x}=2,50$ ;  $DP=2,121$ ), o que indica que “raramente” recebem apoio nesta situação.

No entanto, não houve diferença estatística significativa quando comparada a **escolaridade** e a disponibilidade do **suporte instrumental** ( $p>0,05$ ).

Logo a seguir, apresentam-se a análise da variável **renda** e disponibilidade do **suporte instrumental** na Tabela 17.

Tabela 17 - Comparação da variável renda com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	< 1 SM	1 SM	1-3 SM	> 3SM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,71 (1,374)	3,23 (1,628)	3,51 (1,394)	2,80 (1,781)	0,228
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas na casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,63 (1,496)	2,98 (1,435)	2,82 (1,407)	2,27 (1,710)	0,262
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,21 (1,580)	3,12 (1,517)	3,35 (1,302)	3,13 (1,727)	0,893
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	2,92 (1,549)	3,00 (1,508)	3,35 (1,406)	3,07 (1,668)	0,457
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,24 (1,497)	3,31 (1,365)	3,35 (1,396)	3,53 (1,685)	0,902
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,05 (1,469)	2,77 (1,308)	2,74 (1,353)	2,87 (1,685)	0,715

SM=Salário Mínimo \*Teste de Kruskal wallis

Quanto à **renda** as médias baixas, sugerem que o **suporte instrumental** “raramente” ou “às vezes” é disponibilizado aos usuários.

A média mais baixa ( $\bar{x}=2,27$ ; DP=1,710) verificou-se em pessoas que ganham **acima de três salários mínimos** em situações que necessitaram de “apoio financeiro, divisão de despesas, dinheiro dado ou emprestado”. Nesta mesma situação (apoio financeiro) a média mais alta ( $\bar{x}=2,98$ ; DP=1,435) foi evidenciada para as pessoas que ganham **até um salário mínimo**, mesmo assim verifica-se que este apoio “raramente” ocorre.

A média mais alta nesta relação ( $\bar{x}=3,71$ ; DP=1,374) foi para indivíduos que ganham **menos de um salário mínimo**, em “situações concretas de apoio que facilitaram a realização do seu tratamento de saúde”.

Não há diferença estatística significativa na comparação da **renda** e a disponibilidade de **suporte instrumental** ( $p>0,05$ ).

A seguir, descrevem-se os dados da comparação entre a variável **situação profissional** e a disponibilidade de **suporte social instrumental**, na Tabela 18.



Tabela 18 - Comparação da variável situação profissional com a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	TF	TPC	D	NT	A	BPC	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,40 (1,404)	3,60 (1,450)	3,33 (1,523)	4,10 (1,449)	3,28 (1,750)	2,80 (1,568)	0,388
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,90 (1,317)	2,67 (1,210)	2,67 (1,711)	2,90 (1,663)	2,90 (1,760)	2,40 (1,454)	0,835
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,08 (1,384)	3,65 (1,232)	3,04 (1,654)	3,20 (1,549)	3,41 (1,524)	2,47 (1,506)	0,118
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,04 (1,343)	3,14 (1,424)	3,21 (1,693)	2,70 (1,636)	3,41 (1,570)	2,60 (1,549)	0,549
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,27 (1,359)	3,67 (1,085)	3,17 (1,711)	3,10 (1,853)	3,52 (1,405)	2,40 (1,549)	0,121
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,77 (1,293)	2,93 (1,421)	2,88 (1,424)	3,00 (1,247)	2,90 (1,611)	2,00 (1,000)	0,335

TF=trabalho Fixo TPC=Trabalho por Conta D=Desempregado NT=Nunca Trabalhou A=Aposentado BPC=Benefício de Prestação Continuada \*Teste de Kruskal-wallis

Quanto a **situação profissional** e a disponibilidade de **suporte instrumental**, os participantes que **não trabalham** perceberam como “frequente” o suporte em “situações concretas de apoio que facilitam a realização do tratamento de saúde” ( $\bar{x}=4,10$ ; DP=1,449). Os que têm **benefício de prestação continuada** “raramente” recebem apoio social instrumental em todas as situações avaliadas ( $\bar{x}=2,00$ ; DP=1,000).

Os usuários que **trabalham por conta** (sem vínculo empregatício), obtiveram a média de 3,67 (DP=1,085), na situação “em que recebem apoio de outras pessoas em caso de necessidade”, e indica disponibilidade de apoio “às vezes”. Não há diferença estatística significativa na comparação da **situação profissional** e a disponibilidade de **suporte instrumental** ( $p>0,05$ ).

Em seguida serão apresentados os dados referentes à comparação das variáveis sociodemográficas e a satisfação do **suporte instrumental**.

Na Tabela 19, passa-se a exibir os valores da comparação entre a variável **sexo** e a satisfação do **suporte instrumental**. Foi utilizado para comparação das variáveis o teste de Mann Whitney.

Tabela 19 - Comparação da variável sexo e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	F	M	p
	M(DP)	M (DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,61 (1,057)	3,82 (0,892)	0,276
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,22 (1,105)	3,39 (1,119)	0,291
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,47 (0,992)	3,81 (0,907)	<b>0,027</b>
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,54 (0,954)	3,74 (0,961)	0,158
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,36 (1,089)	3,76 (0,969)	<b>0,013</b>
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,30 (1,045)	3,50 (0,948)	0,211

F=Feminino M=Masculino \*Teste de Mann Whitney

Em relação ao **sexo**, verifica-se que os **homens** e as **mulheres** nesta comparação referem estar “nem satisfeito, nem insatisfeito” com o **suporte instrumental** recebido.

Para as **mulheres** ( $\bar{x}=3,22$ ; DP=1,105) e os **homens** ( $\bar{x}=3,39$ ; DP=1,119) a situação de “apoio financeiro” evidencia a menor satisfação.

Verifica-se **diferença estatística positiva e significativa** ( $p=0,027$ ) entre os sexos na situação de apoio recebido “em atividades práticas do dia a dia” assim como, no “apoio recebido de pessoas em que se pode contar em caso de necessidade” ( $p=0,013$ ). Assim, os dados indicam que as mulheres estão menos satisfeitas com o **apoio instrumental** nestas duas situações.

Segue-se com a comparação da variável **situação conjugal** e satisfação **do suporte instrumental** (Tabela 20). Foi utilizado para comparação destas variáveis o teste de Kruskal-wallis.

Tabela 20 - Comparação da variável situação conjugal e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	Solt	Cas/CC	V	S	p
	M (DP)	M (DP)	M(DP)	M (DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,67 (1,015)	3,87 (0,936)	3,25 (1,708)	3,47 (0,860)	0,149
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,26 (1,133)	3,46 (1,097)	3,00 (1,826)	3,03 (0,999)	0,284
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,76 (0,865)	3,71 (0,974)	3,25 (1,708)	3,33 (0,959)	0,214
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,74 (0,870)	3,68 (0,966)	3,75 (1,258)	3,37 (1,066)	0,370
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,72 (1,022)	3,58 (1,039)	3,75 (0,957)	3,23 (1,073)	0,221
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,48 (1,030)	3,44 (0,919)	3,25 (1,708)	3,20 (1,064)	0,627

Solt =Solteiros Cas/CC = Casados/Com Companheiro V=Viúvo S=Separados \* Teste de Kruskal-wallis

Quanto a **situação conjugal**, percebe-se que os pacientes referem estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o **suporte instrumental** recebido em todas as situações avaliadas.

Para os **viúvos** predominam as menores médias, em situações de “apoio concreto que facilitam a realização do tratamento,” no “apoio financeiro”, “em atividades práticas do dia a dia”, e expressam que estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio recebido.

A maior média corresponde às pessoas **casadas ou com companheiro** ( $\bar{x}=3,87$ ; DP=0,936), na questão relacionada ao “apoio em situações concretas que facilitam a realização do tratamento de saúde”.

Quando comparada a **situação conjugal** e a satisfação do **suporte social instrumental**, não existe diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Na Tabela 21 estão apresentados os valores da comparação da **escolaridade** e satisfação do **suporte instrumental**.

Tabela 21 - Comparação da variável escolaridade e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	EFI	EFC	EMI	EMC	ES	PG	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,63 (1,038)	3,82 (0,945)	3,58 (0,902)	3,74 (0,978)	4,08 (0,760)	5,00 (0,000)	0,221
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas na casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,21 (1,141)	3,43 (1,069)	3,12 (1,033)	3,24 (1,149)	4,00 (0,913)	4,50 (0,707)	0,103
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,67 (0,989)	3,64 (0,989)	3,19 (0,981)	3,68 (0,842)	4,23 (0,725)	4,50 (0,707)	<b>0,039</b>
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,70 (0,998)	3,64 (0,951)	3,46 (0,811)	3,47 (0,979)	4,15 (0,899)	4,50 (0,707)	0,170
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,40 (1,147)	3,79 (0,833)	3,31 (0,928)	3,61 (1,054)	4,31 (0,630)	4,50 (0,707)	<b>0,022</b>
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,26 (1,086)	3,54 (0,881)	3,08 (0,891)	3,53 (0,893)	4,15 (0,801)	4,00 (1,414)	0,126

EFI=Ensino Fundamental Incompleto EFC=Ensino Fundamental Completo EMI=Ensino Médio Incompleto  
EMC=Ensino Médio Completo ES= Ensino Superior PG=Pós-Graduação \*Teste de Kruskal-wallis

Em relação à variável **escolaridade**, as médias mais altas foram para os usuários com **pós-graduação**, tal qual, na relação da satisfação com a disponibilidade do suporte emocional. Estes dados sugerem que estas pessoas estão “satisfeitas” e “muito satisfeitas” com o **suporte instrumental** recebido.

Para os respondentes com o **ensino médio incompleto**, evidenciou-se a menor média, na situação de “apoio de pessoas que lhes dão coisas que precisam no dia” ( $\bar{x}$ =3,08; DP=0,891), o que pode-se considerar que estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido.

Ressalta-se **diferenças estatísticas significativas** entre **escolaridade** e satisfação do **suporte instrumental** em situações de “apoio em atividades práticas do dia a dia” (p=0,039) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino médio incompleto. E no “apoio de pessoas com quem podem contar em caso de necessidade” (p=0,024) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino fundamental incompleto. Os dados mostram que as pessoas com ensino superior estão mais satisfeitas com o **suporte instrumental** nestas situações.

A seguir, expõem-se os resultados da variável **renda** e a satisfação do **suporte instrumental** na Tabela 22.

Tabela 22 - Comparação da variável renda e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	< 1 SM	1 SM	1-3 SM	>3 SM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,61 (1,220)	3,62 (1,013)	3,82 (0,828)	3,93 (0,799)	0,698
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,08 (1,148)	3,13 (1,103)	3,49 (1,075)	3,67 (1,113)	0,112
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,50 (1,059)	3,54 (0,896)	3,75 (0,946)	3,93 (0,961)	0,367
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,66 (0,994)	3,40 (1,034)	3,76 (0,864)	3,93 (0,961)	0,204
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,47 (1,133)	3,42 (0,997)	3,63 (1,027)	4,07 (0,961)	0,161
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,42 (1,106)	3,31 (1,020)	3,42 (0,931)	3,67 (0,976)	0,820

SM=Salário Mínimo \* Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **renda**, pode-se observar que as pessoas tendem a estar "nem satisfeitas, nem insatisfeitas" com o **suporte instrumental** recebido.

A maior média ( $\bar{x}=4,07$ ; DP=0,961), apresentou-se para os respondentes que ganham **mais de três salários mínimos**, na situação de "apoio de pessoas com quem podem contar em caso de necessidade", o que indica "satisfação" com o apoio disponibilizado.

A menor média ( $\bar{x}=3,08$ ; DP=1,148) ocorreu para quem recebe **menos de um salário mínimo**, e indica que os usuários estão "nem satisfeitos, nem insatisfeitos" com o **suporte instrumental**.

Quando comparada a **renda** e a satisfação do **suporte social instrumental**, não existe diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

A seguir, na Tabela 23 apresentam-se os valores da comparação da variável **situação profissional** e a satisfação do **suporte instrumental**.

Tabela 23 - Comparação da variável situação profissional e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	TF	TPC	D	NT	A	BPC	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,76 (0,860)	3,80 (1,112)	3,75 (0,847)	4,00 (0,943)	3,72 (0,960)	3,13 (1,125)	0,311
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,40 (1,047)	3,27 (1,246)	3,04 (1,233)	3,60 (0,966)	3,41 (0,907)	3,13 (1,246)	0,769
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,71 (0,875)	3,68 (1,116)	3,63 (0,875)	3,70 (1,059)	3,62 (1,015)	3,40 (0,828)	0,817
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,71 (0,875)	3,75 (1,037)	3,67 (0,917)	3,40 (0,966)	3,66 (0,974)	3,27 (1,100)	0,515
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,67 (0,944)	3,59 (0,996)	3,46 (1,179)	3,72 (0,996)	3,60 (1,174)	3,00 (1,254)	0,469
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,40 (0,935)	3,45 (1,066)	3,54 (1,103)	3,20 (1,033)	3,52 (0,986)	3,00 (0,845)	0,459

TF=Trabalho Fixo TPC=Trabalha Por Conta D=Desempregado NT=Não Trabalha A=Aposentado BPC=Benefício de Prestação Continuada \*Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **situação profissional**, os pacientes que **nunca trabalharam**, estão “satisfeitos” ( $\bar{x}=4,00$ ; DP=0,943) com o **suporte instrumental** recebido.

Pessoas com **benefício de prestação continuada**, estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” em todas as situações avaliadas.

Não há diferença estatística significativa quando comparada a **situação profissional** e a satisfação do **suporte social instrumental** ( $p>0,05$ ).

A seguir descreve-se a comparação das variáveis sociodemográficas com o **suporte social emocional**. As variáveis incluídas nesta avaliação foram as variáveis sexo, situação conjugal, escolaridade, renda e situação profissional.

Na Tabela 24 apresentam-se a comparação da variável **sexo** e a disponibilidade do **suporte emocional**.

Tabela 24 - Comparação da variável sexo com a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	F	M	p
	Média (DP)	Média (DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,70 (1,237)	4,09 (0,969)	0,050
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,20 (1,421)	3,24 (1,434)	0,862
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,46 (1,252)	3,63 (1,117)	0,433
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	2,96 (1,374)	3,44 (1,372)	<b>0,024</b>
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,45 (1,232)	3,60 (1,203)	0,400
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,01 (1,401)	3,64 (1,106)	<b>0,002</b>

F=Feminino M=Masculino \* Teste de Mann Whitney

Nesta comparação verificam-se **médias mais altas** para os **homens**, e tendem a indicar que “às vezes” o **suporte emocional** está disponível.

A situação de “apoio que faz com que os respondentes sintam-se valorizados como pessoa”, apresenta a **média mais alta** nesta relação para os **homens** ( $\bar{x}$ =4,09; DP= 0,969) e significa apoio “frequente”. Também as **mulheres** têm a média mais alta nesta ocasião ( $\bar{x}$ =3,70; DP=1,237), porém recebem este apoio “às vezes”.

Houve **diferença estatística e significativa** entre os **sexos** no “apoio que os fazem sentir parte da família” (p=0,024) e quando “precisam de companhia para atividades de lazer” (p=0,002). Assim, os homens recebem maior apoio emocional e estão mais satisfeitos nestas situações.

A seguir, compara-se a **situação conjugal** e a disponibilidade do suporte emocional, apresentados na Tabela 25. Para esta análise foi utilizado o teste de comparação de Kruskal-wallis.

Tabela 25 - Comparação da variável situação conjugal e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	Solt	Cas /CC	V	S	p valor*
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	4,12 (1,125)	3,93 (1,044)	4,25 (0,500)	3,37 (1,217)	0,491
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,43 (1,535)	3,25 (1,353)	3,25 (1,258)	2,77 (1,382)	0,537
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,74 (1,278)	3,58 (1,062)	4,25 (0,957)	3,00 (1,203)	0,222
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,33 (1,594)	3,31 (1,263)	2,75 (1,708)	2,80 (1,243)	0,819
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhor o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,64 (1,252)	3,66 (1,171)	3,25 (0,957)	2,97 (1,189)	0,852
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,33 (1,330)	3,56 (1,200)	3,50 (1,291)	2,73 (1,311)	0,782

Solt=Solteiro Cas/CC=Casado /com Companheiro V=Viúvo S=Separado \* Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **situação conjugal** os indivíduos recebem apoio emocional que variam entre “raramente” e “frequentemente” disponível.

As pessoas **viúvas** ( $\bar{x}=4,25$ ; DP=0,500), e **solteiras** ( $\bar{x}=4,12$ ; DP=1,125) tem apoio “frequente” na situação de “valorização pessoal”. Também os **viúvos** recebem “apoio informacional” “frequente” ( $\bar{x}=4,25$ ; DP=0,957).

Os **casados ou com companheiro** recebem apoio “às vezes” em todas as situações avaliadas.

Os respondentes **separados** tem suporte que variaram entre “raramente” e “às vezes”.

Quando comparada a **situação conjugal** e a disponibilidade do **suporte social emocional**, não existe diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Na Tabela 26, estão apresentados os valores que correspondem à comparação da **escolaridade** e a disponibilidade do **suporte emocional**.



Tabela 26 - Comparação da variável escolaridade com a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	EFI	EFC	EMI	EMC	ES	PG	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,84 (1,223)	3,86 (1,113)	3,81 (0,849)	3,87 (1,189)	4,54 (0,660)	4,50 (0,707)	0,274
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,13 (1,512)	3,21 (1,449)	2,85 (1,120)	3,47 (1,330)	3,54 (1,613)	5,00 (0,000)	0,206
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,50 (1,248)	3,57 (1,260)	3,54 (0,811)	3,42 (1,222)	3,92 (1,188)	5,00 (0,000)	0,375
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,17 (1,351)	3,25 (1,481)	2,65 (1,018)	3,39 (1,443)	3,69 (1,653)	5,00 (0,000)	<b>0,048</b>
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,53 (1,293)	3,46 (1,401)	3,42 (0,809)	3,47 (1,202)	3,85 (1,214)	4,50 (0,707)	0,624
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,11 (1,357)	3,75 (1,351)	3,00 (0,849)	3,42 (1,266)	4,08 (1,188)	4,00 (1,414)	<b>0,023</b>

EFI=Ensino Fundamental Incompleto EFC=Ensino Fundamental Completo EMI=Ensino Médio Incompleto  
EMC=Ensino Médio Completo ES=Ensino Superior PG=Pós-Graduação \*Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **escolaridade** as maiores médias correspondem às pessoas com **pós-graduação**, que recebem apoio “frequentemente” e “sempre”. Nas pessoas com **ensino superior**, as médias sugerem disponibilidade de apoio “às vezes”, exceto nas questões que avaliam o “apoio que faz você se sentir valorizado como pessoa” ( $\bar{x}=4,54$ ; DP=0,660) e “nas atividades de lazer” ( $\bar{x}=4,08$ ; DP=1,188) que expressam apoio “frequentemente”.

As pessoas com o **ensino médio incompleto**, recebem suporte emocional que variou entre “raramente” e “às vezes”.

Verificou-se **diferença estatística significativa** quando comparado o **suporte social emocional** e a **escolaridade**, no “apoio de alguém que os fazem sentir parte da família” (p=0,048) e no “apoio para atividades de lazer” (p=0,023) entre os usuários com ensino superior e os de ensino médio incompleto. Constatou-se que as pessoas com ensino superior relatam receber maior apoio nestas situações.

A seguir, apresenta-se na Tabela 27 a comparação da **renda** com a disponibilidade do **suporte emocional**.

Tabela 27 - Comparação da variável renda e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	< 1SM	1 SM	1-3 SM	>3 SM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,92 (1,239)	3,83 (1,200)	3,89 (0,987)	4,20 (1,146)	0,532
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,16 (1,405)	3,29 (1,473)	3,13 (1,352)	3,67 (1,676)	0,534
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,55 (1,350)	3,50 (1,196)	3,57 (1,019)	3,60 (1,502)	0,974
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,24 (1,364)	3,17 (1,451)	3,19 (1,307)	3,40 (1,724)	0,914
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,34 (1,279)	3,50 (1,260)	3,60 (1,122)	3,73 (1,387)	0,614
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,00 (1,315)	3,12 (1,353)	3,67 (1,061)	3,47 (1,685)	<b>0,037</b>

SM=Salário Mínimo \* Teste de Kruskal-wallis

Na comparação da **renda e suporte emocional** os indivíduos com **mais de três salários mínimos** recebem apoio “às vezes”, exceto na situação de “apoio que os fazem sentir valorizados” ( $\bar{x}=4,20$ ; DP= 1,146) em que há disponibilidade de apoio “sempre”.

No “apoio para as atividades de lazer”, as pessoas que ganham entre **um a três salários mínimos** ( $\bar{x}=3,67$ ; DP=1,061), recebem apoio “às vezes”.

Salienta-se **diferença estatística e significativa** ( $p=0,037$ ) na situação de “apoio nas atividades de lazer” entre pessoas que recebem entre **um salário e três salários mínimos** e as que recebem menos de **um salário mínimo**. Verifica-se que as pessoas que ganham entre um e três salários recebem mais suporte para se divertir e em atividades de lazer.

Ainda, avaliou-se a **situação profissional** e a disponibilidade de **suporte emocional**. Os dados foram expressos na Tabela 28.

Tabela 28 - Comparação da variável situação profissional e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	TF	TPC	D	NT	A	BPC	p*
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	4,02 (0,952)	4,02 (0,849)	3,67 (1,633)	3,60 (1,578)	4,07 (0,923)	3,40 (1,298)	0,968
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,25 (1,280)	3,30 (1,304)	3,13 (1,727)	3,40 (1,350)	3,21 (1,612)	3,00 (1,604)	0,594
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,69 (1,069)	3,52 (1,045)	3,67 (1,341)	3,70 (1,252)	3,72 (1,162)	2,47 (1,302)	0,877
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,45 (1,245)	3,48 (1,210)	2,75 (1,700)	2,90 (1,524)	2,93 (1,557)	3,07 (1,280)	0,292
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,56 (0,996)	3,75 (0,967)	3,46 (1,560)	3,50 (1,269)	3,52 (1,379)	2,87 (1,552)	0,429
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,44 (1,067)	3,64 (1,183)	3,21 (1,587)	2,90 (1,524)	3,21 (1,424)	2,93 (1,335)	0,583

TF=Trabalho Fixo TPC=Trabalho por Conta D=Desempregado NT= Não Trabalha A=Aposentado  
PC=Benefício de Prestação Continuada \*Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **situação profissional** verifica-se que as pessoas que **trabalham por conta** recebem suporte “às vezes” em todas as situações avaliadas, exceto na “valorização pessoal” em que recebem apoio emocional “frequentemente” ( $\bar{x}=4,02$ ; DP=0,849).

Os **aposentados** “frequentemente” recebem apoio “na valorização pessoal” ( $\bar{x}=4,07$ ; DP=0,923) e “raramente” no “apoio de alguém para se sentirem parte da família, vizinhança ou trabalho” ( $\bar{x}=2,93$ ; DP=1,557).

Pessoas com **benefício de prestação continuada** recebem apoio “às vezes” nas situações “de valorização pessoal”, “para desabafar sobre assuntos relacionados à enfermidade”, e “apoio de alguém que os fazem sentir parte da família, vizinhança ou trabalho”, e “raramente” “no apoio informacional”, “na melhora do estado emocional” e “nas atividades de lazer”.

Quem possui trabalho fixo, trabalha por conta e estão aposentados referem “satisfação” no “apoio que os fazem sentir valorizados como pessoa”.

Na comparação da **situação profissional** e disponibilidade do **suporte social emocional** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Segue-se com a comparação das variáveis sociodemográficas e a satisfação do **suporte emocional**.

Os dados referentes à variável **sexo** e a satisfação do **suporte emocional** estão apresentados na Tabela 29. Para essa análise foi utilizado o teste de comparação de Mann Whitney.

Tabela 29 - Comparação da variável sexo e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	F	M	p
	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,71 (0,918)	3,98 (0,904)	<b>0,035</b>
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,39 (1,124)	3,44 (1,093)	0,774
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,58 (1,049)	3,86 (0,756)	0,095
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,34 (1,074)	3,65 (0,958)	0,059
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,61 (0,998)	3,80 (0,979)	0,179
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,16 (1,215)	3,78 (0,906)	<b>0,000</b>

F=Feminino    M=Masculino    \*Teste de Mann Whitney

Identifica-se nesta comparação um predomínio das **médias** mais altas para os **homens** em todas as situações avaliadas. Os valores significam que os **homens** sentem-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o **suporte emocional** recebido. As **mulheres** apresentam a **menor** média no apoio para as atividades de lazer ( $\bar{x}=3,16$ ; DP=1,215). O valor da média sugere que estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com o apoio disponibilizado.

Observa-se **diferença estatística significativa** entre os sexos nas “situações de valorização pessoal” (p=0,035) e “para as atividades de lazer” (p=0,000), o que indica que os homens estão mais satisfeitos nestas duas situações quanto ao **suporte emocional**.

A seguir, descrevem-se os resultados da comparação da **situação conjugal** e satisfação do **suporte emocional** na Tabela 30. Para essa análise foi utilizado o teste de comparação de Kruskal-wallis.

Tabela 30- Comparação da variável situação conjugal com a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	Solt	Cas/CC	V	S	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	4,00 (0,973)	3,93 (0,813)	4,25 (0,500)	3,30 (0,952)	<b>0,003</b>
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,59 (1,109)	3,34 (1,129)	3,25 (1,258)	3,30 (1,022)	0,475
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,79 (0,874)	3,81 (0,906)	3,75 (1,258)	3,37 (0,928)	0,105
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,62 (0,988)	3,54 (1,041)	3,00 (1,633)	3,23 (0,935)	0,314
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,66 (1,052)	3,89 (0,964)	3,50 (1,000)	3,33 (0,844)	<b>0,023</b>
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,41 (1,093)	3,71 (1,056)	3,50 (1,291)	3,00 (1,114)	0,077

Solt=Solteiro Cas/CC=Casado/Com Companheiro V=Viúvo S=Separado \*Teste de Kruskal-wallis

Quanto à **situação conjugal**, os **solteiros** estão “satisfeitos” com o “apoio que os fazem sentir valorizados como pessoa” ( $\bar{x}=4,00$ ;  $DP=0,973$ ), assim como os viúvos ( $\bar{x}=4,25$ ;  $DP=0,500$ ). Nas demais situações estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido.

Os **casados ou com companheiro** estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” em todas as situações avaliadas.

Verificou-se **diferença estatística significativa** na comparação da **situação conjugal** e a satisfação do **suporte social emocional** nas situações de “valorização pessoal” ( $p=0,003$ ), entre os sujeitos solteiros e os casados/com companheiro e os separados. No “apoio emocional” ( $p=0,023$ ) a diferença ocorreu entre os separados e os casados/com companheiro. Observa-se que as pessoas separadas percebem com menor satisfação o suporte emocional nas duas situações avaliadas.

Na tabela a seguir descrevem-se os dados referentes à variável **escolaridade** e satisfação do **suporte emocional**.

Tabela 31 - Comparação da variável escolaridade com a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	EFI	EFC	EMI	EMC	ES	PG	p valor*
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,79 (0,899)	3,86 (0,932)	3,73 (0,874)	3,74 (0,978)	4,69 (0,480)	4,50 (0,707)	<b>0,007</b>
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,41 (1,097)	3,46 (1,170)	2,88 (1,033)	3,34 (1,021)	4,31 (0,751)	5,00 (0,000)	0,001
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,73 (0,900)	3,89 (0,956)	3,62 (0,804)	3,45 (0,921)	4,23 (0,832)	5,00 (0,000)	<b>0,013</b>
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,53 (1,046)	3,71 (0,976)	3,04 (0,824)	3,34 (1,021)	4,08 (0,954)	5,00 (0,000)	<b>0,004</b>
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,71 (1,065)	3,93 (0,940)	3,46 (0,948)	3,61 (0,916)	4,00 (1,000)	4,00 (0,000)	0,402
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,36 (1,168)	3,86 (1,044)	3,31 (1,011)	3,32 (1,042)	4,15 (0,899)	4,00 (1,414)	<b>0,038</b>

EFI=Ensino Fundamental Incompleto EFC=Ensino Fundamental Completo EMI=Ensino Médio Incompleto  
EMC=Ensino Médio Completo ES=Ensino Superior PG=Pós-Graduação \*Teste de Kruskal-wallis

Em relação à **escolaridade** as médias mais altas prevaleceram entre os respondentes com ensino **superior e pós-graduação** em todas as situações avaliadas, o que indica que estas pessoas estão “satisfeitas e/ou muito satisfeitas” com esta modalidade de apoio.

As pessoas com **ensino médio incompleto** estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” em todas as situações, exceto no “apoio para conversar sobre assuntos relacionados a enfermidade” ( $\bar{x}=2,88$ ; DP=1,033), ocasião em que estão “insatisfeitos”.

Salienta-se a **diferença estatística significativa** entre a satisfação do **suporte social emocional** e a **escolaridade** nas situações de “apoio para conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade” (p=0,001) e “no apoio que os fazem sentir parte da família” (p=0,004) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino médio incompleto. Na “valorização pessoal” (p=0,007), a diferença ocorreu entre os sujeitos com ensino superior e as de ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto e completo. No “apoio informacional” (p=0,013), e nas “atividades de lazer” (p=0,038) a diferença foi entre os usuários de ensino superior e os de ensino médio completo.

Constata-se que a satisfação com o suporte emocional foi preponderante nas pessoas com maior escolaridade (ensino superior).

A seguir, a comparação da variável **renda** e a satisfação do **suporte emocional** está disposta na Tabela 32.

Tabela 32 - Comparação da variável renda e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	<1 SM	1 SM	1-3 SM	>3 SM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,74 (1,005)	3,75 (0,905)	3,90 (0,842)	4,27 (1,033)	0,108
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,42 (1,106)	3,33 (1,133)	3,35 (1,064)	4,00 (1,134)	0,182
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,66 (0,938)	3,52 (1,000)	3,85 (0,781)	4,07 (1,033)	0,114
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,34 (1,097)	3,38 (1,105)	3,58 (0,868)	3,93 (1,163)	0,240
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,50 (1,007)	3,69 (1,001)	3,83 (0,964)	3,73 (1,033)	0,371
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,29 (1,011)	3,17 (1,167)	3,79 (0,978)	3,60 (1,352)	<b>0,012</b>

SM=Salário Mínimo \*Teste de Kruskal-wallis

Em relação à **renda**, as pessoas que ganham **mais de três salários mínimos** estão “satisfeitas” em três situações: “na valorização pessoal”, “para desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade” e no “apoio informacional”. No entanto, sentem-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”, nas situações: de “apoio que os fazem sentir parte da família, da vizinhança e do trabalho”, no “apoio para melhorar seu estado emocional” e “apoio nas atividades de lazer”.

Verifica-se que independente da renda, os indivíduos tendem a estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido.

Constata-se **diferença estatística significativa** na comparação da **renda** e a satisfação do **suporte social emocional** no “apoio para atividades de lazer” ( $p=0,012$ ) entre as pessoas que recebem entre um e três salários mínimos e as que recebem um salário mínimo. As pessoas que possuem uma maior renda estão mais satisfeitas com o suporte nesta situação.

Ainda, apresentam-se os dados relativos à comparação da **situação profissional** e a satisfação do **suporte emocional** na Tabela 33.

Tabela 33 - Comparação da variável situação profissional e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	TF	TPC	D	NT	A	BPC	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,85 (0,780)	3,95 (0,963)	3,83 (1,049)	3,40 (1,075)	4,03 (0,823)	3,53 (1,060)	0,353
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,33 (1,090)	3,41 (1,207)	3,42 (1,213)	3,60 (1,075)	3,62 (0,979)	3,20 (1,014)	0,800
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,75 (0,799)	3,82 (0,995)	3,75 (0,989)	3,60 (0,966)	3,83 (0,889)	3,27 (0,961)	0,362
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,55 (0,899)	3,73 (1,042)	3,42 (1,139)	3,50 (1,179)	3,38 (1,015)	3,07 (1,100)	0,327
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,75 (0,907)	3,93 (0,900)	3,63 (1,135)	3,50 (1,179)	3,66 (1,010)	3,33 (1,113)	0,404
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,47 (0,997)	3,70 (1,153)	3,42 (1,139)	3,40 (1,350)	3,38 (1,178)	3,27 (1,033)	0,650

TF=Trabalho Fixo    TPC=Trabalho por Conta    D=desempregado    NT=Não Trabalha  
A=Aposentado    BPC=Benefício de Prestação Continuada    \* Teste de Kruskal-wallis

Em relação à **situação profissional** os sujeitos **aposentados** estão “satisfeitos” no “apoio que os fazem sentir valorizados como pessoa” ( $\bar{x}$ =4,03; DP=0,823). No entanto, para “conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade” ( $\bar{x}$ =3,62; DP=0,979) e “no apoio informacional” ( $\bar{x}$ =3,83; DP=0,889), referem sentir-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com esta modalidade de apoio.

Independente da situação profissional os indivíduos tendem a sentir-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte emocional.

Na comparação da **situação profissional** e a satisfação do **suporte emocional** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

### 5.3.6 Comparação entre os tipos de suporte e as variáveis de saúde

Na análise a seguir, buscou-se avaliar a disponibilidade do suporte instrumental e emocional com as variáveis de saúde, ou seja, com a CV e CD4 no início da TARV e no momento da coleta dos dados deste estudo (CV e CD4 atual). Ressalta-se que os valores da **CV alta atual** (acima de 100.000 cópias/ml) não serão apresentados nas tabelas correspondentes, tendo em vista que não foi realizada a média entre os sujeitos, pois o número



de respondentes nesta variável foi igual a um (n=1). No entanto, achou-se pertinente apresentar as respostas destes sujeitos (CV alta atual) na apresentação dos resultados.

Na Tabela 34 dispõem-se os valores referentes à CV do início da TARV da amostra estudada e a disponibilidade do suporte social instrumental.

Tabela 34 - Comparação dos valores da CV no início da TARV e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria, RS/ 2011.

Disponibilidade	CV I	CV B	CV M	CV A	p valor*
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,58 (1,621)	3,53 (1,425)	3,21 (1,618)	3,00 (1,414)	0,454
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,00 (1,651)	2,91 (1,450)	2,52 (1,446)	3,00 (1,414)	0,220
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,17 (1,337)	3,30 (1,432)	3,13 (1,529)	3,50 (2,121)	0,773
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,50 (1,314)	3,07 (1,465)	3,14 (1,585)	3,50 (0,707)	0,639
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,42 (1,564)	3,48 (1,403)	3,10 (1,434)	2,50 (0,707)	0,250
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,25 (1,658)	2,88 (1,358)	2,67 (1,403)	2,50 (0,707)	0,364

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

As pessoas com **CV indetectável** (abaixo de 50 cópias/ml) referem receber **suporte instrumental** “às vezes” em todas as situações avaliadas. Os indivíduos com **CV alta** (acima de 1000.000 cópias/ml) “raramente” recebem suporte nas seguintes situações: “no apoio de pessoas em caso de necessidade” ( $\bar{x}=2,50$ ; DP=0,707) e “no apoio de pessoas que lhes dão coisas que precisam no dia a dia” ( $\bar{x}=2,50$ ; DP=0,707), sendo que nestas situações, os valores indicam que “raramente” recebem apoio.

Na comparação da **CV no início da TARV** com a disponibilidade do **suporte social instrumental** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Prosseguindo com a análise, apresenta-se na Tabela 35 a comparação dos resultados relacionados à **CV atual** e a disponibilidade de **suporte instrumental**.

Tabela 35- Comparação dos valores da CV atual e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CVI	CVB	CVM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,37 (1,520)	3,51 (1,485)	3,33 (1,528)	0,888
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,91 (1,494)	2,36 (1,267)	3,00 (1,732)	0,130
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,19 (1,462)	3,38 (1,515)	3,33 (0,577)	0,724
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,11 (1,505)	3,13 (1,454)	3,33 (1,528)	0,967
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,31 (1,488)	3,41 (1,229)	3,33 (1,528)	0,967
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,80 (1,424)	2,97 (1,308)	2,67 (0,577)	0,717

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média  
CVA=Carga Viral Alta \*Teste de Kruskal-wallis

Nessa comparação, os valores das médias indicam que os pacientes recebem **suporte instrumental** entre “raramente” e “às vezes”.

A situação que apresenta as maiores médias é no “apoio em situações concretas que facilitam o tratamento de saúde”, ocasião que recebem apoio “às vezes” e as menores médias ocorreram na situação de “apoio de pessoas que lhes dão coisas que precisam no seu dia a dia”, em que “raramente” recebem suporte instrumental.

Os dados relacionados ao sujeito com CV alta (acima de 100.000 cópias/ml) não foram apresentados na tabela, nesta comparação, por se tratar de um único respondente, porém, salienta-se que o mesmo refere receber suporte “sempre” nas situações de “apoio que facilita seu tratamento de saúde” e “em relação ao seu próprio cuidado de saúde”.

Este usuário “nunca” recebe apoio nas “questões financeiras” e “no recebimento de coisas que lhe facilita o seu dia a dia” .

Não houve diferença estatística significativa entre **CV atual** e disponibilidade de suporte **social instrumental** ( $p>0,05$ ).

Ainda, na associação do suporte instrumental com as variáveis de saúde, passa-se a apresentar os valores do **CD4 do início da TARV** na Tabela 36.

Tabela 36 - Comparação dos valores do CD4 do início da TARV e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CD4 MB	CD4 B	CD4 M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,28 (1,567)	3,33 (1,492)	3,91 (1,306)	4,40 (0,894)	0,160
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,83 (1,430)	2,64 (1,435)	3,73 (1,638)	4,20 (1,095)	0,146
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,20 (1,487)	3,14 (1,468)	3,36 (1,364)	4,40 (0,894)	0,295
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,11 (1,541)	2,97 (1,414)	3,36 (1,529)	4,60 (0,548)	0,095
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,27 (1,423)	3,33 (1,462)	3,27 (1,420)	4,40 (0,548)	0,408
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,77 (1,390)	2,77 (1,352)	3,00 (1,574)	3,80 (0,837)	0,339

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

Nessa variável as **maiores** médias são dos sujeitos que apresentam o **CD4 com valores normais** (500-1200 cópias/ml) em todas as situações de disponibilidade de suporte instrumental. Os dados indicam que os pacientes recebem **suporte instrumental** “frequentemente” exceto no “apoio de pessoas que lhes dão coisas que precisam no seu dia a dia” ( $\bar{x}=3,80$ ; DP=1,574).

Já, as menores médias foram verificadas nos sujeitos com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) e indicam que “raramente” recebem suporte nas situações relacionadas às “questões financeiras” ( $\bar{x}=2,64$ ; DP=1,435), “no apoio em relação ao seu cuidado de saúde” ( $\bar{x}=2,97$ ; DP=1,414) e no “apoio de pessoas que lhes dão coisas que precisam no seu dia a dia” ( $\bar{x}=2,77$ ; DP=1,352).

Na comparação do **CD4 no início da TARV** com a disponibilidade do **suporte social instrumental** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

A seguir, na tabela 37 estão relacionados os valores do **CD4 atual** e a disponibilidade do **suporte instrumental**.

Tabela 37 - Comparação dos valores da CD4 atual e a disponibilidade do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CD4 MB	CD4 B	CD4M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,78 (1,476)	3,05 (1,584)	3,49 (1,404)	3,45 (1,519)	0,297
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,65 (1,369)	2,53 (1,377)	2,53 (1,437)	3,11 (1,517)	0,112
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,17 (1,557)	3,03 (1,459)	3,33 (1,426)	3,31 (1,460)	0,750
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,13 (1,456)	3,00 (1,601)	3,19 (1,350)	3,17 (1,540)	0,947
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,43 (1,121)	3,30 (1,454)	3,33 (1,410)	3,31 (1,527)	0,993
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,78 (1,278)	2,75 (1,316)	2,77 (1,445)	2,92 (1,452)	0,930

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

A maior média verifica-se na situação “de apoio que facilita o tratamento de saúde” ( $\bar{x}$ =3,78; DP=1,476) para as pessoas com **CD4 muito baixo** (0-200 cópias/ml), e indica que “às vezes” os pacientes recebem suporte na situação avaliada.

Constata-se que os indivíduos com **CD4 baixo** (201-349 cópias /ml) “raramente” recebem apoio “nas questões financeiras” ( $\bar{x}$ =2,53; DP=1,377), e no “apoio de pessoas que lhes dão coisas para o dia a dia” ( $\bar{x}$ =2,75; DP=1,316).

Os sujeitos que apresentam o **CD4 de valor médio** (350-499 cópias/ml), “raramente” recebem apoio na situação relacionada às “questões financeiras” ( $\bar{x}$ =2,53; DP=1,437) e no “apoio de pessoas que lhes dão coisas para o dia a dia” ( $\bar{x}$ =2,77; DP=1,445).

Na comparação do **CD4 atual** com a disponibilidade do **suporte social instrumental** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Em seguida, apresentam-se os valores de comparação da CV e CD4 e a satisfação do suporte instrumental. Na Tabela 38 estão dispostos os valores que correspondem a **CV do início do tratamento** e a satisfação do **suporte instrumental**.

Tabela 38 - Comparação da variável CV do início do tratamento e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CV I	CV B	CV M	CV A	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,75 (1,138)	3,86 (0,888)	3,51 (1,061)	3,50 (0,707)	0,114
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,50 (1,314)	3,53 (1,029)	2,94* (1,120)	3,00 (1,414)	<b>0,004</b>
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,58 (1,165)	3,68 (0,886)	3,62 (1,023)	3,50 (2,121)	0,955
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,83 (0,835)	3,63 (0,917)	3,65 (1,065)	3,50 (0,707)	0,775
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,92 (0,900)	3,64 (1,069)	3,41 (1,010)	3,00 (1,414)	0,171
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,92 (0,996)	3,38 (0,993)	3,37 (1,005)	3,00 (0,000)	0,213

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

Em relação a **CV do início do tratamento** e a satisfação do **suporte instrumental**, nota-se que as pessoas tendem a sentir-se “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com este apoio recebido.

Pacientes com **CV indetectável** (menos de 50 cópias/ml) e **CV baixa** (51-9.999 cópias/ml), apresentam as maiores médias, mantendo-se a percepção de estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio.

Pessoas com a CV média (10.000-99.000 cópias/ml) estão “insatisfeitas” ( $\bar{x}=2,94$ ; DP=1,120), com o “apoio nas questões financeiras”.

Convém ressaltar a **diferença estatística significativa** na comparação da **CV do início da TARV** e a satisfação do **suporte social instrumental**, na situação relacionada ao “apoio financeiro” ( $p=0,004$ ) entre as pessoas que possuem a **CV baixa** e as de **CV média**, o que significa que estes indivíduos (CV média) percebem com menor satisfação o suporte emocional nesta situação.

A seguir, apresentam-se na Tabela 41 os dados referentes à **CV atual** e a satisfação do **suporte instrumental**.

Tabela 39- Comparação da variável CV atual e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CV I	CV B	CV M	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,74 (0,965)	3,74 (0,993)	2,67 (1,155)	0,241
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,40 (1,083)	3,10 (1,188)	2,67 (1,155)	0,235
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,71 (0,932)	3,49 (0,997)	3,00 (1,732)	0,332
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,66 (0,965)	3,62 (0,963)	3,33 (1,155)	0,837
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,64 (1,029)	3,36 (1,038)	3,00 (1,732)	0,232
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,45 (1,001)	3,31 (0,977)	2,67 (1,155)	0,359

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

Os dados da **CV atual** mostram variabilidade nas médias, que sugerem desde “insatisfação”, até “satisfação” com o **suporte instrumental** recebido.

As menores médias foram verificadas para os sujeitos com **CV média** (10.000-99.000 cópias/ml) e expressam “insatisfação” no “apoio em situações concretas que facilitaria o tratamento de saúde” ( $\bar{x}=2,67$ ; DP=1,155), no “apoio financeiro” ( $\bar{x}=2,67$ ; DP=1,155), e no “apoio de pessoas que lhes dão coisas para o dia a dia” ( $\bar{x}=2,67$ ; DP=1,155).

Os dados relacionados ao sujeito com CV alta (acima de 100.000 cópias/ml) não foram apresentados na tabela, nesta comparação, por se tratar de um único respondente, porém salienta-se que o mesmo refere estar “satisfeito” com o apoio recebido em todas as questões avaliadas, exceto na situação de “apoio nas questões financeiras”, ocasião em que percebe este apoio com “insatisfação”.

Na comparação da **CV atual** com a disponibilidade do **suporte social instrumental** não houve diferença estatística significativa ( $p>0,05$ ).

Em seguida, passa-se descrever na Tabela 40 os dados referentes ao **CD4 do início do tratamento** e a satisfação do **suporte instrumental**.

Tabela 40 - Comparação da variável CD4 do início do tratamento e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CD4 MB	CD4 B	CD4 M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,62 (0,969)	3,75 (0,914)	3,95 (1,133)	4,00 (1,225)	0,262
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,26 (1,138)	3,30 (1,089)	3,50 (1,185)	3,40 (0,894)	0,820
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,63 (0,968)	3,54 (0,948)	3,95 (0,950)	4,20 (0,837)	0,161
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,59 (1,034)	3,58 (0,946)	3,95 (0,722)	4,20 (0,447)	0,217
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,54 (0,962)	3,52 (1,133)	3,68 (1,129)	4,20 (0,447)	0,502
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,44 (0,922)	3,30 (1,047)	3,55 (1,184)	3,60 (0,548)	0,653

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

Na associação do **CD4 do início do tratamento** e a satisfação do **suporte instrumental**, os dados mostram que os sujeitos com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) estão “satisfeitos” com o apoio recebido, exceto em duas ocasiões em que percebem o apoio como “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”. Estas situações referem-se ao “apoio financeiro” ( $\bar{x}=3,40$ ;  $DP=0,894$ ) e ao “apoio de pessoas que lhes dão coisas para o seu dia a dia” ( $\bar{x}=3,60$ ;  $DP=0,548$ ).

Na comparação do **CD4 do início do tratamento** e a satisfação do **suporte instrumental** não houve diferença significativa ( $p>0,05$ ).

Por fim, apresentam-se os resultados da comparação do **CD4 atual** e a satisfação do **suporte instrumental**, dispostos na Tabela 41.

Tabela 41 - Comparação da variável CD4 atual e a satisfação do suporte social instrumental, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CD4 MB	CD4 B	CD4 M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,61 (0,988)	3,58 (0,844)	3,77 (1,020)	3,82 (1,019)	0,452
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	3,09 (1,203)	3,00* (1,013)	3,16 (1,153)	3,65 (1,043)	<b>0,010</b>
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	3,35 (0,982)	3,45 (0,932)	3,70 (1,013)	3,83 (0,910)	0,092
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,48 (1,039)	3,58 (0,984)	3,63 (0,926)	3,76 (0,948)	0,640
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,35 (1,071)	3,40 (0,982)	3,58 (1,052)	3,73 (1,055)	0,213
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	3,30 (0,974)	3,28 (0,877)	3,42 (1,006)	3,51 (1,067)	0,679

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\* Teste de Kruskal-wallis

Quanto ao **CD4 atual**, independente do valor das médias os indivíduos estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte recebido.

Verifica-se que os usuários que possuem o **CD4 atual baixo** (201-349 cópias/ ml) na situação relacionada ao “apoio financeiro” apresentam a média igual a 3,00 (DP=1,013).

Na comparação do **CD4 atual** e a satisfação do **suporte instrumental** houve **diferença estatística significativa** na situação relacionada ao apoio financeiro ( $p=0,010$ ) entre os sujeitos com **CD4 normal** e os de **CD4 baixo**. Os indivíduos com CD4 baixo referem menor satisfação nesta situação.

Passa-se a apresentar os valores de comparação das variáveis de saúde relacionadas à disponibilidade de **suporte emocional**. Para tanto, na Tabela 42 descreve-se os valores da **CV do início do tratamento** e a disponibilidade do **suporte emocional**.



Tabela 42 - Comparação dos valores da CV do início da TARV e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CVI	CVB	CVM	CVA	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	4,00 (0,953)	3,97 (1,132)	3,79 (1,138)	3,50 (0,707)	0,500
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,75 (1,288)	3,30 (1,432)	3,05 (1,430)	2,00 (0,000)	0,500
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,83 (1,030)	3,61 (1,100)	3,40 (1,339)	3,50 (0,707)	0,500
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,42 (1,621)	3,31 (1,308)	3,08 (1,462)	1,50 (0,707)	0,500
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,67 (1,303)	3,68 (1,136)	3,25 (1,307)	3,50 (0,707)	0,500
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,33 (1,435)	3,45 (1,184)	3,17 (1,432)	3,50 (0,707)	0,500

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

Nessa comparação, percebe-se uma variabilidade de valores, desde a disponibilidade “rara” de **suporte emocional** até suporte “frequente”.

Verificaram-se as **maiores** médias para os respondentes com **CV indetectável** (abaixo de 50 cópias/ml) na situação relacionada à “valorização pessoal” ( $\bar{x}$ =4,00; DP=0,953), ocasião em que recebem apoio “frequente”.

Para os indivíduos com **CV de valor médio** (10.000-99.000 cópias/ml) os valores das médias em todas as situações avaliadas indicam que “às vezes” tem suporte disponível.

As pessoas com **CV alta** (acima de 100.000 cópias/ml) “raramente” recebem apoio na situação “para conversar com alguém sobre seu problema de saúde” ( $\bar{x}$ =2,00; DP=0,000) e “nunca” ao “sentir-se parte da família, da vizinhança ou do trabalho” ( $\bar{x}$ =1,50; DP=0,707).

Não há diferença estatística significativa na comparação da **CV do início da TARV** e disponibilidade de **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

Na Tabela 43 descrevem-se os valores da **CV atual** em comparação à disponibilidade do **suporte emocional**.

Tabela 43 - Comparação dos valores da CV atual e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CVI	CVB	CVM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,88 (1,151)	4,03 (1,038)	3,33 (0,577)	0,351
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,22 (1,437)	3,26 (1,409)	2,67 (1,155)	0,748
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,57 (1,185)	3,51 (1,233)	3,00 (0,000)	0,527
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,29 (1,429)	2,92 (1,244)	3,00 (1,000)	0,285
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,48 (1,255)	3,67 (1,108)	3,33 (0,577)	0,711
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,40 (1,327)	3,21 (1,151)	3,33 (1,528)	0,574

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média \*Teste de Kruskal-wallis

Nota-se nesta comparação uma variabilidade nos valores apresentados, desde apoio percebido como “raramente” até “sempre” disponível.

As pessoas com CV de **valor médio** (10.000-99.000 cópias/ml) “raramente” recebem apoio na situação “para conversar com alguém sobre assuntos relacionados à sua enfermidade” ( $\bar{x}$  =2,67; DP=1,155).

Os dados relacionados ao sujeito com CV alta (acima de 100.000 cópias/ml) não foram apresentados na tabela, nesta comparação, por se tratar de um único respondente, porém salienta-se que o mesmo “sempre” recebe apoio nas situações “para conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade”, “sentimento de apoio que o faz sentir parte da família” e “apoio para melhorar o estado de espírito e emocional”. Também recebe “frequentemente” o “apoio informacional que melhora o nível de conhecimento sobre a doença”. O menor valor para este indivíduo está relacionado ao “apoio nas atividades de lazer”, em que “raramente” percebe apoio.

Não há diferença estatística significativa na comparação da **CV atual** e disponibilidade de **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

A seguir, dispõem-se os dados referentes ao **CD4 no início da TARV** e a disponibilidade do **suporte emocional** na Tabela 44.

Tabela 44 - Comparação dos valores do CD4 no início da TARV e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CD4 MB	CD4 B	CD4 M	CD4 N	P
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,94 (1,065)	3,81 (1,216)	4,05 (1,090)	4,00 (0,707)	0,883
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,33 (1,387)	3,03 (1,372)	3,32 (1,673)	3,80 (1,643)	0,449
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,59 (1,181)	3,49 (1,158)	3,50 (1,300)	3,80 (1,304)	0,909
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,20 (1,400)	3,16 (1,379)	3,32 (1,460)	3,80 (1,304)	0,769
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,44 (1,204)	3,49 (1,208)	3,73 (1,352)	4,40 (0,548)	0,211
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,52 (1,276)	3,16 (1,158)	3,32 (1,644)	3,20 (1,483)	0,366

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

Os indivíduos com **CD4 baixo** (201-349) cópias /ml), recebem suporte “às vezes” em todas as situações avaliadas.

A “valorização pessoal” foi citada pelas pessoas com **CD4 médio** (350-499 cópias/ml) como “frequentemente” disponível ( $\bar{x}$ =4,05; DP=1,090).

Identifica-se que os sujeitos com **CD4 no início da TARV**, com **valor normal** (500-1200 cópias/ml) tendem “às vezes” ter disponível o apoio emocional. Porém no “apoio para melhorar seu estado emocional” ( $\bar{x}$ =4,40; DP=0,548) e na valorização pessoal ( $\bar{x}$ =4,00; DP=0,707), é “frequente” este tipo de suporte.

Não há diferença estatística significativa na comparação do **CD4 do início da TARV** e disponibilidade de **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

Na Tabela 45 passa-se a apresentar os resultados entre o **CD4 atual** e a disponibilidade do **suporte emocional**.

Tabela 45- Comparação dos valores da CD4 atual e a disponibilidade do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Disponibilidade	CD4 MB	CD4	CD4 M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	4,04 (1,065)	3,70 (1,244)	3,86 (1,146)	4,00 (1,042)	0,614
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,70 (1,329)	2,95 (1,449)	3,21 (1,372)	3,24 (1,459)	0,269
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,57 (1,237)	3,63 (1,102)	3,65 (1,173)	3,44 (1,227)	0,791
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,22 (1,313)	2,85 (1,350)	3,12 (1,434)	3,48 (1,382)	0,138
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,48 (1,238)	3,48 (1,281)	3,60 (1,198)	3,52 (1,205)	0,932
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,13 (1,014)	3,13 (1,399)	3,35 (1,270)	3,54 (1,307)	0,260

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

Identificam-se quanto ao **CD4 atual**, uma variabilidade de valores que indicam que os usuários “raramente” até “frequentemente” recebem suporte instrumental.

Os respondentes com **CD4 atual baixo** (201-349 cópias/ml) referem suporte “raro” nas situações de “apoio para desabafar sobre a enfermidade” ( $\bar{x}=2,95$ ; DP=1,449), e “no apoio de alguém que o faz sentir parte da família, da vizinhança, do trabalho” ( $\bar{x}=2,85$ ; DP=1,350).

A situação com médias elevadas está relacionada à “valorização pessoal”, na qual os indivíduos com **CD4 atual muito baixo** (0-200 cópias/ml) e os de **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) recebem “frequentemente” este suporte.

Não há diferença estatística significativa na comparação do **CD4 atual** e disponibilidade de **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

Prosseguindo com a análise passa-se a apresentar a comparação das variáveis de saúde com a satisfação do suporte emocional.

Apresenta-se a seguir, os dados referentes a **CV no início da TARV** e a satisfação do **suporte emocional** (Tabela 46).

Tabela 46 - Comparação dos valores da CV no início da TARV e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CVI	CVB	CVM	CVA	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	4,08 (0,793)	3,91 (0,933)	3,73 (0,919)	3,50 (0,707)	0,293
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	4,25 (0,754)	3,42 (1,148)	3,27 (1,035)	2,50 (0,707)	0,073
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	4,17 (0,718)	3,79 (0,902)	3,56 (0,947)	3,50 (0,707)	0,070
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,67 (1,073)	3,56 (1,038)	3,40 (1,009)	3,00 (0,000)	0,493
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,42 (1,311)	3,82 (0,936)	3,62 (0,991)	3,00 (1,414)	0,279
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,42 (1,240)	3,56 (1,085)	3,37 (1,126)	4,00 (0,000)	0,534

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

Em relação aos valores da **CV no início da TARV** verifica-se que as maiores médias são dos usuários com **CV indetectável** (abaixo de 50 cópias/ml), em três situações avaliadas, a saber: “na valorização pessoal” ( $\bar{x}=4,08$ ; DP=0,793), “para conversar com alguém sobre assuntos relacionados à sua enfermidade” ( $\bar{x}=4,25$ ; DP=0,754), e no “apoio informacional” ( $\bar{x}=4,17$ ; DP=0,718). Dados sugerem “satisfação” pelo apoio recebido.

Os sujeitos com **CV alta no início da TARV**, estão “satisfeitos” nas “atividades de lazer” ( $\bar{x}=4,00$ ; DP=0,000), e “insatisfeitos” ( $\bar{x}=2,50$ ; DP=0,707) no “apoio para conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade”.

Não há diferença estatística significativa na comparação do **CV início da TARV** e satisfação do **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

Descreve-se a seguir os dados relacionados à **CV atual** e a satisfação do **suporte emocional** (Tabela 47).

Tabela 47- Comparação dos valores da CV atual e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CVI	CVB	CVM	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,88 (0,926)	3,79 (0,864)	3,33 (1,528)	0,596
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,44 (1,107)	3,28 (1,123)	3,67 (1,155)	0,747
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,75 (0,945)	3,67 (0,838)	3,33 (0,577)	0,458
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,60 (1,012)	3,21 (1,031)	3,00 (1,000)	0,064
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,75 (1,001)	3,64 (0,959)	3,00 (1,000)	0,320
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,53 (1,135)	3,36 (0,986)	3,67 (1,155)	0,562

CVI=Carga Viral Indetectável CVB=Carga Viral Baixa CVM=Carga Viral Média CVA=Carga Viral Alta  
\*Teste de Kruskal-wallis

Nesta comparação as médias expressam que os usuários estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte emocional.

Predominaram médias baixas para as pessoas **com CV atual média** (10.000-99.000 cópias/ml) que variaram entre 3,00 (DP=1,000) e 3,67 (DP=1,155). Valores que expressam estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido.

Os dados relacionados ao sujeito com CV alta (acima de 100.000 cópias/ml) não foram apresentados na tabela, nesta comparação, por se tratar de um único respondente, porém salienta-se que predominou a “satisfação” pelo **suporte emocional** recebido. Este paciente está “insatisfeito” com o “apoio nas atividades de lazer”.

Não houve diferença estatística significativa na comparação da **CV no início da TARV** e satisfação do **suporte emocional** ( $p > 0,05$ ).

Apresentam-se a seguir os valores do **CD4 no início da TARV** e a satisfação do **suporte emocional**, dispostos na Tabela 48.

Tabela 48 - Comparação dos valores do CD4 no início da TARV e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CD4MB	CD4 B	CD4 M	CD4 N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,86 (0,862)	3,83 (0,985)	3,86 (0,990)	4,00 (0,707)	0,996
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,42 (1,059)	3,35 (1,082)	3,50 (1,263)	3,80 (1,643)	0,671
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,65 (0,938)	3,68 (0,866)	4,00 (0,976)	4,40 (0,548)	0,121
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,53 (1,026)	3,41 (1,019)	3,73 (1,032)	3,40 (1,140)	0,626
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,73 (0,936)	3,67 (1,010)	3,68 (1,211)	4,20 (0,447)	0,743
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,65 (1,014)	3,30 (1,142)	3,45 (1,262)	3,40 (1,140)	0,307

CD4MB=CD4 Muito Baixo    CD4B=CD4 Baixo    CD4M=CD4 Médio    CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

Tem-se para avaliação do **CD4 no início da TARV** tendência elevada das médias para pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml), o que evidencia “satisfação” pelo suporte recebido, principalmente nas situações de “valorização pessoal” ( $\bar{x}$ =4,00; DP=0,707), no “apoio informacional” ( $\bar{x}$ =4,40; DP=0,548) e no “apoio que ajuda a melhorar o estado de espírito e emocional” ( $\bar{x}$ =4,20; DP=0,447).

Os sujeitos com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” em todas as situações avaliadas.

Não houve diferença estatística significativa na comparação do **CD4 no início da TARV** e satisfação do **suporte emocional** ( $p>0,05$ ).

Ainda, apresentam-se os dados referentes ao **CD4 atual** e a **satisfação do suporte emocional** (Tabela 49).

Tabela 49 - Comparação dos valores do CD4 atual e a satisfação do suporte social emocional, Santa Maria/RS, 2011.

Satisfação	CD4 MB	CD4 B	CD4 M	CD4N	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)	M(DP)	valor*
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	3,91 (0,793)	3,58 (1,010)	3,88 (0,823)	3,97 (0,941)	0,194
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,52 (0,947)	3,30 (0,992)	3,35 (1,193)	3,48 (1,169)	0,751
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde?	3,43 (0,843)	3,75 (0,870)	3,72 (0,984)	3,82 (0,915)	0,337
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	3,22 (1,043)	3,35 (0,949)	3,49 (1,055)	3,69 (1,022)	0,140
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,65 (0,935)	3,58 (0,903)	3,65 (1,066)	3,85 (1,009)	0,353
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,22 (0,902)	3,43 (1,107)	3,28 (1,182)	3,73 (1,082)	0,065

CD4MB=CD4 Muito Baixo CD4B=CD4 Baixo CD4M=CD4 Médio CD4N=CD4 Normal

\*Teste de Kruskal-wallis

De acordo com dados relacionados aos valores do **CD4 atual**, as pessoas com **CD4 atual muito baixo** (0-200 cópias/ml), estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com o **suporte emocional** recebido em todas as situações avaliadas, assim como as demais categorias.

As maiores médias de satisfação predominaram para os respondentes com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml), porém expressam que os usuários estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte emocional recebido.

Não houve diferença estatística significativa na comparação do **CD4 atual** e satisfação do **suporte emocional** ( $p>0,05$ ).

### 5.3.7 Fontes de suporte social

Buscou-se identificar as **fontes de suporte instrumental e emocional** referidas pela amostra.

No **suporte instrumental** o esposo/companheiro/namorado foram citados por 54,2% dos usuários, e no **suporte emocional**, com 61%. Os familiares que não residem com o paciente foram mencionados por 35% dos usuários no **suporte instrumental** e 38,9% no **suporte emocional** como fonte de apoio. Entre estes familiares, os irmãos aparecem com



16,3% das citações, seguidos da mãe (12,9%). No **suporte emocional**, entre os familiares que não residem juntos, os mais citados foram os irmãos (24,8%) seguidos da mãe (12,9%).

Os amigos foram mencionados por 24,2% dos respondentes no **suporte instrumental** e no **suporte emocional** por 28,8% das pessoas.

No **suporte instrumental** os familiares que residem com os pacientes foram mencionados por 23,7% dos usuários e no **suporte emocional**, estas mesmas fontes foram citadas por 23,1% das pessoas.

Entre os familiares que moram juntos, a mãe (18,6%) foi citada como maior fonte de apoio no **suporte instrumental** e no **suporte emocional** (13,5%). Seguem-se os irmãos (10,7%) no **suporte instrumental** e os filhos (12,4%) no **emocional**. Observa-se no suporte instrumental e no emocional, que a mãe foi a mais citada, seguido dos irmãos e filhos.

Observa-se que o **suporte emocional** foi o mais fornecido pelos profissionais de saúde (24,8%), sendo que o mesmo não ocorreu em relação ao suporte instrumental (15,8%). Esses dados estão apresentados na Tabela 50.

Tabela 50- Frequência das fontes de suporte instrumental e emocional mencionadas pelos participantes, Santa Maria/RS, 2011.

Fontes de Suporte Social	Suporte Instrumental		Suporte Emocional	
	F(n)	F (%)	F (n)	F(%)
Esposo(a), companheiro(a), namorado(a)	96	54,2%	108	61%
Familiares que não residem com o paciente	62	35%	69	38,9%
Familiares que residem com o paciente	42	23,7%	41	23,1%
Amigos	43	24,2%	51	28,8%
Colegas de Trabalho	12	6,7%	11	6,2%
Vizinhos	26	14,6%	19	10,7%
Profissional(is) de Saúde	28	15,8%	44	24,8%
Outros	14	7,95%	14	7,9%

O instrumento buscou captar outras fontes de suporte social recebidas pelos sujeitos além das categorias estabelecidas no formulário. Estes dados estão apresentados na Figura 3.

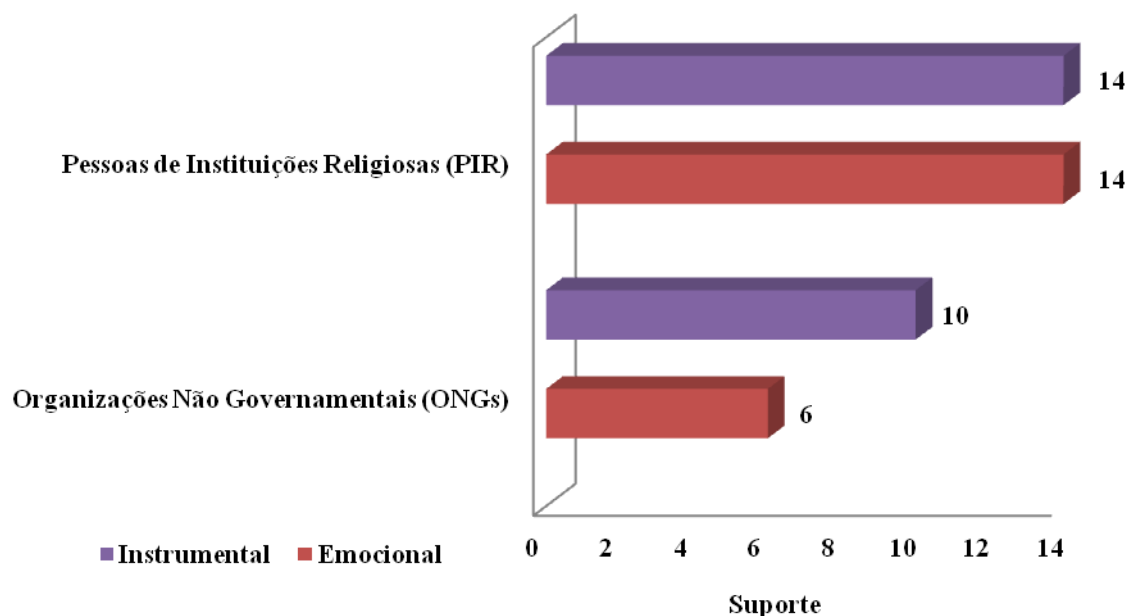


Figura 3 - Distribuição das outras fontes de suporte social citadas pelos sujeitos, Santa Maria/RS, 2011.

Ainda, na categoria **outros**, nas duas dimensões de suporte 7,9% (14) dos sujeitos fizeram referência às pessoas de instituições religiosas.

Quanto às organizações não governamentais, 3,38% (seis) sujeitos referiram apoio no suporte instrumental e 5,6% (dez) no suporte emocional. Estas instituições são ligadas ao HIV/aids, como o Lar Acalanto e centros comunitários. Incluiu-se nesta categoria (ONGs) o grupo de Apoio do HUSM e a Casa 13 de maio, instituição municipal responsável pela política de HIV/aids do município de Santa Maria/RS.

Ressalta-se que mais de uma fonte de suporte foi mencionada pelos participantes.

## 6 DISCUSSÕES

A aids consiste em um dos problemas contemporâneos da Saúde Pública, e traz implicações para a sociedade em suas diversas dimensões (OLIVEIRA, 2006). Aspectos a serem ressaltados caracterizam-se pela invisibilidade da doença, e o impacto social da aids na vida das pessoas.

Para muitas pessoas essa situação causa dificuldades de adaptação à doença, principalmente, quando não encontram apoio e aceitação em seus grupos de convivência, tendo em vista que a aids esteve sempre associada a comportamentos desviantes e marginais (SILVA; MATOS; CEDARO, 2005). No caso da aids, o estigma que cerca a enfermidade pode afetar a rede de suporte social, levar essas pessoas ao isolamento social, dificultar a revelação de sua condição clínica e conseqüentemente a adesão ao tratamento medicamentoso.

Pesquisadores confirmam que os relacionamentos sociais exercem papel fundamental na vida das pessoas e cumprem função importante nas dimensões social, psicológica e comportamental (COHEN; SYME, 1985; PIETRUKOWICZ, 2001).

Na saúde, o suporte social tem demonstrado sua importância como um fator capaz de proteger e promover a saúde, principalmente quando relacionado às doenças crônicas, e indica que a qualidade e a quantidade de relacionamentos sociais afetam significativamente a morbidade e a mortalidade (UCHINO, 2004; SIQUEIRA, 2008).

Há algum tempo a aids é considerada uma doença crônica e como tal implica em mudanças de comportamento para adoção de práticas saudáveis. No entanto, para as PVHA esta condição significa adicionar possíveis dificuldades a um diagnóstico grave ou a um cotidiano por natureza mais difícil (COSTA-COUTO, 2007). Assim, acredita-se importante reconhecer se estas pessoas possuem ou buscam o suporte social como forma de enfrentamento da epidemia, após o diagnóstico e início da TARV.

As características sociodemográficas dos pacientes verificadas neste estudo são semelhantes àquelas encontradas em outras investigações nacionais, como nos estudos de Seidl e Tróccoli, (2006), Casaes (2007) e Rezende (2008) e, em pesquisas internacionais como: Thoits (1982) e Rodrigues (2008b), discutidos e detalhados a seguir.

Para análise das **características sociodemográficas**, consideraram-se as variáveis sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, renda, religião e situação profissional, ocupação, e cidade origem dos usuários.

Quanto ao **sexo**, verificou-se que, dos 177 pacientes, 53,1% são **masculinos** e 46,9% **femininos**, com **idades** entre 19 e 70 anos; com idade média 42 anos. Entre as mulheres a

média de idade é 40 anos e dos homens de 43 anos.

O número maior de homens pode significar a confirmação do perfil epidemiológico verificado na literatura, que afirma que a razão entre o sexo masculino e feminino diminuiu no Brasil, passou de 15,1:1, em 1986, para 1,5:1, em 2006, e permanece estável (BRASIL, 2010).

Comparados a outras investigações com pessoas com HIV/aids resultados semelhantes são verificados em relação a predominância do sexo masculino e a média de idade dos pacientes (SEIDL, et.al., 2005; SILVA, et al., 2009; GIOVELLI, 2009; NERY; MARTELLI; TURCHI, 2011). Conforme dados do Boletim Epidemiológico de aids e DST (2010), as maiores taxas de incidência de aids encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos e observa-se uma tendência de crescimento nos últimos dez anos, a partir de 40 anos de idade.

Verificou-se em relação à **cidade de origem**, que 80,2% são procedentes da cidade de Santa Maria/RS.

Ressalta-se que o Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE) do HUSM, é referência para o município de Santa Maria e região de abrangência da 4ª (92,3%) e 10ª (2,3%) CRS, o que justifica a prevalência de usuários oriundos deste município. No entanto, ressalta-se ainda que 5,6% dos pacientes são provenientes dos municípios de outras CRS.

Tem-se neste estudo uma predominância de pessoas do sexo masculino, com dados que tendem à feminização e a interiorização. Verificou-se que 3% dos indivíduos são agricultores, bem como 19,7% são procedentes de cidades da região com menos de 50.000 habitantes.

Quanto ao **estado civil**, 48% são casados ou possuem companheiro, 32,8% são solteiros, 16,9% separados e 2,3% viúvos. Estes dados corroboram com achados de outros estudos brasileiros em que a predominância foi de pessoas que vivem sem companheiro ou parceiro (FARIA; SEIDL, 2006; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; GIOVELLI, 2009; REIS et al., 2010)

Com medo do preconceito e do estigma, as pessoas evitam revelar o diagnóstico, ou a iniciar uma vida nova com outro companheiro. Nos estudos de Lopes e Fraga (1998), Carvalho, Merchán-Hamann e Matsushita (2007) e Silva et al. (2010) esta realidade está posta, assim como o medo de transmitir o vírus a outras pessoas, mesmo quando reconhecem que o uso do preservativo pode assegurar uma vida sexual ativa.

Em relação ao **número de filhos**, verificou-se que 27,7% das pessoas referem não ter filhos, constatando-se o mesmo percentual (27,7%) para respondentes com dois filhos. Usuários com um filho perfazem 23,7% e 20,9% possuem três ou mais filhos.

Acredita-se que o convívio familiar e social é um fator de proteção para o enfrentamento da doença, tendo em vista que as relações afetivas estão associadas aos menores índices de estresse e sentimento de solidão (REMOR, 2002). Essas questões são fundamentadas por autores como Silva et al. (2009), Langendorf et al. (2011) e revelam que a preocupação com os filhos, para alguns pode favorecer a adesão ao tratamento, e levam as pessoas a assumirem com responsabilidades as mudanças no cotidiano terapêutico.

No entanto, o receio de transmitir o HIV para seus filhos tem preocupado as mulheres que tem HIV/aids, e tal fato, muitas vezes, implica na decisão de não ter filhos. Em outras ocasiões a mulher não está preparada para enfrentar as situações decorrentes da decisão de levar adiante uma gravidez, como o preconceito e o silenciamento sorológico nos âmbitos do trabalho, familiar, social, e, por vezes do companheiro sexual. Sobre ela recai a responsabilidade de coordenar o tratamento e as atividades do cotidiano (SILVA, et al., 2008; VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009; LANGENDORF et al., 2011).

Aliada a essas situações, o MS reforça aos profissionais o direito destas pessoas vivenciarem a sexualidade, as relações afetivas e experimentarem a paternidade. Cabe lembrar que desde 2007, nas “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV” foi estabelecido que o desejo de paternidade e maternidade deve ser abordado nas consultas iniciais das pessoas com infecção por HIV (BRASIL, 2007b).

De maneira semelhante, as “Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes – 2010” propõem que “o desejo de ter filhos deve ser discutido nos atendimentos, com vistas a proporcionar às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério” e que “o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo”, o que assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos (BRASIL, 2010b).

Entretanto, em pesquisa realizada no Brasil, esta prática não foi evidenciada nos serviços, e o que se observou foi a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar esta demanda, normalmente trazida pelos usuários. Ressalta-se ainda que, quando realizada, tem um enfoque relacionado à prevenção da transmissão do HIV, salientam-se os riscos e a importância do uso do preservativo e, muitas vezes, é desencorajada a concepção. Diante desta prática os usuários não manifestam suas intenções reprodutivas, por medo do preconceito e da discriminação por parte dos profissionais (ROSSI, 2010).

Além disso, tem-se no Brasil um cenário epidemiológico no qual aproximadamente 80% das pessoas com aids se encontram na faixa etária reprodutiva (BRASIL, 2010). De acordo com os sistemas de informação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do

Ministério da Saúde, em 2008, cerca de 3 mil mulheres que sabidamente viviam com HIV engravidaram, sendo que uma parcela delas estava sob terapia antirretroviral (BRASIL, 2010a).

Essas questões foram evidenciadas em estudos que abordam as dificuldades de discutir esse tema, pois exige levantar questões referentes ao casamento, à maternidade, à sexualidade, à relação de gênero e outros aspectos de natureza feminina associados à prevenção da aids (CARVALHO; GALVÃO, 2008; SILVA et al., 2008; VIEIRA; PADILHA; SANTOS, 2009; LANGENDORF et al., 2011).

Quanto à **escolaridade**, 39,5% dos pesquisados tem o ensino fundamental incompleto e 15,8% o completo; 14,7% possuem o ensino médio incompleto e 21,5% o completo, e 7,3% o ensino superior. Possuem pós-graduação, 1,1% dos pacientes.

Os dados epidemiológicos (BRASIL, 2010) trazem uma estimativa semelhante aos dados do estudo. Os casos notificados de aids, segundo escolaridade, entre os anos de 1980 e 2009, comprovam o maior percentual de mulheres até o ensino fundamental completo e a partir deste nível de escolaridade os homens são o percentual maior. Verifica-se a redução de 50% da participação das mulheres com aids que possuem mais de doze anos de estudo.

Conforme Lopes e Fraga (1998) e Bravo (2006) a baixa escolaridade dos indivíduos infectados com o HIV foi confirmada em seus estudos, assim como, evidenciaram que o fator escolaridade está intimamente ligado à questão de vulnerabilidade, pois influencia o grau de informação e está associado às condições de vida da população.

Concomitante a esta situação, alguns autores como Cruz (2005) e Silva et al. (2009) trazem situações relacionadas a escolaridade como sendo um fator que impede uma boa adesão ao tratamento. Silva et al. (2009) ressaltaram que os pacientes tem dificuldades em lembrar dos nomes dos medicamentos, porém demonstram familiaridade com a terapia conforme a característica dos comprimidos ou frascos, tais como o tamanho, cor ou número impresso. Considera-se que isto ocorra devido à complexidade e diversidade dos nomes dos ARVs. No entanto, esse pode ser um problema ainda maior, que exige atenção da equipe de saúde e necessidade de orientação dos usuários, uma vez que na aquisição de medicamentos pode haver troca do laboratório, que implica em mudanças na dosagem e na apresentação dos fármacos.

No que se refere à **situação profissional**, 29,5% das pessoas em estudo tem emprego fixo, com e sem direitos trabalhistas; 24,9% estão aposentados ou usufruem do benefício de prestação continuada e 24,3% trabalham por conta própria regularmente, sendo as atividades

técnicas as de maior incidência entre os respondentes (51%), seguidas dos serviços domésticos ou do lar (32,7%).

De maneira semelhante, em estudos de Faria e Seidl (2006), Casaes (2007), Silva et al. (2009), predominam as pessoas que estão ativas profissionalmente, o que permite dizer que com a ausência dos sinais e sintomas característicos da doença os usuários sentem-se dispostos para o trabalho. Assim, buscam manter financeiramente a família, mesmo em empregos informais ou temporários.

Constatou-se que 51% dos usuários tem **renda** familiar entre menos de um salário e um salário mínimo nacional e 40,7% têm entre um e três salários mínimos, sendo que 47% dos pacientes residem com duas ou mais pessoas. Dos 177 entrevistados, 48,6% tem dois ou mais filhos.

Consideram-se relevantes estes dados, quando se constata que uma renda familiar mínima pode dificultar o cotidiano terapêutico das pessoas com HIV/aids, tendo em vista que a enfermidade impõe novos hábitos às pessoas como idas frequentes aos serviços de saúde. Este deslocamento muitas vezes é dificultado pela falta de recursos financeiros. Em alguns municípios do RS, incluindo a cidade de Santa Maria, é disponibilizado o deslocamento gratuito, no entanto as pessoas relatam dificuldades em obtê-lo. Soma-se à esta situação, a necessidade de obter recursos que mantenham a qualidade de vida, como alimentação saudável, atividades físicas e de lazer regulares.

Esse perfil socioeconômico é encontrado em estudos de Faria e Seidl (2006), Casaes (2007), Nery, Martelli e Turchi (2011) e impõe aos profissionais atenção a estas demandas e a buscar parcerias com outras instituições ou mesmo incentivar os movimentos sociais na tentativa de minimizar as dificuldades que representam obstáculos à adesão ao tratamento.

Segundo Costa-Couto (2007), ao discutir situações de vulnerabilidades relacionadas à pobreza, a autora alega que as PVHA tem o acesso restrito às políticas sociais, o que impossibilita diminuir o risco social do cidadão que se encontra nestas condições. Conforme a autora, dificilmente as pessoas com diferentes vulnerabilidades associadas, como é o caso das PVHA, que são discriminadas pela mudança na aparência física, pelo diagnóstico ou por suas escolhas sexuais e afetivas saem da condição de pobreza mediante ações de proteção social básica.

Em relação à **crença religiosa**, 55,4% dos respondentes são católicos, 20,4% são evangélicos, 9% afro-brasileiros, 7,3% espíritas, e 2,3% afirmam ser ateístas ou possuírem outra religião (5,6%).

O fato de a doença acarretar sofrimento psicológico e físico, além da proximidade com a morte, faz com que as pessoas busquem apoio espiritual. Muitos estudos tem relacionado esta prática como forma de enfrentamento ou adaptação à nova condição de viver com uma doença crônica e letal, além da cultura brasileira mostrar-se extremamente religiosa (PIETRUKOWICZ, 2001; SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2002; FARIA; SEIDL, 2006).

Segundo o IBGE (2010) observa-se um crescimento das religiões evangélicas no Brasil, porém neste estudo mantém-se a predominância da religião católica. Esses achados são corroborados por estudos de Pietrukowicz (2001), Simoni e cols. (2002), Seidl (2005), Faria e Seidl (2006) e Silva et al. (2009) onde a prática do catolicismo é superior, como também mostram a importância da prática religiosa como forma de enfrentamento em situações adversas, no adoecimento e na proximidade da morte.

Também é frequente a crença na cura da aids incentivada por algumas religiões, e por acreditar que um ser supremo pode curá-lo dependendo da sua fé e de poderes superiores (MALISKA; PEREIRA, 2008). Não obstante, pesquisas nem sempre apontam para os efeitos positivos da prática religiosa (FARIA; SEIDL, 2006).

Em um estudo com 422 pessoas soropositivas que buscou conhecer os efeitos positivos do enfrentamento religioso, em um momento em que não havia tratamento eficaz para a enfermidade, 42% destas pessoas utilizaram o estilo delegante (responsabilidade pela resolução de problemas é atribuída a Deus), 41% empregaram o estilo autodirigido (responsabilidade da resolução dos problemas é atribuída ao indivíduo) e 18% o colaborativo (responsabilidade é atribuída tanto à pessoa como a Deus). O autor considerou que este estilo levaria a uma atitude menos ativa nos cuidados com sua própria saúde, transferindo esta responsabilidade para entes divinos (JENKINS, 1995).

Para a caracterização da **situação de saúde** dos usuários foram considerados os dados investigados referentes à CV no início do tratamento medicamentoso, a CV atual, CD4 no início do tratamento e CD4 atual, número de hospitalizações após o diagnóstico, tempo de conhecimento do diagnóstico e tempo de tratamento com TARV.

Evidenciou-se que em relação à **CV do início do tratamento**, 56,5% dos indivíduos tinham uma CV considerada de valor baixo (51-9.999 cópias/ml) e na contagem **atual** (momento da coleta de dados para o estudo) 75,7% mantinham-se indetectável. O **CD4 no início do tratamento** apresentava-se entre muito baixo (0-200 cópias/ml) e baixo (201-349 cópias/ml) para 84,8% dos respondentes, e o **valor atual** entre médio (350-499 cópias/ml) e normal (500-1200 cópias/ml) para 64,4% dos usuários.



Verificou-se que após o início da TARV, a CV diminuiu para 75,7% dos pacientes, passando a **indetectável** (abaixo de 50 cópias/ml) e o CD4 aumentou para 40,1% (**valor normal**: 500-1200 cópias/ml). Este fato se deve ao uso dos antirretrovirais que controlam a progressão do vírus HIV. Percebe-se que a disponibilização universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais no Brasil desde 1996, propicia o uso e o acesso ao tratamento, além disso, comprova a alta eficácia dos medicamentos na progressão da doença.

É importante salientar que esse percentual pode ter sido influenciado pelo fato de que os participantes do estudo tinham como um dos critérios de inclusão o cadastro na UDM do HUSM, e todos os participantes estavam em tratamento há pelo menos 12 meses. De modo geral, estes dados refletem as boas condições das pessoas soropositivas que compuseram o estudo.

De maneira semelhante, Carvalho et al. (2003), ao avaliarem a caracterização do quadro clínico em pessoas com aids, segundo a contagem de CV e CD4 em três momentos distintos: no início do acompanhamento na instituição (Hospital-Dia, Brasília, DF), um ano antes da entrevista e à época da entrevista, revelou que houve uma grande melhora nos parâmetros avaliados, principalmente no período de um ano antes da entrevista. A melhora dos parâmetros deu-se com o aumento do CD4 e diminuição da CV.

Porém para manter a infecção controlada alguns autores consideram que é fundamental um grau de adesão à terapêutica superior a 90% (REMOR, 2002; REIS et al., 2010). Nas recomendações do MS (2010a), o percentual considerado ideal de adesão, é acima de 95%, desta forma, segundo estas recomendações, será obtido sucesso terapêutico sustentado, reconstituição imunológica e ausência de sintomatologia, uma vez que taxas menores estão relacionadas à presença de multiplicação viral e surgimento de mutações, induzindo à resistência e conseqüente falência terapêutica.

Neste caso, quando o usuário não consegue se adequar à rotina terapêutica e apresenta efeitos adversos aos medicamentos, não consegue lidar com as dificuldades ou exigências do tratamento, não possui habilidades cognitivas que lhe permitem compreender a importância de aderir à TARV, há grandes possibilidades de adoecimento e muitas vezes necessidade de hospitalização.

Para tanto, buscou-se com este estudo investigar se os respondentes em algum momento após o conhecimento do diagnóstico necessitaram deste recurso para manutenção da sua saúde. Verificou-se que a média de **internações** foi de 2,47 vezes, com discreta predominância para os homens (2,54). O número de internações variou de uma a 20 vezes para as mulheres e de uma a 15 vezes para os homens. Assim como, o **tempo de**

**conhecimento do diagnóstico** variou de um a 23 anos, com um percentual de 41,8% entre seis e dez anos e 30,5% entre um e cinco anos.

Pode-se supor que alguns fatores foram responsáveis pelo número de hospitalizações dos sujeitos do estudo. Inclui-se o conhecimento recente do diagnóstico, por vezes já na fase avançada da doença, com a presença de sintomas característicos da síndrome, como imunodeficiência grave e aparecimento de complicações clínicas gerais.

Ainda, autores como Carvalho et al. (2007), Brasil (2009) e Carvalho, Galvão e Silva (2010) respaldam estas suposições e relatam em seus estudos que para algumas pessoas, há a necessidade de um tempo maior para assimilar o resultado positivo para o HIV/aids e para assumir uma postura mais ativa diante da infecção. Outros negam o próprio resultado, e deixam de buscar ajuda para sua saúde física e emocional, buscam o isolamento social e não revelam a sua condição sorológica às pessoas mais próximas, como amigos e familiares. Há também de considerar a necessidade de uma reorganização da vida diária, tendo em vista que este indivíduo necessitará de visitas regulares aos serviços de referência.

Em relação ao período de **conhecimento do diagnóstico**, 41,8% dos pacientes obteve confirmação de diagnóstico entre 2001 e 2005. Julga-se interessante considerar que possa ter sido influenciado pela campanha “Fique Sabendo” do MS em 2004, que estimulou a testagem da população em geral ao teste anti-HIV. Desde então, os gestores tem investido no estímulo à testagem com a criação de condições nos serviços que atendam adequadamente a demanda gerada.

O aconselhamento pré e pós teste, a devolução do resultado em tempo adequado são algumas destas iniciativas, além da capacitação dos profissionais para o atendimento dessas pessoas. Em outros estudos que avaliaram o tempo de conhecimento do diagnóstico, em usuários com aids, também verificou-se predomínio do conhecimento do diagnóstico entre os anos de 2000 a 2005 (CASAES, 2007; GIOVELLI, 2009).

Em relação ao **tempo de TARV**, verificou-se que 61,5% das pessoas estavam em tratamento entre um e seis anos e de sete a 12 anos tem-se 34% dos pacientes investigados.

O tempo de tratamento não foi considerado uma variável que indica maior nível de adesão, no entanto, pode haver um maior empenho em seguir o tratamento a partir do momento que os usuários percebem ganhos na sua condição clínica em função da TARV (BLATT et al., 2009). No entanto, o MS (2010a) alerta que as primeiras semanas após o início da terapia antirretroviral costumam ser críticas devido aos efeitos adversos dos medicamentos, especialmente os gastrintestinais. Os indivíduos podem criar expectativas negativas quanto à ocorrência destes efeitos e não raro desenvolvem sintomas de ansiedade.

Concomitante a esta situação, estudos recentes sobre a imunopatogênese da infecção indicam a impossibilidade atual da erradicação do HIV. Com o decorrer do tratamento, acredita-se que cerca de 20 a 50% dos indivíduos que apresentam boa resposta inicial a terapia apresentará falha virológica após um ano de tratamento, e a taxa de resposta virológica é progressivamente menor a tratamentos subsequentes (BRASIL, 2010a).

Além dos aspectos de natureza clínica e biológica que influenciam os níveis de adesão e os resultados da TARV, aspectos psicossociais têm sido evidenciados em estudos de Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) Seidl, et al. (2007), Silva et al. (2008) e Reis et al. (2010) como fatores que levam as pessoas com aids ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos e às dificuldades no campo afetivo-sexual. Esse tipo de comportamento é decorrente das situações de preconceito e discriminação que caracterizam reações da sociedade frente à soropositividade para o HIV.

Nesse sentido, o suporte social tem sido relevante ao apontar os efeitos protetores das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Esses estudos buscam compreender como a inexistência ou precariedade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade das pessoas ao adoecimento frente a situações estressantes e adversas (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; CARVALHO, 2007; CASAES, 2007; SUIT; PEREIRA, 2008; MASSEI, 2009).

O suporte social tem sido investigado nas suas dimensões funcional (instrumental e emocional), quanto a disponibilidade e satisfação do suporte social recebido (SEIDL, TRÓCCOLI, 2006; CASAES, 2007; MASSEI, 2009; GIOVELLI, 2009). Estes estudos buscam identificar os fatores de proteção e o impacto do suporte no cotidiano terapêutico, na adesão ao tratamento e nas relações interpessoais das pessoas com HIV/aids.

Neste estudo, verificou-se maior média para o suporte emocional ( $\bar{x}=3,50$ ;  $DP=0,17$ ) do que o suporte instrumental ( $\bar{x}=3,33$ ;  $DP=1,23$ ) assim como, evidenciou-se que os sujeitos do estudo estão mais satisfeitos com o suporte emocional ( $\bar{x}=3,62$ ;  $DP=0,08$ ) do que com o instrumental ( $\bar{x}=3,55$ ;  $DP=1,23$ ). Ao se comparar os achados com outros estudos realizados, constata-se a semelhança dos resultados (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; CASAES, 2007; GIOVELLI, 2009).

No entanto, um estudo brasileiro com pacientes cardíacos constatou que o suporte instrumental ( $\bar{x}=3,90$ ;  $DP=0,67$ ) mostrou-se superior ao emocional ( $\bar{x}=3,80$ ;  $DP=0,64$ ) e ao comparar os resultados com o estudo de Seidl (2001) em pessoas soropositivas para o HIV verificou-se que as médias dos indivíduos cardíacos foram ligeiramente superiores. (DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007).

A diferença nas médias do suporte instrumental, a favor das pessoas com problemas cardíacos deve-se ao fato de que as pessoas com aids sofrem estigma e discriminação na sociedade, o que os levam ao isolamento social, baixa autoestima e dificuldades para relacionar-se com outras pessoas, motivos pelos quais buscam pelo apoio emocional (DANTAS; PELEGRINO; GARBIN, 2007).

Constatou-se ainda, correlação positiva e significativa de moderada ( $r=0,533$ ) a alta ( $0,706$ ) entre a disponibilidade e a satisfação do suporte instrumental e correlação positiva e significativa alta ( $r=0,769$ ) a muito alta ( $r=0,802$ ) entre a disponibilidade e satisfação do suporte emocional, ou seja, quanto maior o apoio emocional maior é a satisfação dos indivíduos.

Quanto à disponibilidade e satisfação do **suporte instrumental** “o apoio recebido nas situações que facilitam a realização do tratamento de saúde”, foi percebido como mais disponibilizado ( $\bar{x}=3,41$ ;  $DP=1,51$ ) e teve a maior média de satisfação ( $\bar{x}=3,72$ ;  $DP=0,98$ ). Em contrapartida, o apoio instrumental menos disponibilizado ( $\bar{x}=2,78$ ;  $DP=1,46$ ) foi o “apoio nas questões financeiras, divisão de despesas, dinheiro dado ou emprestado” e também a situação de menor satisfação ( $\bar{x}=3,31$ ;  $DP= 1,11$ ).

Quando há o entendimento de que o controle clínico e a melhora nos indicadores biológicos (CV e CD4) da doença podem levar-lhes ao alívio dos sintomas e retorno das atividades cotidianas, os usuários procuram não faltar aos serviços de saúde para acompanhamento clínico. Da mesma forma, as pessoas com as quais convivem procuram colaborar na execução de tarefas domésticas e compromissos, ajudando-os na organização das atividades. Assim, sentem-se cuidadas e pertencentes a uma rede social (BRASIL, 2008).

Porém deve-se considerar os fatores socioeconômicos que nem sempre permitem a estes usuários acessar os serviços e/ou compreender as exigências do tratamento. A baixa escolaridade, renda mínima e dificuldade no deslocamento são alguns desses fatores.

No **suporte emocional**, quanto à disponibilidade ( $\bar{x}=3,90$ ;  $DP=1,12$ ) e satisfação ( $\bar{x}=3,85$ ;  $DP=0,92$ ) predomina o “apoio recebido que faz os usuários sentirem-se valorizados como pessoa”.

A descoberta da doença causa um impacto na vida das pessoas, o que pode ocasionar um estado prolongado de estresse, além de trazer medo e angústia do que a doença pode significar na sua vida, o medo de morrer e de ser rejeitado pela família (CARVALHO et al. (2007). Neste caso, estudos de Cohen e Syme (1995), Pietrukowicz (2001) e Martinez (2002) destacam a importância das relações interpessoais e da disponibilidade dos indivíduos em

confiar, mostrar preocupação e afeto pelo outro, bem como, demonstrações de estima que se traduzem em efeito protetor sobre a saúde física e psicológica dos pacientes.

Quando comparadas as variáveis sociodemográficas e o suporte social, verificou-se, que os homens referem maior **suporte instrumental e emocional** do que as mulheres, assim como estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido nestas duas modalidades de apoio.

Observou-se **diferença estatística significativa** ( $p=0,023$ ) entre homens e mulheres quanto à disponibilidade de **suporte instrumental** nas “atividades práticas do seu dia a dia” ( $p=0,023$ ). As mulheres “raramente” recebem este apoio, enquanto os homens “às vezes” o recebem. Também verificou-se **diferença positiva e significativa** entre os sexos quanto a satisfação do **suporte instrumental**, na situação de apoio recebido “em atividades práticas do dia a dia” ( $p=0,027$ ) assim como, no “apoio recebido de pessoas em que se pode contar em caso de necessidade” ( $p=0,013$ ).

Por outro lado, a situação relacionada ao suporte instrumental menos utilizada pelos homens e mulheres foi o “apoio nas questões financeiras”. Tendo em vista o perfil socioeconômico dos pacientes entrevistados, é possível supor que amigos e familiares não disponham de recursos econômicos que possam auxiliar a família extensa. Em estudos semelhantes, com sujeitos soropositivos, a renda e as condições de habitação têm sido relacionadas às dificuldades de adesão e comparecimento aos serviços para controle clínico (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; CARVALHO, et al., 2008 ).

Conforme Carvalho e Galvão (2008) Carvalho, Galvão e Silva (2010) e Langendorf et al. (2011) as mulheres normalmente assumem a responsabilidade pela família, administram as rotinas familiares, tomam para si o cuidado com os filhos, e esquecem-se de cuidar de si.

Por este motivo, tem dificuldades em realizar o acompanhamento clínico e aderir ao tratamento. Quando adotadas medidas de suporte que visam minimizar os encargos familiares, há uma melhora na adesão e organização do cotidiano terapêutico. Estas suposições são respaldadas por estudos de Teixeira, Paiva e Shima (2000), Silva et al. (2008) e Botti et al. (2009) e confirmam a influência das variáveis socioculturais e de gênero na diferença de auto percepção da vulnerabilidade para o HIV entre os sexos.

Em outro estudo brasileiro, realizado na cidade de Salvador (Bahia), com adultos soropositivos, foi investigada a vivência do estigma a partir do diagnóstico e estratégias de enfrentamento, tendo sido verificada diferença significativa entre os sexos relacionada à vivência de estigma. As mulheres apresentaram maiores dificuldades no acompanhamento clínico ao se depararem com o estigma da soropositividade.

Também foi verificada diferença significativa das mulheres em relação aos homens na busca por suporte social, assim como, foi constatado que as mulheres encontravam-se em condições de maior vulnerabilidade emocional, psicológica e econômica (SUIFT; PEREIRA, 2008). No mesmo estudo foi evidenciado que as mulheres eram as únicas responsáveis pela criação dos filhos, vivenciando situações de extrema carência.

No presente estudo foi observada **diferença estatística significativa** entre os sexos e a disponibilidade do suporte emocional na situação de “apoio que os fazem sentir parte da família” ( $p=0,024$ ) e quando “precisam de companhia para atividades de lazer” ( $p=0,002$ ). como também, na satisfação do suporte emocional nas situações de “valorização pessoal” ( $p=0,035$ ) e “para as atividades de lazer” ( $p=0,000$ ). Assim, os homens recebem e estão mais satisfeitos com o suporte social emocional.

Quanto à **situação conjugal**, em geral nota-se que as pessoas viúvas neste estudo, apresentam médias do suporte instrumental e emocional discretamente superior aos demais, e estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” ( $\bar{x}=3,50$ ;  $DP=1,46$ ) com o suporte recebido. Os usuários casados e/ou com companheiro percebem como “às vezes” disponíveis o suporte instrumental e emocional e sentem-se “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte. Entretanto, para os separados predominam a “insatisfação” e disponibilidade “rara” de suporte instrumental e emocional.

Achados semelhantes são confirmados por Seidl, Zannon e Tróccoli (2005), Seidl e Tróccoli (2006), Carvalho et al. (2007) Carvalho, Mércan-Hamann e Matsushita (2007) com as pessoas separadas e afirmam que o isolamento social pode comprometer o sucesso do tratamento. Para Meirelles, et al. (2010 ) as peculiaridades de viver com a doença podem afetar negativamente as questões das relações sociais, na dimensão pessoal, no suporte social e na sexualidade.

Houve **diferença estatística significativa** entre situação conjugal e disponibilidade do **suporte instrumental** para “as atividades práticas do seu dia-a-dia” ( $p= 0,046$ ). Esta diferença ocorreu entre as pessoas casadas/com companheiro e as separadas, ou seja, as pessoas com parceiros relataram maior disponibilidade do suporte instrumental em relação aos demais.

Também se verificou-se **diferença estatística significativa** na comparação da **situação conjugal** e a satisfação do **suporte social emocional** nas situações de “valorização pessoal” ( $p=0,003$ ), entre os sujeitos separados e os solteiros e casados/com companheiro. Observa-se que as pessoas separadas percebem com menor satisfação o suporte emocional na situação avaliada.

A maior disponibilidade percebida do suporte instrumental e emocional dos usuários casados ou com companheiro pode decorrer do fato de que essa modalidade de suporte implica no apoio em questões domésticas e operacionais do tratamento, o que é facilitado pela proximidade geográfica entre o provedor e o receptor do suporte, assim como, um ambiente favorável para conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade, ajuda emocional entre os membros da família em situações de discriminação e preconceito (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

A **escolaridade** pode influenciar na percepção de disponibilidade e satisfação do suporte social. Neste estudo é possível identificar que os pacientes com maior nível de escolaridade (superior e pós-graduação) tendem a perceber como elevada a disponibilidade de suporte instrumental ( $\bar{x}=5,00$ ;  $DP=0,000$ ) e emocional ( $\bar{x}=5,00$ ;  $DP=0,000$ ) e estão satisfeitos ( $\bar{x}=5,00$ ;  $DP=0,000$ ) com o apoio recebido. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos que presumem que níveis mais altos de escolaridade favorecem habilidades sociais e de comunicação, o que os leva a buscar maior satisfação com estas modalidades de suporte (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Estudos relataram influência da escolaridade na adesão ao tratamento, e constataram menor aderência em indivíduos com baixa escolaridade (NEMES, 2000; CARVALHO et al., 2003; CASAES, 2007).

Ressaltam-se **diferenças estatísticas significativas** entre **escolaridade** e satisfação do **suporte instrumental** em situações de “apoio em atividades práticas do dia a dia” ( $p=0,039$ ) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino médio incompleto e no “apoio de pessoas com quem podem contar em caso de necessidade” ( $p=0,024$ ) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino fundamental incompleto. Os dados mostram que as pessoas com ensino superior estão mais satisfeitas com o **suporte instrumental** nestas situações. Também houve **diferenças estatísticas significativas** na comparação da disponibilidade do **suporte social emocional** e a **escolaridade**, no “apoio de alguém que os fazem sentir parte da família” ( $p=0,048$ ) e no “apoio para atividades de lazer” ( $p=0,023$ ) entre os sujeitos com ensino superior e os de ensino médio incompleto. Constatam-se que as pessoas com ensino superior relatam receber maior apoio nestas situações.

Salienta-se a **diferença estatística significativa** entre a satisfação do **suporte social emocional** e a **escolaridade** nas situações de “apoio para conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade” ( $p=0,001$ ) e “no apoio que os fazem sentir parte da família” ( $p=0,004$ ) entre as pessoas com ensino superior e as de ensino médio incompleto. Na “valorização pessoal” ( $p=0,007$ ), a diferença ocorreu entre os sujeitos com ensino superior e

as com ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto e completo, “no apoio informacional” ( $p=0,013$ ) e “nas atividades de lazer” ( $p=0,038$ ) a diferença foi entre os usuários de ensino superior e os de ensino médio completo.

Constata-se que a satisfação com o suporte emocional foi preponderante nas pessoas com maior escolaridade (ensino superior).

Quanto à **renda** dos usuários e a percepção de suporte, pessoas que ganham um salário mínimo (R\$ 545,00) e os que ganham entre um e três salários recebem **suporte instrumental e emocional** “às vezes” e em relação à satisfação percebem com indiferença o suporte recebido. Os usuários que ganham mais de três salários mínimos estão “satisfeitos” com o suporte instrumental recebido em situações que podem contar com alguém em caso de necessidade. No suporte emocional “frequentemente” recebem apoio, situação diferente aos outros usuários, que recebem este apoio “às vezes”.

A renda, quando associada à adesão ao tratamento, é considerada como um fator de relevância em extremos de pobreza e em lugares de difícil acesso à medicação antirretroviral (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006). Em contrapartida, em outro estudo foi identificado como fator de risco para a baixa aderência a renda pessoal e familiar, e a situação profissional, sendo a renda um fator predominante na associação à adesão ao tratamento (CARVALHO, et al., 2003).

Aliada a essas circunstâncias, Lacerda (2002) chama a atenção para as situações em que se configuram perdas ou fragilizações das redes sociais em função da precariedade financeira, o que pode gerar vulnerabilidades e rupturas dos vínculos sociais.

Verificou-se **diferença estatística significativa** na comparação entre a **renda** e a disponibilidade do **suporte emocional** no “apoio para atividades de lazer” ( $p=0,037$ ) entre pessoas que recebem entre **um e três salários mínimos** e as que recebem menos de **um salário mínimo**. Verifica-se que as pessoas que ganham entre um e três salários recebem mais suporte para se divertir e nas atividades de lazer.

Também se constatou **diferença estatística significativa** entre a **renda** e a satisfação do **suporte social emocional** no “apoio para atividades de lazer” ( $p=0,012$ ) entre as pessoas que recebem **um salário** mínimo e as que recebem entre **um e três salários mínimos**. As pessoas que possuem uma maior renda estão mais satisfeitas com o suporte nesta situação.

A **situação profissional** tem sido avaliada como preditor positivo de adesão em pessoas com aids. Segundo Colombrini, Lopes, Figueiredo (2006), ter um emprego fixo pode ser um fator de proteção para baixa aderência, ao passo que estar desempregado mostrou ser fator de risco.



Costa-Couto (2007) assegura que a dificuldade das PVHA em encontrar trabalho reside no fato de serem trabalhadores com problemas de saúde, discriminados por sua doença ou escolhas afetivas e sexuais. A autora afirma em seu estudo que estas pessoas desejam autonomia, possuir um trabalho e renda suficiente para contribuir com a previdência social. Assim, sem o trabalho formal, muitos buscam o trabalho temporário o que ocasiona uma diminuição potencial de acesso à informação e de disponibilidade de tempo para buscar algo para si e para seu grupo familiar, pois todo o tempo se destina à luta pela sobrevivência cotidiana (COSTA-COUTO, 2007).

Para os respondentes deste estudo, ao comparar o suporte social instrumental e emocional com a situação profissional, identificou-se que “às vezes” percebem como disponível o suporte e em relação à satisfação estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”.

Independente da situação profissional, os usuários “raramente” recebem apoio nas questões financeiras (disponibilidade do suporte instrumental) e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” (satisfação do suporte instrumental) com o apoio recebido. O maior apoio emocional recebido refere-se à valorização pessoal, para as pessoas em atividade profissional e os aposentados.

As pessoas que possuem benefício de prestação continuada (BPC), que segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MSD, 2011) é uma modalidade temporária de benefício concedida às pessoas com mais de 70 anos ou com deficiência física que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família referem suporte instrumental “raro” e são indiferentes ao apoio emocional recebido (nem satisfeitos, nem insatisfeitos).

Os aposentados referem “frequentemente” receber apoio emocional na situação de valorização pessoal, assim como estão “satisfeitos” com o este apoio recebido.

A situação profissional é pouco comparada ao suporte social, no entanto, alguns autores a relacionam com a qualidade de vida e a percepção positiva das pessoas às condições do ambiente em que vivem. Indivíduos soropositivos podem sentir-se mais seguros e protegidos quando possuem condições físicas que lhes permitam trabalhar e ter acesso a bens de consumo e serviços (SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005, GIOVELLI, 2009).

Neste estudo não houve diferença estatística significativa entre a situação profissional e o suporte social.

Outro momento importante na condução do acompanhamento e tratamento clínico das pessoas soropositivas é o início da TARV. A adesão ao tratamento assume importância crucial

diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade nas pessoas com aids, principalmente desde o surgimento da TARV.

Os resultados obtidos com o tratamento incluindo a redução progressiva da carga viral (CV) e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico (CD4) está associado a benefícios marcantes na saúde física destas pessoas e permite que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (BASTOS, 2006).

Devido à complexidade do tratamento, o percentual de aderência dificilmente chega a 100%, uma vez que os esquemas propostos interferem diretamente no cotidiano do paciente e dificultam a tomada dos medicamentos (CARVALHO et al., 2003 ; COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006 ; BLATT et al., 2009).

Assim, foi considerado que a precariedade ou ausência de suporte social afetivo (emocional) e/ou material (instrumental), bem como a percepção por parte dos indivíduos do apoio recebido tem influência direta na adesão ao tratamento (SEIDL; TRÓCCOLI, 2005; MS, 2008). Estudos de Seidl e Tróccoli (2005) e Giovelli (2009) reforçam essas afirmações ao apontarem que pessoas com suporte social satisfatório são encorajadas e motivadas para o autocuidado e diminuem os estímulos negativos que interferem na adesão.

No presente estudo buscou-se comparar as características de saúde dos usuários à disponibilidade e satisfação do suporte instrumental e emocional. Ressalta-se que os valores de CV e CD4, marcadores biológicos que indicam a progressão de doença (CV) e do status imunológico do indivíduo (CD4), foram avaliados antes de iniciar a TARV e em período próximo à coleta de dados.

Desse modo, na avaliação da CV, no momento de início da TARV os usuários referiram “às vezes” possuir disponibilidade de **suporte instrumental e emocional** assim como, indiferença (nem satisfeitos, nem insatisfeitos) em relação à satisfação do apoio recebido.

Convém ressaltar a **diferença estatística significativa** na comparação **da CV do início da TARV** e a satisfação do **suporte social instrumental**, na situação relacionada ao “apoio financeiro” ( $p=0,004$ ) entre as pessoas que possuem a **CV baixa** e as de **CV média**, o que significa que estes indivíduos (CV média) estão “insatisfeitos” com o suporte instrumental nesta situação.

Para as pessoas com CV alta (acima de 100.000 cópias/ml) no **início da TARV** duas situações se constituem como apoio “raro”: em que pode contar com alguém em caso de necessidade ( $\bar{x}=2,50$ ;  $DP=0,707$ ) e no apoio de pessoas que possam lhes dar coisas para o dia a dia ( $\bar{x}=2,50$ ;  $DP=0,707$ ).

Em relação ao **suporte emocional** há uma ligeira superioridade na percepção de disponibilidade ( $\bar{x}=4,00$ ;  $DP=0,953$ ) e satisfação ( $\bar{x}=4,25$ ;  $DP=0,754$ ), para as pessoas com CV indetectável (abaixo de 50 cópias/ml) que avaliam o apoio emocional como “frequente” e estão “satisfeitas” com o apoio recebido.

Na **CV alta atual**, o usuário ( $n=1$ ) tende a receber o **suporte instrumental** “sempre” e está “satisfeito” com este apoio recebido. Expressa “satisfação” pelo apoio recebido, exceto quando precisa resolver problemas financeiros, ocasião em que refere “raramente” receber apoio.

Em relação ao **suporte emocional**, há predomínio de “satisfação” e “muita satisfação” na disponibilidade de apoio, exceto para as atividades de lazer, ocasião em que avalia como “raro” este suporte. Em relação à satisfação do apoio emocional, está “satisfeito” com o apoio recebido em todas as situações avaliadas, exceto nas “atividades de lazer”, em que refere “insatisfação”.

Em relação aos valores de **CD4 do início da TARV**, é predominante a disponibilidade ( $\bar{x}=4,60$ ;  $DP=0,548$ ) e satisfação ( $\bar{x}=4,20$ ;  $DP=0,447$ ) do suporte instrumental e emocional para os respondentes com CD4 normal (500 -1200 cópias/ml). Identifica-se para estes usuários apoio instrumental e emocional “frequentemente” disponível e “satisfação” pelo apoio recebido. Para os demais, a disponibilidade de suporte é provida “às vezes” e quanto à satisfação, este apoio não tem qualquer influência no seu cotidiano (nem satisfeitos, nem insatisfeitos).

Na avaliação do **CD4 atual**, os indivíduos tendem a receber suporte instrumental e emocional “às vezes”, e a estarem “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido.

Na comparação do **CD4 atual** e a satisfação do **suporte instrumental** houve **diferença estatística significativa** na situação relacionada ao apoio financeiro ( $p=0,010$ ) entre os sujeitos com **CD4 normal** e os de **CD4 baixo**. Os indivíduos com CD4 baixo referem menor satisfação nesta situação.

Identifica-se na avaliação do **CD4**, tanto na ocasião do **início da TARV** e **atual**, que a disponibilidade do **suporte instrumental** é menor, isto é, “raramente” recebem “apoio nas questões financeiras” ( $\bar{x}=2,53$ ;  $DP=1,377$ ) e de “pessoas que lhes dão coisas que precisam no dia a dia” ( $\bar{x}=2,77$ ;  $DP=1,445$ ) e em relação à satisfação deste apoio estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” quanto à disponibilidade deste suporte.

Neste estudo identificou-se que os níveis imunológicos e virológicos atuais estão satisfatórios, o que pressupõe que os indivíduos não apresentam sinais e sintomas característicos da doença ou de doenças oportunistas comuns na aids.

Autores como Teixeira, Paiva e Shima (2000) e Blatt et al., (2009) tem achados semelhantes e afirmam que este pode ser um fator de abandono do tratamento, pois a pessoa avalia que não há necessidade de medicação, só retornando ao serviço com o aparecimento dos sintomas.

Além disso, a necessidade de controle clínico periódico, as mudanças no cotidiano familiar e no trabalho, viagens frequentes, e a necessidade de esconder os frascos do medicamento podem estar associadas à não adesão e ao ocultamento do diagnóstico, com consequente diminuição da rede de apoio (CARVALHO; GALVÃO, 2008; GOMES; SILVA; OLIVEIRA; 2011).

Essas questões são fundamentadas quando autores como Silva et al. (2008), Carvalho, Galvão e Silva (2008) revelam que as pessoas revelam que as pessoas com aids enfrentam muitos problemas relacionados ao diagnóstico, como o estigma e a discriminação, e sentem-se reticentes para falar da doença, o que aumenta a sensação de isolamento.

Para as mulheres, o diagnóstico representa falar dos seus relacionamentos, maternidade e casamento, o que acarreta dificuldades de natureza física, emocional e social. O medo do julgamento e da exclusão social desencoraja a revelação do diagnóstico, além da polaridade de sentimentos como solidariedade, apoio, compreensão, culpa, entre outros.

Estudos de Carvalho e Piccinini (2008), Silva, Lopes e Vargens (2010) destacam a maior vulnerabilidade das mulheres ao HIV, devido à condição biológica, referentes a características específicas dos órgãos sexuais femininos, além das condições sociais, entre elas, a pobreza, baixa escolaridade, a submissão na esfera sexual e reprodutiva, menor valorização no mercado de trabalho, maior índice de emprego precário e pouca representação política.

Alguns estudos tem mostrado o impacto da condição de soropositividade sobre as pessoas que convivem e/ou participam dos cuidados com indivíduos com aids, além da proximidade com os provedores (CRUZ, 2001; ANDRADE; VAITSMANN, 2002; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). O suporte social tem origem em diversas fontes e diz respeito às funções desempenhadas por um grupo, que inclui familiares, amigos, vizinhos, entre outros, a favor de um indivíduo, em determinadas situações de sua vida (PIETRUKOWICZ, 2001). A percepção de que são cuidados e estimados, que os outros se interessam por eles e estão disponíveis em caso de necessidade, origina satisfação pelas relações que possuem.

Nesse contexto a família e os amigos constituem importantes fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a doença e receber o diagnóstico (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; CARVALHO et al., 2007).

O presente estudo mostra que no **suporte emocional** há um percentual expressivo (61%) de disponibilidade de apoio pelo esposo, companheiro ou namorado, assim como no **suporte instrumental** (54,2%). Seguem-se a essas fontes, os familiares que não residem com o paciente com 38,9% de referência no **suporte emocional** e 35% no **suporte instrumental**. Os familiares provedores de suporte mais citados pelos pacientes são os irmãos e a mãe.

Pessoas que não fazem parte da família, como amigos, vizinhos, colegas de trabalho e profissionais da saúde também foram citados como fontes de apoio, sendo os amigos (28,8%) e profissionais da saúde (24,8%) no suporte emocional os maiores percentuais.

Identificam-se também o envolvimento dos usuários com grupos comunitários, ONGs (5,7%) e principalmente pessoas de instituições religiosas (7,9%).

Essas questões estão fundamentadas por autores que confirmaram a família como a maior fonte de suporte social, além de exercerem papel fundamental no bem-estar de seus membros (RIBEIRO, 1999; REZENDE, 2006; CARVALHO, et al., 2007). Desse modo, pesquisadores que avaliaram o suporte social funcional (instrumental e emocional) em pessoas com aids, como Seidl e Tróccoli (2005), Casaes (2007) e Giovelli (2009), em indivíduos com perturbações psiquiátricas que foram pesquisados por Rodrigues (2008b) e portadores de insuficiência cardíaca estudados por Rezende (2006) evidenciaram como fontes potenciais de suporte, as pessoas da família. Outros autores acrescentam a essas fontes, as pessoas de instituições religiosas, como importantes formas de enfrentamento da doença (PIETRUKOWICZ, 2001; SEIDL, 2005; FARIA; SEIDL, 2006; MARQUES, et al., 2008 ).

Verificou-se que o suporte foi disponibilizado neste estudo, por pessoas mais próximas e significativas com as quais os indivíduos mantem vínculo. Assim, ressalta-se a importância do suporte social exercido pela família como aliada no processo terapêutico dos indivíduos com aids.

Ao final do estudo, confirma-se a hipótese de que as pessoas com aids, em TARV, não estão satisfeitas com o suporte social recebido, e mostram dificuldades nas relações interpessoais. Por outro lado, em conformidade com os dados encontrados refuta-se a hipótese de que esses indivíduos encontram suporte em pessoas que não fazem parte da família.



## 7 CONCLUSÕES

Os resultados neste estudo permitiram as seguintes conclusões:

### **Quanto as características sociodemográficas dos pacientes**

- 53,1% são do sexo masculino e 46,9% são do sexo feminino;
- a média geral de idade foi de 42,08 anos, com DP= 10,04 anos;
- 49,7% são solteiros ou separados;
- 48% são casados(as) ou tem companheiro(a);
- 100% dos viúvos são mulheres;
- 27,7% não tem filhos e o mesmo percentual de pessoas (27,7%) tem dois filhos;
- 80,2% residem em Santa Maria/RS;
- 39,5% possuem o ensino fundamental incompleto;
- 40,7% ganham entre um e três salários mínimo nacional;
- 45,2% mantêm situação profissional ativa;
- 16,4% estão aposentados;
- 51% executam atividades técnicas;
- 32,7% trabalham em serviços domésticos ou do lar;
- 55,4% são católicos.

### **Quanto as características de saúde dos pacientes**

- 56,5% apresentaram a CV com valor médio (10.000-99.000 cópias /ml) no início da TARV;
- 74% apresentaram a CV atual indetectável (abaixo de 50 cópias / ml);
- 45,8% estavam com o LTCD4 muito baixo (0-200 cópias/ml) no início do tratamento;
- 39% apresentaram o LTCD4 normal (500-1200 cópias/ml) na contagem atual;
- 55,9% necessitaram hospitalização após o diagnóstico;
- a média geral de internações hospitalares foi de 2,47 vezes com DP= 3,06;
- a maior média de internações foi do sexo masculino ( $\bar{x}$ =2,54; DP=2,83);
- o número de internações variou entre uma e 20 vezes;
- o tempo de conhecimento do diagnóstico variou entre um e 23 anos;
- 41,2% conhecem o diagnóstico entre seis e 10 anos;
- 61,5% estão em TARV entre um e seis anos.

### Quanto ao suporte social dos pacientes

#### - suporte instrumental:

- o “apoio recebido em situações concretas que facilitam a realização do tratamento de saúde” tem a maior média, quanto à disponibilidade ( $\bar{x}=3,41$ ; DP=1,51) e satisfação ( $\bar{x}=3,72$ ; DP=0,98);

- o “apoio recebido nas questões financeiras, divisão de despesas, dinheiro dado ou emprestado” ( $\bar{x}=2,78$ ; DP=1,46) quanto à disponibilidade é “raro” e quanto à satisfação, verifica-se que estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” ( $\bar{x}=3,31$ ; DP=1,11);

#### - suporte emocional foi o mais disponibilizado ( $\bar{x}=3,50$ ; DP=0,17);

- o “apoio recebido aos que fazem sentir valorizados como pessoa” obteve as médias mais altas, quanto à disponibilidade ( $\bar{x}=3,90$ ; DP=1,12) e satisfação ( $\bar{x}=3,85$ ; DP=0,92);

- “às vezes” recebem o “apoio de pessoas que podem fazê-los sentir-se como parte da família, da vizinhança e do trabalho” ( $\bar{x}=3,21$ ; DP=1,39) quanto à disponibilidade;

- estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” em relação ao “apoio que os fazem sentir-se valorizados como pessoa” ( $\bar{x}=3,85$ ; DP=0,92) e no “apoio recebido quando necessitam conversar ou desabafar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade” ( $\bar{x}=3,41$ ; DP=1,10) quanto à satisfação.

### Quanto à correlação entre disponibilidade e satisfação na dimensão instrumental e emocional

- No **suporte instrumental**: o apoio recebido por pessoas com quem se pode contar em caso de necessidade foi a situação avaliada como de “alta” disponibilidade e satisfação ( $r=0,706$ ) e nas questões financeiras foi avaliado como de “moderada” disponibilidade e satisfação ( $r=0,533$ );

- No **suporte emocional**: o apoio recebido quando necessitam de companhia para atividades de lazer foi avaliado como “muito alta” disponibilidade e satisfação ( $r=0,802$ ) e o apoio recebido por alguém que fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre seu problema de saúde foi avaliado como de “alta” disponibilidade e satisfação ( $r=0,624$ ).



### **Quanto à comparação entre as dimensões do suporte instrumental e emocional e as variáveis sociodemográficas**

#### **- Disponibilidade e satisfação do suporte instrumental**

- O **suporte instrumental** mais recebido pelas **mulheres** foi o “apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde” e o menos recebido foi o “apoio em questões financeiras”;

- mais recebido pelos **homens** foi o “apoio de pessoas em que eles podem contar em caso de necessidade” e o menos recebido foi o “apoio nas questões financeiras” e na disponibilidade “de coisas necessárias para o seu dia a dia”;

- Os **homens** e as **mulheres** estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte instrumental;

- Há diferença estatística significativa entre os **sexos** e a disponibilidade e satisfação do suporte instrumental. Em geral os homens tendem a receber maior suporte social instrumental do que as mulheres;

- Em relação à **situação conjugal**, as pessoas tendem a receber suporte instrumental “às vezes” e “raramente” recebem suporte nas questões financeiras;

- Independente da **situação conjugal**, os indivíduos estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte instrumental;

- Em relação à **escolaridade**, os respondentes com **pós-graduação** avaliam o suporte instrumental como recebido “frequentemente” e “sempre” e consideram “raro” o apoio que facilita a realização do tratamento de saúde, porém estão “muito satisfeitos” com o apoio recebido;

- Os sujeitos com **ensino superior** recebem apoio “frequentemente” e sentem-se “satisfeitos” com o apoio recebido;

- As pessoas com ensino **fundamental incompleto e completo** “às vezes” recebem apoio instrumental e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o suporte recebido;

- Houve diferença estatística significativa entre **escolaridade** e disponibilidade e satisfação do suporte instrumental. Os dados mostram que as pessoas com pós-graduação e as de ensino superior estão mais satisfeitas com o **suporte instrumental**;

- Em relação à **renda**, os sujeitos tendem a receber apoio “às vezes” exceto em situações de “apoio nas questões financeiras” em que “raramente” recebem apoio e em relação à satisfação do suporte recebido referem estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”;

- Independente da **situação profissional**, os sujeitos “raramente” recebem suporte nas “questões financeiras” e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio;

- As pessoas que **nunca trabalharam** recebem apoio para realizar o tratamento de saúde “frequentemente”, e estão “satisfeitos” com este apoio.

**- Disponibilidade e satisfação do suporte emocional**

- **Suporte emocional** mais recebido pelas **mulheres** foi o apoio que “as fazem sentir-se valorizadas como pessoa” e o menos recebido foi o apoio “que as fazem sentir-se parte da família, da vizinhança ou do trabalho de alguém”;

- Os **homens** receberam mais apoio **emocional** do que as **mulheres**, porém tendem a estar “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio;

- Os **homens** recebem mais apoio “que os fazem sentir-se valorizados como pessoa” e menos apoio para “desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade”;

- Há **diferença estatística significativa** entre os **sexos** e a disponibilidade e satisfação do suporte do suporte emocional. Os homens recebem mais **apoio emocional** e estão mais “satisfeitos” com este apoio;

- Quanto à situação conjugal os sujeitos **solteiros** e **viúvos** recebem suporte emocional “frequentemente” no “apoio à valorização pessoal” e no “informativo” e estão “satisfeitos” com o apoio recebido nestas situações;

- Os **separados** “raramente” recebem o suporte emocional;

- Independente da **situação conjugal**, os usuários tendem a receber suporte emocional “às vezes” e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio;

- Houve **diferença estatística e significativa** entre **situação conjugal** e satisfação do suporte emocional. Os sujeitos separados percebem com menor satisfação o suporte emocional;

- Em relação à **escolaridade**, as pessoas com **pós-graduação** recebem suporte emocional que varia entre “frequentemente” e “sempre”, e estão “satisfeitos” e “muito satisfeitos” respectivamente com este suporte;

- Os indivíduos com **ensino médio incompleto** referem receber esta modalidade de apoio “às vezes” e estão “insatisfeitos” no “apoio para conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade”;

- Houve **diferença estatística e significativa** entre **escolaridade** e disponibilidade e satisfação do suporte emocional. Constatou-se que as pessoas com maior escolaridade relatam receber maior apoio emocional, especialmente as de ensino superior;

- Em relação à **renda** as pessoas tendem a receber suporte emocional “às vezes”. Quanto à satisfação do suporte emocional estão entre “satisfeitos” para quem ganha acima de três salários mínimos e “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” nas outras categorias;

- Verificou-se **diferença estatística significativa** entre **renda** e disponibilidade e satisfação do suporte social emocional. As pessoas que possuem uma maior **renda** recebem maior **suporte emocional** e estão mais “satisfeitas” com este apoio;

- Em relação à **situação profissional** há uma variabilidade de valores que variam entre “raramente” até “frequentemente” recebem suporte emocional e estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio.

### **Quanto ao Suporte instrumental e as características de saúde**

#### **- Quanto à disponibilidade do suporte instrumental**

- **Receberam maior suporte instrumental no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV indetectável** (menos de 50 cópias/ml) recebem apoio “às vezes”;

- \* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) tem apoio “frequente” em todas as situações avaliadas.

- **Receberam menor suporte instrumental no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV média** (10.000-99.000 cópias/ml) “raramente” tem “apoio nas questões financeiras” e de “pessoas que lhe dão coisas no dia-a-dia”;

- \* Pessoas com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) tendem a ter apoio “raro”.

- **Receberam maior suporte instrumental atual:**

- \* Pessoas com **CD4 médio** (350-499 cópias/ml) tendem a receber apoio “às vezes”.

- **Receberam menor suporte instrumental atual:**

- \* Pessoas com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) “raramente” tem “apoio nas questões financeiras”.

#### **- Quanto à satisfação do suporte instrumental**

- **Maior satisfação do suporte instrumental no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV indetectável** (abaixo de 50 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio recebido;

- \* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) tendem a estar “satisfeitas” com este apoio;

- **Menor satisfação do suporte instrumental no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV média** (10.000-99.000 cópias/ml) estão “insatisfeitos” com o apoio em questões financeiras;

- \* Pessoas com **CD4 muito baixo** (0-200 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio em situações financeiras.

- **Maior satisfação do suporte instrumental atual:**

- \* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio em todas as situações avaliadas;

- \* Foi verificada **diferença estatística significativa** entre CD4 atual e satisfação do suporte instrumental. Os indivíduos com CD4 baixo referem menor satisfação com este suporte.

- **Menor satisfação do suporte instrumental atual:**

- \* Pessoas com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o “apoio em questões financeiras”.

- **Quanto à disponibilidade do suporte emocional**

- **Receberam maior suporte emocional no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV indetectável** (abaixo de 50 cópias /ml) “sempre” tem “apoio que os fazem sentir valorizados como pessoa”;

- \* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) “sempre” tem o apoio para conversar sobre assuntos relacionados a sua enfermidade, no apoio informacional, no apoio emocional e de alguém que os fazem sentir parte da família.

- **Receberam menor suporte emocional no início da TARV:**

- \* Pessoas com **a CV alta** (acima de 100.000 cópias/ml) “nunca” tem o apoio de alguém que os fazem sentir parte da família;

- \* Pessoas com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) “às vezes” em todas as situações avaliadas.

- **Quanto à satisfação do suporte emocional**

- **Maior satisfação do suporte emocional no início da TARV**

- \* Pessoas com **CV indetectável** (menor de 50 cópias/ml) tendem a estar “satisfeitos” com o apoio;

- \* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) tendem a estar “satisfeitos” com o apoio emocional.

- **Menor satisfação do suporte emocional no início da TARV:**

- \* Pessoas com **CV alta** (acima de 100.000 cópias/ml) estão “insatisfeitos” com o “apoio para conversar sobre a enfermidade”;

- \* Pessoas com **CD4 baixo** (201-349 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com este apoio.

- **Maior satisfação do suporte emocional atual**

\* Pessoas com **CD4 normal** (500-1200 cópias/ml) “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” na “valorização pessoal”.

- **Menor satisfação do suporte emocional atual**

\* Pessoas com **CD4 muito baixo** (0-200 cópias/ml) estão “nem satisfeitos, nem insatisfeitos” com o apoio em todas as situações avaliadas.

### **Quanto às fontes de suporte social instrumental e emocional**

- No **suporte instrumental** o esposo, companheiro ou namorado foi citado por 54,2% dos respondentes e no **suporte emocional** estas mesmas pessoas foram citadas por 61% dos pesquisados;

- 35% dos usuários citaram familiares que não moram juntos como provedores de **suporte instrumental** e 38,9% elegeram estas mesmas fontes no **suporte emocional** ;

- 24,2% pessoas elegeram os amigos no **suporte instrumental** assim como, no **suporte emocional** 28,8% pessoas citaram estas mesmas fontes de apoio;

- Para 23,7% dos pacientes, os familiares que moram juntos são tidos como pessoas que fornecem **suporte instrumental**. Estas fontes também são citadas por 23,1% dos usuários no **suporte emocional**;

- Para 24,8% dos pacientes, os profissionais de saúde disponibilizam **suporte emocional** e para 15,8% dos usuários, o **suporte instrumental**;

- Para 23,1% pessoas, os familiares que moram com o paciente são fonte de **suporte emocional**;

- Os vizinhos são citados por 14,6% dos pacientes no **apoio instrumental** e estas mesmas fontes são citadas por 10,7% usuários, no **apoio emocional**;

- Tanto no **apoio instrumental** quanto no **apoio emocional**, o chefe ou colegas de trabalho foram citados respectivamente com 6,7% e 6,2% ;

- Na categoria “outras” fontes de apoio, majoritariamente foram citadas as pessoas de instituições religiosas (7,9%), tanto no **suporte instrumental**, quanto no **suporte emocional**, seguido de ONGs (3,38%) no **suporte instrumental** e (5,6%) no **suporte emocional**.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção pelo HIV tornou-se um dos mais complexos problemas de saúde pública, pela progressão lenta e por vezes silenciosa da doença. Atinge a todos indistintamente e traz implicações nas dimensões físicas, sociais e psicológicas para os indivíduos que a adquirem, além do seu caráter de vulnerabilidade e transmissibilidade.

No decorrer da doença, o impacto do diagnóstico, a convivência com a doença, a revelação do *status* sorológico, e o início do tratamento constituem para os indivíduos situações de angústia e estresse.

Nesse contexto, as pessoas lançam mão de recursos pessoais para manejar com as adversidades decorrentes da doença e por vezes encontram apoio nas pessoas próximas e de sua convivência.

O suporte social apresenta-se como um tema novo para a equipe de saúde, e em particular para a enfermagem, que busca refletir sobre a importância das relações sociais na saúde física e emocional das pessoas.

Assim, é preciso enfatizar que esta investigação surgiu pelo interesse em responder questões relacionadas à assistência de enfermagem e as pessoas com aids em tratamento no HUSM, entre elas, o aparente isolamento social vivenciados por esses indivíduos, percebidos enquanto enfermeira do serviço durante a atenção dispensada à esses usuários.

O estudo proporcionou uma aproximação maior com os sujeitos e permitiu reconhecer as dificuldades sociais e econômicas que possam interferir no cotidiano terapêutico e no suporte social dessas pessoas. Elegeu-se como campo do estudo a UDM por ser um espaço de referência do município em HIV/aids, e por constatar que o início do tratamento é um momento crítico e importante do tratamento, com repercussões nos vínculos sociais, bem-estar e na saúde dos indivíduos.

Inicialmente buscou-se conhecer as características sociodemográficas destes pacientes, tendo em vista que há um desconhecimento da equipe em relação a estas particularidades. Verificou-se pelo estudo que estas características convergem com os dados do boletim epidemiológico, ou seja, uma discreta predominância de homens, em idade produtiva, baixa escolaridade e renda, e com tendência à interiorização da doença.

Em relação ao suporte social, os pacientes percebem como mais disponível o suporte emocional. Está implícito nas atitudes dos pacientes que as situações que fogem ao controle pessoal e que causam sofrimento estão relacionadas ao comportamento da sociedade que

ainda hoje, apesar dos avanços no contexto da aids, caracteriza-se por preconceito e discriminação, o que muitas vezes os levam ao ocultamento da doença e ao afastamento das pessoas de sua convivência.

As situações de apoio material e financeiras parecem ter um impacto menor na vida destas pessoas, visto que conseguem se organizar e viver com renda mínima, dado que nos causou surpresa.

Dentre as limitações do estudo destacam-se o tempo médio de duração da entrevista que foi de 60 minutos, e o número reduzido de salas na coleta de dados o que levou a necessidade de prorrogar o tempo de investigação, prevista para ser realizada em um mês.

Notou-se a expressiva dificuldade dos pacientes em relatar o valor da CV e CD4, o que exigiu posterior confirmação dos valores pelos pesquisadores junto aos prontuários.

Sentiu-se a necessidade de encaminhamentos posteriores às entrevistas para profissionais com outra formação e não disponíveis no serviço, entre eles, psicólogo, assistente social e psiquiatra, de acordo com a necessidade manifesta do usuário.

Previa-se que ao responder as questões relativas ao suporte social os pacientes poderiam ter seus sentimentos mobilizados e situações de desconforto diante da lembrança de situações desgastantes já vivenciadas.

Ainda, dentre as limitações do estudo encontrou-se escassez de publicações com o tema e os sujeitos investigados, assim como, delineamentos de pesquisa diversificados, o que dificultou possíveis comparações.

Salienta-se a importância dessas limitações, à medida que apontam caminhos para novas pesquisas e estimulam investigações que envolvam a temática proposta. Dessa maneira, estudos que complementem ou confrontem esses achados são indispensáveis.

Assim, sugere-se a realização de reuniões regulares entre os membros da equipe, com o objetivo de definir ações articuladas, bem como levantar possíveis dificuldades e soluções para os problemas existentes. Recomenda-se buscar a articulação com outros setores públicos (assistência social, educação, comunicação social, direitos humanos, saúde mental, saúde da mulher) para minimizar problemas, principalmente os de ordem social.

Salienta-se a importância da realização de grupos de apoio que contemplem as especificidades dos pacientes encontradas pelo estudo, uma vez que nestes espaços é possível compartilhar, trocar experiências e encontrar soluções para problemas individuais e coletivos que dizem respeito ao cotidiano dessas pessoas. Além de grupos de apoio, sugere-se a realização da consulta conjunta pelos profissionais do serviço. Desse modo, pode-se assegurar



a construção do vínculo entre os diferentes profissionais e os pacientes, além de um ambiente de confiança, sigilo e respeito.

No entanto, cabe à equipe, em especial ao enfermeiro, contribuir nas ações de educação em saúde e na elaboração de estratégias de adaptação a essa condição de saúde, além de possibilitar que as recomendações terapêuticas necessárias para o tratamento sejam seguidas. Para tanto, sugere-se além da entrega de material educativo que a equipe possibilite momentos coletivos e/ou individuais que estimulem o diálogo e o debate, e que levem em conta o nível cognitivo e de escolaridade das pessoas. Informações claras e objetivas contribuem para a autonomia e o autocuidado destes sujeitos.

Ao longo do trabalho foi possível confirmar a importância do suporte social no cotidiano dos adultos com aids, uma vez que a inclusão deste referencial nas práticas de atenção e cuidado ultrapassa a racionalidade biomédica e se aproxima do cuidado integral, principalmente no contexto da educação e promoção em saúde. Desta forma, há de se compreender as implicações das variáveis que estão relacionadas ao processo de saúde e de adoecimento, e as estratégias necessárias de atuação que contemplem a rede de apoio e o suporte social destas pessoas.

Ressalta-se a importância da equipe de saúde, em especial o enfermeiro, que se caracteriza por mediar as relações entre os profissionais da equipe, em virtude do vínculo e o compromisso firmado com os usuários, no sentido de estimular a autonomia dos sujeitos, o compartilhamento nas decisões, ajudando-os a concretizar o apoio social consistente e positivo.

Os resultados obtidos neste estudo não pretendem ser entendidos como definitivos, e sim como uma perspectiva de contribuir com os profissionais de saúde na detecção de possíveis dificuldades enfrentadas por estas pessoas. Há de se garantir um olhar atento para o contexto em que estão inseridas, em toda a sua complexidade, com ações integradas que possam favorecer a escuta, o acolhimento e a terapia medicamentosa.



## 9 REFERÊNCIAS

AU, A.; CHAN, I.; LI, P.; CHUNG, R.; PO, L. M.; YU, P. Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. **AIDS Behav** n. 8, p. 119-29, 2004.

ANDRADE, G. R.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Cien Saude Colet** n. 7, p. 925-934, 2002.

AGUIAR, S. Redes sociais e tecnologias digitais de informação e comunicação no Brasil (1996-2006). **Revista do Terceiro Setor**, 2006. Disponível em:<[http://www.nupef.org.br/downloads/rel\\_nupef\\_redes\\_2006.pdf](http://www.nupef.org.br/downloads/rel_nupef_redes_2006.pdf)>. Acesso em: 2.out.2010.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BARRERA, M. J. Distinctions between social support concepts, measure, and models. **Am J Community Psychol**, n.14, p. 413-445, 1986.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G. de; MELLO, R. S.de; GALATO, D. avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Rev.Soc.Bras.Med.Trop.**, Uberaba, v. 42, n. 2, 2009.

BERKMAN, L. F.; SYME, S.L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. **American Journal of Epidemiology**, n. 109, p. 186-204, 1979.

BOTTI, M. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; SCOCHI, M. J. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo brasileiro. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 43, n.1, p.79-86, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. **Bioética**, v. 4, n. 2 (Supl), p. 15-25, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 9.313/96 de 13 de novembro 1996: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 nov.1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV 2008**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para as pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília, DF: Coordenação

Nacional de DST/Aids. 2007a. Disponível em:  
 <[http://www.aids.gov.br/assistencia/adis1/relativ\\_alternativa.htm](http://www.aids.gov.br/assistencia/adis1/relativ_alternativa.htm)>. Acesso em: 22.out.2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2003). **Aids-Boletim Epidemiológico**, ano XVII, n. 01. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids**: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, 2010b.

BERKMANN, L. F.; SYME, L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. **American Journal of epidemiology**, v. 2, p. 186-204, 1979.

BRAVO, M. I et al. (Org). **Políticas públicas de DST/Aids e controle social no estado do Rio de Janeiro**: capacitando lideranças e promovendo sustentabilidade das respostas frente à Aids: relatório integrado. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

BISQUERRA R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Ed Artmed, Porto Alegre, 2004.

CALLEGARI-JAQUES, S. M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

CARTANA M. H. F. **Rede e suporte social de famílias**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Saúde do Adulto). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 159p., 1998.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, C. V. de; DUARTE, D. B.; MERCHÁNN-HAMANN; BICUDO, E.; LAGUARDIA, J. Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 2, Rio de Janeiro, mar./abr., 2003.

CARVALHO, F. T. de; MORAIS, N. A. de; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, set, 2007.

CARVALHO, C. V.; MERCHÁN-HAMANN, E; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um caso controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. n. 40, p.555-565, 2007

CARVALHO, F. T. de; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 6, 2008.

CARVALHO, C. M. de L.; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da aids em mulheres infectadas em Fortaleza-CE. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 90-97, 2008.

CARVALHO, C. M. L., GALVÃO, M. T. G.; SILVA, R. M. da. Alterações na vida de mulheres com síndrome de imunodeficiência adquirida em face da doença. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.1, p. 94-100,2010.

CASSEL, J. C. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of epidemiology**, n. 104, p. 107-123,1976.

CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England Journal of Medicine**, v. 306, p. 639-645, 1982.

CASAES, N. R. R. Suporte social e vivencia de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/AIDS. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2007.

CASTEL. R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: a precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.) **SaúdeLoucura 4**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1993. p. 21-48.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 701-709, 1999.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, n. 38, p. 300-314,1976.

COYNE, J.C.; DELONGIS A. Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, n. 4, p. 454-460,1986.

COHEN, S.; SYME, S. L. Social support and Health. **Academic Press**, Orlando, Flória, 1985. Disponível em: <<http://www.personalityresearch.org/papers/clark.html>>. Acesso em: 07.jul.2008.

COLOMBRINI, M. R.C.; LOPES, M. H. B de; FIGUEIREDO, R. M. de. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.576-581, 2006.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? Na examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n.1, p. 98-104, 1993.

COSTA-COUTO, M. H. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CRUZ, F. S. **Famílias vivendo com HIV/AIDS em Campo Grande**: estratégias de enfrentamento, apoio social e qualidade de vida. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

DANTAS, R. A. S.; PELEGRINO, V. M.; GARBIN, L. M. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p.456-462, 2007.

DURKHEIM, E. **Suicide: a study in sociology**. London: Free Press, 1951.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p.155-164, jan./abr., 2006.

FERRAZ A. F. Tornar-se soropositivo: da perplexidade ao confronto com o incógnito. In: MORANO L.; GUIMARÃES R. (Org.). **AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS**. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais; 1998. p. 111-40.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Latina**. México, n.15, dez, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVELLI, G. R. M. **Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/Aids**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], **Ribeirão Preto**,v.19, n.3, mai. jun. 2011. Acesso em: 23.out.2011.

GREEN, G. **Editorial Review: Social support and HIV, Aids Care**, 5, 87-104, 1993).

HOCHENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. **Descobrimo a psicologia**. São Paulo: Edições Manole, 2003.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Relatório Mensal da Coordenação de Recursos Humanos**. Santa Maria, out. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 05.nov.2011.

J.B.A.JORNAL BRASILEIRO DE AIDS. Edição Especial, vol. 8, p.01-112,dezembro2007, ISSN-1517-6231.

KALICHMAN S. C.; DIMARCO, M.; AUSTIN, J. LUKE; DIFONZO, K.W. Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. **J Behav Med**, p. 26:315; 2003.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo e mente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LANGENDORF, T.F.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B.; LANDERDAHL, M. C.; HOFFMANN, I. C. Rede de apoio de mulheres que tem HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical. **J.bras.doenças sex.Transm**, v. 23, n. 1, p.16-22,2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOPES et al. **Caderno didático**: estatística geral. Santa Maria: UFSM, 3. ed., CCNE, 2008.

JENKINS, R. A. Religion and HIV: implications for research and intervention. **Journal of Social Issues**, v. 51, p. 131-144,1995.

JÚNIOR, L. L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Ver. Saúde Pública**. v. 35, n. 6. São Paulo, dez. 2001.

LOPES, M.V.O.; FRAGA, M.N.O. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, n.4, p.75-81, out. 1998.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. de S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 687 - 698,2007.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso**: uma estratégia de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, A. K. M. C. ; LANDIM, F. L. P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B. de. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p. 945-955, 2011.

MARTINEZ, M. C. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-07112006-210400/>>. Acesso em 16.out.2011,

MASSEI, A. C. **Propriedades psicométricas do questionário de relacionamento central (CRQ) em portadores do HIV**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2009.

MATOS, A. P.; FERREIRA, A. Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**, v. 21, n. 3, p. 243-253, 2000.

MAQUIESCHI, S. R.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; RIBEIRO, A. C.; LANGENDORF, T. F. Pessoas acima de 50 anos com AIDS: implicações para o dia-a-dia. **Esc. Anna Nery** (impr.), v.14, n. 4, p.726-731,2010.

MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. B.; WERNECK, V.; GUILHERME, L. **Epidemiologia I**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MEIRELLES, B.H.S.et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene**, Fortaleza,v.11, n.3, p.68-76,2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terapia anti-retroviral e saúde pública**: um balanço da experiência brasileira. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. 2010. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/>>. Acesso em: 13.nov.2011.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. **International Journal of Health Services**, v. 22, p. 303-316, 1992.

OLIVEIRA, L. A. **Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS**: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Artigo de encerramento do Programa de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva/NEPO/UNICAMP, 2002.

OLIVEIRA, R. M. R. de. Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40 (supl), p.80-87,2006.

NEMES, M. I. B.; SOUZA, M. F. M; KALICHMANN, A.O.; GRANGEIRO, A.; SOUZA, R.A.; LOPES, J.F. **Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais em usuários do ambulatório do sistema público de assistência à AIDS do Estado de São Paulo**. 2000. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/planejamento/nãoaderencia.htm>>. Acesso em: 23.out.2011.

NERY, M.W.; MARTELLI, C. M. T.; TURCHI, M. D.Dislipidemia em pacientes com AIDS em uso de terapia antiretroviral altamente ativa.The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v.15, n.2, p. 151-153, 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. **Promoción de la Salud**: una antología. 367-372, Washington, DC: OPS, 1986 (Publicación Científica, n. 557).

\_\_\_\_\_. Declaración de Adelaide. In: BUSS, P. (org.). **Promoción de la salud y la salud pública**: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud Pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. p. 177-183.



\_\_\_\_\_. Declaración de Sundsvall: entornos propicios para la salud. In: BUSS, P. (org.). **Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud Pública de América Latina y el Caribe.** Rio de Janeiro: ENSP, 1991. p. 183-188.

PARKER, R. A construção da solidariedade: **AIDS, sexualidade e política no Brasil.** RJ: Relume-Dumara; UERJ-ABIA, 1994.

PARKER, R.; CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de saúde Pública**, [S.I.], v.16, n.1, p.89-102, 2000.  
 PEDROSO, R.S.; SBARDELOTTO G. **Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica.** Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Ano 4, n.7. Fev-Jul 2008. Disponível em: <[http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio\\_n7\\_32.pdf](http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_32.pdf)>. Acesso em: 25 Jul. 2010;

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. Apoio social e religião; uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2001.

REGATTO, V. C.; ASSMAR E. M. L. A AIDS de nossos dias: quem é o responsável? **Estud Psicol**, Natal, v. 9, p. 167-1675, 2004.

RESENDE, M. C. de; SILVA, R. M. da; MARQUES, T. P.; ABREU, M. V. Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 2, p. 232-239, abr./jun., 2008.

REZENDE, L. K. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde). Universidade de Franca, Franca, São Paulo, 2006.

REMOR, E. A. Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Revista Psico**, v. 30, n. 1, 205-217, 1999.

\_\_\_\_\_. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas con el HIV. **Atención Primaria**, n. 31, p. 15-22, 2003.

REIS, A. C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M. P.; REMOR, E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p.420-429, 2010.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**, v. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RIBEIRO, Y. H. C. P. Suporte social e qualidade de vida em pessoas portadoras de lesão medular traumática. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2005.

RODRIGUES, M. A. **Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronariano:** efeitos de intervenção comportamental. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília. DF, 2008a.

RODRIGUES, V. B. **Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica**: estudo exploratório. Monografia (Especialização em Psicologia). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2008b.

ROSSI, A. S. Demanda e barreiras para o acesso a serviços de reprodução assistida para pessoas vivendo com HIV no Brasil: perspectivas de gestores, profissionais e usuários. 2010. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/UNICAMP), Campinas, 2010.

SEIDL, E. M. F. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS**: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

SEIDL, E. M. F. **Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set./dez. 2005.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L.; TRÓCOLLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 188-195, 2005.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 10, n.3, 317-326, 2006.

SEIDL, E. M. F.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/Aids; variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. de Saúde Pública**. v. 23, n. 10, p. 2305-16., 2007.

SIEGEL, J. M.; SCHRIMSHAW, E. W. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of religion**, n. 41, p 139-147, 2002.

SLUZKI C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, G. O.; MATOS, L.A.L.; CEDARO, J.J. **Estratégias de enfrentamento em pessoas vivendo com HIV/Aids**. Porto Velho (RO): Unir/Ed. Universit.; 2005.

SILVA M. C. M. **Redes sociais intra-organizacionais informais e gestão**: um estudo nas áreas de manutenção e operação da planta HYCO-8, Camaçari-BA. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2003.

SILVA, R. A. R.; ROCHA, V. M.; DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Formas de enfrentamento da Aids: opinião de mães de crianças soropositivas. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16, n.2, mar./abr. 2008.

- SILVA, A. L. C. N. da; WAIDMAN, M. A. P; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev. Bras. Enferm**, v. 62, n. 2, p. 213-220, mar./abr. 2009.
- SILVA, C. M.,; LOPES, F. M. do V. M.; VARGENS, O. M. da C.A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à aids. **Rev.gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 31, n.3, 2010.
- SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 381-388, 2008.
- SIMONI, J. M.; MARTONE, M. G.; KERWIN, J. F. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: implications for research. **Journal of Counseling Phisicology**, v. 49, p. 139-147, 2002.
- SUIT, D. A. V.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicol.USP.**, v.19, n. 3, p.317-340,set.,2008.
- SCOTT, J. **Social network analysis: a handbook**. 2 ed.London: Sage Publications; 2000.
- THOITS, P. A. Conceptual, methodological and theoretical problems in studyng social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 23, p. 145-159, 1982.
- THOITS, P. A. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior**, Extra Issue, p. 53-79, 1995.
- TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS, 2000.
- UCHINO (2004). **Social support and physical health**. New Have and London: Yale University Press.
- UNAIDS. **Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids**. Disponível em : <<http://www.onu-brasil.org.br/>>.Acesso em: 15.ago.2011.
- ULLA S.; REMOR E. A. **Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção?** **Psicol Reflex Crít.** v.15: p. 113-9,2002.
- VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola.1998.
- \_\_\_\_\_. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. **Revista APS**, v. 3, n. 5, p. 46-53,2000.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Refuerzo de la acción comunitária. In: BUSS, P. (org.). **Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de la salud Pública de América Latina y el Caribe**. Rio de Janeiro: ENSP, 1991.. p. 47-54.
- VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; SANTOS,E. K. A. Histórias de vida; mãe e filho soropositivo para o HIV. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p.33-40,2009.

WINEMILLER, D. R.; MITCHELL, M. E.; SUTLIFF, J. & CLINE; D. J. Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. **Journal of Clinical Psychology**, n. 49, 638-646, 1993.

WEAVER K. E, ANTONI M. H.; LECHNER, S. C; DURÁN, R. E. F.; PENEDO, F.; FERNANDEZ, M, I. et al. Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy. **AIDS Behav**, v. 8, p.175-83, 2004.

XAVIER, Iara de Moraes et al. Enfermagem e Aids: saber e paradigma. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. S, n.1, jan.1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 16.out.2009.

## **ANEXOS**



## ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS PORTADORAS DO VÍRUS HIV/Aids

Este formulário é sobre o apoio ou a ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em função de ser portador do vírus HIV e estar com AIDS e a sua satisfação em relação a cada um deles marcando com um X a resposta que considerar mais adequada. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração.

**1. Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?** (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação.)

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**1.1. Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**2. Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas na casa, dinheiro dado ou emprestado?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**3. Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?** ( Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa)

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**4. Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?** ( Exemplo: lembrar a hora de tomar um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta, ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**5. Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?**(financeira, alimentação e tratamento)

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre



**5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**6. Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**6.1. Quão satisfeito(a) você está em relação ao apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões de 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que têm dado este tipo de apoio a você:**

- esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a).
- pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- pessoa(s) da família que *não* mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- amigo(s).
- chefe ou colega(s) de trabalho.
- vizinho(s).
- profissionais de saúde.
- Outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

**7. Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**8. Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**9. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema da saúde (fazendo compreender o seu problema)?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**10. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**11. Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

**12. Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?**

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

**12.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio recebido?**

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)

Com base nos tipos de apoio mencionados acima ( questões de 6 a 12), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado este tipo de apoio a você:

- esposo(a), companheiro(a) namorado(a).
- pessoa(s) da família que mora(m)comigo.Quem? \_\_\_\_\_
- pessoa(s) da família que *não* mora(m) comigo.Quem? \_\_\_\_\_
- amigo(s).
- chefe ou colega(s) de trabalho.
- vizinho(s).
- profissionais de saúde.
- Outra pessoa.Quem? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do Estudo:** DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL ÀS PESSOAS COM AIDS

**Pesquisador(es) responsável (is) :** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura de Azevedo Guido, Md<sup>a</sup> Vânia Lúcia Durgante.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria- Departamento de Enfermagem- Pós - Graduação em Enfermagem.

**Telefone para contato: (55) 91458034 ou (55) 99721522**

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria – Unidade de Dispensação de Medicamentos em HIV/Aids (UDM)

PREZADO(A) SENHOR(A):

- Você está sendo convidado a responder às perguntas deste questionário/instrumento/entrevista de forma totalmente **voluntária**;
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário/instrumento/entrevista é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento;
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes, durante e após a sua participação;
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tinha direito.

**Objetivo do estudo:** Mensurar a percepção e a satisfação do suporte social recebido pelos pacientes com Aids em tratamento com antirretrovirais do *Serviço da Unidade de Dispensação de Medicamentos em HIV/Aids (UDM) do Hospital Universitário de Santa Maria*.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no preenchimento de um questionário sociodemográfico, que permitirá fazer uma caracterização pessoal. A seguir, preencherá um instrumento que vai avaliar em que situações você recebe ajuda e sua satisfação com esta ajuda recebida.

**Benefícios:** Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre esta temática.

**Riscos:** Os participantes desta pesquisa poderão expor-se a riscos mínimos como: cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário e relembrar algumas sensações diante do vivido com situações desgastantes.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

\_\_\_\_\_  
Nº de identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó  
Pesquisadora Responsável  
Telefone: (55) 99721522

**Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:**

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética.  
Cidade Universitária – Bairro Camobi CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS.  
Tel.: (55)3220-9362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br



## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

#### DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nº controle: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) F ( ) M

**Estado Civil:** ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a) ( ) com companheiro(a)  
( ) separado(a) ( ) outro

**Nº de filhos:** ( ) nenhum ( ) um ( ) dois ( ) três ou mais

**Escolaridade:** ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo  
( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo  
( ) Ensino Superior ( ) Pós Graduado

**Renda:** ( ) menos de um salário mínimo ( ) 1 salário mínimo  
( ) entre 1 salário mínimo e três salários ( ) mais de três salários

**Religião:** ( ) católico ( ) evangélico ( ) protestante ( ) espírita ( ) afro-brasileira  
( ) ateuista ( ) outros

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Cidade onde reside:** \_\_\_\_\_ **Reside com quem?** \_\_\_\_\_

**Situação Profissional:** ( ) trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas.  
( ) trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas.  
( ) trabalho por conta própria, regularmente.  
( ) trabalho por conta própria, às vezes.  
( ) estou desempregado (a)/ não estou trabalhando.  
( ) Nunca trabalhei.  
( ) estou aposentado (a).  
( ) tenho benefício continuado.  
( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

#### DADOS CLÍNICOS

Tempo de diagnóstico médico: \_\_\_\_\_ Tempo de tratamento com TARV: \_\_\_\_\_

Quantificação da Carga Viral: No início do Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Atual: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Quantificação  
do CD4: No início do Tratamento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Atual: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hospitalização: ( ) Sim /  
Quantas Vezes \_\_\_\_\_ ( ) Não

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título da Pesquisa:** “Disponibilidade e Satisfação com o Suporte Social às Pessoas com Aids”

**Pesquisadora Responsável:** Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó

Contato: (55) 99721522 ou 3220-8029 email: lourdesdenardin@gmail.com

**Instituição/Departamento:** UFSM, CCS, Departamento da Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Hospital Universitário de Santa Maria

**Local da Pesquisa:** Unidade de Dispensação de medicamentos- UDM/ HUSM.

Os pesquisadores do presente projeto comprometem-se com a preservação da privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados em um instrumento que é dividido em duas partes: um construído pelos pesquisadores e outro validado no Brasil para o fim a que se propõe o presente estudo. O local de coleta será no Serviço de Dispensação de Medicamentos em HIV/Aids, (UDM) no Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó, pelo prazo de cinco (5) anos, e serão mantidos no CCS, prédio 26, sala 1305A aproximadamente até julho de 2016. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../..... com o número do CAAE .....

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Maria de Lourdes Denadin Budó  
Pesquisadora Responsável

---

Vânia Lúcia Durgante  
Pesquisadora

**Para contato com o Comitê de Ética da UFSM:**

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar – Sala Comitê de Ética.  
Cidade Universitária – Bairro Camobi  
CEP: 97105-900 – Santa Maria – RS. Tel.: (55)3220-9362; e-mail:  
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br