MULHERES COM AIDS: DISPONIBILIDADE E SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL¹

Vânia Lúcia Durgante*
Maria de Lourdes Denardin Budó**
Laura de Azevedo Guido***

RESUMO

Objetivou-se mensurar a disponibilidade e satisfação do suporte social percebida e identificar as fontes de suporte das mulheres com aids em tratamento com antirretrovirais. Pesquisa quantitativa, descritiva, com amostra de 83 usuárias da Unidade Dispensadora de Medicamentos de um hospital público em Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Utilizou-se um Questionário sociodemográfico e de saúde e a Escala de avaliação do suporte social, no período de fevereiro a abril de 2011. Os resultados foram apresentados pelas medidas de tendência central e dispersão. O estudo revelou que o suporte social mais recebido foi o emocional e as mulheres estão nem satisfeitas, nem insatisfeitas com o suporte recebido. A principal fonte de suporte foi a dos familiares, especialmente, o companheiro. Destaca-se a importância deste estudo quando se reconhece as diferentes necessidades das mulheres com essa infecção e a importância do suporte social como mediador na manutenção de relacionamentos positivos e na promoção da saúde.

Palavras-chave: Apoio social. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Enfermagem. Mulheres.

INTRODUÇÃO

Na década de 70 as investigações sobre suporte social foram relevantes na literatura, especialmente ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Buscava-se compreender as vulnerabilidades das pessoas às doenças frente a instabilidade ou a inexistência do suporte social⁽¹⁾.

Compreende-se por suporte social a informação que leva o indivíduo a acreditar que é amado, cuidado, que as pessoas preocupam-se com ele e que sua rede social tem obrigações mútuas⁽¹⁻²⁾.

Essa temática tem despertado interesse na medida em que a disponibilidade e satisfação com o suporte social parecem proteger as pessoas com doenças crônicas⁽¹⁾. Em eventos estressantes o suporte social tem uma função mediadora para a manutenção da saúde e ampara os indivíduos diante da possibilidade de adoecer em determinadas situações da vida⁽³⁾.

Por essa razão, este construto tem sido

investigado nas pessoas com a aids por se tratar de uma doença estigmatizante do ponto de vista social e que causa debilidades fisiológicas devido à diminuição da imunidade.

Somados a estas questões, pessoas que vivem com aids, em especial as mulheres, têm se mostrado vulneráveis, destacando-se a dificuldade em negociar medidas de prevenção, como o uso de preservativos nas relações e a não revelação da sua condição sorológica para as pessoas mais próximas e significativas⁽⁴⁾. Em muitos momentos, explicitam situações de discriminação e preconceito vivenciadas em decorrência da soropositividade, em parte por desconhecimento e falta de informações das pessoas sobre a doença, ou ainda, por estarem associadas a grupos de risco, e a comportamentos transgressores⁽⁴⁾.

Diante do diagnóstico, as mulheres experimentam sentimentos de insegurança e incerteza, principalmente as que se achavam protegidas ou invulneráveis por possuírem uma relação estável e monogâmica⁽⁵⁾.

Além disto, ao considerar o perfil dos casos notificados de aids na região sul⁽⁶⁾, destacam-se

¹Trabalho extraído de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

*Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestre em Enfermagem. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: vaniadurgante@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Associada Aposentada do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: lguido344@gmail.com

algumas situações que indicam maior vulnerabilidade das mulheres, como a baixa escolaridade, e o número crescente de infectadas pelo HIV em idade reprodutiva, situação que necessita ser enfrentada nos serviços de saúde, pois significa a possibilidade real de transmissão vertical (da mãe para a criança), no momento do parto e/ou na amamentação, além da possibilidade de transmissão da infecção a outras pessoas⁽⁷⁾.

A aids revela a importância de discutir e questionar temas relacionados à síndrome, como sexualidade, vulnerabilidade social, revelação do diagnóstico, iminência da morte, preconceito, desejo à maternidade, relações de gênero, entre outras⁽⁷⁾.

Assim, aliada à importância de revelar as implicações da infecção nas mulheres, acrescenta-se a relevância dos relacionamentos sociais positivos para o enfrentamento dos problemas advindos da doença, com possibilidades de aumentar a confiança pessoal dos envolvidos, tanto do ponto de vista social como físico e biológico^(1,3).

Dessa forma, o presente artigo parte de uma dissertação de mestrado⁽⁸⁾, e tem por objetivo identificar a dimensão do suporte social percebida, a satisfação deste suporte e as fontes de suporte social para as mulheres com aids em tratamento antirretroviral (TARV) em um hospital público no interior do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, exploratório descritivo e transversal, desenvolvido na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) em HIV/Aids, de um hospital público do interior do RS.

Participaram desta pesquisa 177 usuários, destes, 83 eram mulheres, entre 19 e 70 anos, residentes nas cidades da região centro-oeste do estado, em uso de TARV, sistematicamente cadastradas na UDM do referido hospital. Excluídas aquelas com limitação cognitiva que impediam a compreensão do estudo e familiares/amigos das usuárias que acessaram o serviço para buscar medicamentos.

Na coleta de dados, utilizou-se um Questionário para caracterização sócio demográfica e de saúde das usuárias e a Escala de Avaliação de Suporte Social para pessoas Vivendo com HIV/Aids. O primeiro instrumento foi elaborado para o estudo e continha questões para a caracterização social e médico-clínica das mulheres. O segundo foi construído por pesquisadores canadenses para mensurar o suporte social e a satisfação percebida pelas pessoas soropositivas para o HIV/Aids, traduzido e adaptado para o português por Seidl⁽¹⁾.

A dimensão instrumental do suporte social tem 12 itens (seis sobre disponibilidade e seis sobre satisfação) e aborda a percepção e a satisfação dos indivíduos quanto à disponibilidade de apoio para a resolução de questões práticas do dia a dia. A dimensão emocional, com 12 itens (seis sobre disponibilidade e seis sobre satisfação), avalia a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, autoestima, e apoio emocional em relação a sua condição de saúde e tratamento. As respostas foram apontadas em escala Likert de cinco pontos, quanto à frequência e satisfação com os suportes, sendo de (1) nunca a (5) sempre para a disponibilidade do suporte e, de (1) muito satisfeito a (5) muito insatisfeito para a satisfação com o suporte. Para a composição dos escores foi calculada a média dos valores atribuídos aos itens assinalados de cada fator (percepção e satisfação), de modo que variaram de um a cinco tanto para o suporte emocional quanto para o instrumental. Valores mais altos indicaram maior disponibilidade percebida e maior satisfação com o suporte social.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2011, nos horários de funcionamento do serviço, ou seja, dois dias da semana pela manhã (terça e quinta-feira) e à tarde (segunda a sexta-feira).

O convite para participar do estudo foi feito quando as usuárias se encontravam na UDM para retirada do medicamento. Os instrumentos foram preenchidos individualmente mediante aplicação assistida em sala próxima ao serviço e o tempo de preenchimento foi em média de sessenta minutos.

Para o cálculo amostral foi considerado o número de pessoas que atendiam aos critérios de

inclusão (700 pessoas) e o percentual de adesão ao tratamento (60%). Tendo-se uma população real de 420 sujeitos, a amostra do estudo foi composta por 177 usuários, selecionados por amostra simples aleatória dos quais 83 foram mulheres.

Foi considerado abandono do tratamento, ou não aderentes aquelas que não compareceram ao serviço por um período igual ou superior a 90 dias referente à última dispensação para retirada do medicamento, conforme recomendações do Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

Construiu-se um banco de dados em uma planilha eletrônica, com dupla digitação independente, no programa Excel e analisados estatisticamente com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Science*. A consistência interna da Escala foi avaliada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach. Para análise e apresentação dos resultados foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CEP-Reitoria/UFSM), sob o número do CAAE 0377.0.243.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 83 mulheres com aids, provenientes de Santa Maria (47,9%), casadas (28,4%) e separadas (24%), cuja idade variou entre 19 e 70 anos, com média de idade de 40 anos (DP=10,04).

Constatou-se que as características sociodemográficas das usuárias são semelhantes às encontradas em outras investigações⁽¹⁰⁻¹²⁾, assim como, estão em conformidade com os dados do boletim epidemiológico brasileiro⁽⁶⁾, que mostram estabilidade na razão entre os sexos desde 2006 (1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres), mantendo o perfil de feminização da epidemia.

Neste estudo, as mulheres estavam em idade economicamente produtivas, porém 32% enfrentavam dificuldades de inclusão no mercado de trabalho e 65% possuíam dois ou mais filhos, além da baixa escolaridade e renda, dados que se assemelham aos do Ministério da Saúde⁽⁶⁾.

Estavam ativas profissionalmente 20% destas mulheres, em empregos fixos (com direitos

trabalhistas) ou eventuais (trabalho por conta própria) e 19,2% estavam desempregadas, 12% nunca trabalharam e 10% estavam aposentadas.

A ocupação predominante foi de serviços domésticos (69%) referidos como doméstica, cozinheira, diarista, copeira e aquelas que cuidavam do lar.

Em relação à escolaridade, 48% tinham o ensino fundamental incompleto, seguido de 12% com ensino médio completo. Possuíam o ensino superior 4,8% das pesquisadas e nenhuma com pós-graduação. Quanto à renda, constatou-se que 64% ganhavam no máximo um salário mínimo (nacional) e 4,8% ganhavam entre um e três salários, que à época do estudo era de R\$ 545,00.

Percebe-se que desde o início da doença as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico estão fortemente associadas à vulnerabilidade, sobretudo para as mulheres, sejam pelas condições de pobreza, desvalorização no mercado de trabalho, quanto pelas questões de gênero, que as levam à submissão sexual e reprodutiva, além dos fatores biológicos que favorecem maior chance de infecção pelo HIV entre mulheres⁽¹¹⁻¹³⁾.

No que diz respeito à escolaridade das respondentes, os achados se comparam ao perfil brasileiro que evidencia entre os anos de 1980 e 2011 grande parte de mulheres com o ensino fundamental completo e a partir deste nível de escolaridade há predomínio dos homens. Ainda, os dados epidemiológicos⁽⁶⁾ evidenciam que as mulheres com Aids que possuem mais de 12 anos de escolaridade também estão em menor número quando comparadas aos homens. Em outros estudos^(5,11-12) também foi identificada a baixa escolaridade e renda das mulheres, o que segundo os autores, pode ser um fator de vulnerabilidade, pois influencia no nível de apreensão das informações e na habilidade cognitiva das mulheres para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento.

Nesse sentido, a escolaridade pode comprometer uma boa aderência ao tratamento, visto que as usuárias podem encontrar dificuldades em lembrar os nomes dos medicamentos, situação em geral contornada porque há familiaridade com a terapia conforme a característica dos comprimidos ou frascos, tais como o tamanho, cor ou número impresso⁽¹¹⁻¹²⁾.

Neste caso, ressalta-se a importância da atenção a ser exigida da equipe de saúde no que se refere à orientação cuidadosa aos usuários⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Assim como a baixa escolaridade, a renda familiar mínima pode dificultar o cotidiano terapêutico das usuárias com HIV/Aids, tendo em vista que a enfermidade lhes impõe novos hábitos como idas frequentes aos serviços de saúde, cujo deslocamento pode ser impedido pela falta de recursos financeiros^(5,11).

A sexualidade também é fator de ansiedade por parte das mulheres e está intimamente entrelaçada à doença, por ser a causa mais frequente de transmissão, além de emergir questões referentes ao casamento, à maternidade, à relação de gênero e outros aspectos de natureza feminina associados à prevenção da Aids^(5,13-14).

A maternidade é relatada como uma fonte de preocupação para as mulheres com Aids, tendo em vista o receio de transmitir o HIV para seus filhos, e tal fato, implica, muitas vezes, na decisão de não vivenciar a maternidade. Em outras ocasiões elas não estão preparadas para enfrentar as situações decorrentes da decisão de levar adiante uma gravidez, devido ao preconceito e à necessidade do silenciamento sorológico nos âmbitos do trabalho, familiar, social, e, por vezes, com o companheiro sexual⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Por outro lado, a ideia da maternidade como um atributo biológico, justifica muitas vezes a necessidade da vivência da maternidade, levando-as a acreditar que não estarão completas se não tiverem filhos^(5,11), razão pela qual pode-se justificar o predomínio de mulheres no presente estudo, com dois ou mais filhos (65%).

Em relação às características de saúde, verificou-se que o número de internações variou de uma a 20 vezes, com média de 2,41 vezes. O tempo de diagnóstico variou de um a 22 anos, e estão em TARV entre um e 20 anos.

O número de internações pode estar associado ao conhecimento tardio do diagnóstico já em fase avançada da doença, com o aparecimento dos sintomas característicos da síndrome como imunodeficiência e complicações clínicas graves. Para alguns autores^(5,13) algumas pessoas necessitam um tempo maior para assimilar o resultado positivo para o HIV/Aids e assumir uma postura mais ativa diante da infecção. Ao negar o resultado

deixam de buscar ajuda para sua saúde física e emocional e não revelam a sua condição às pessoas mais próximas.

Aponta-se para a necessidade de uma abordagem às mulheres com HIV/Aids que não se limite ao tratamento medicamentoso ou ao controle clínico e que permita o diálogo entre os atores, considerando a mulher como um ser que necessita de cuidados voltados não só a prevenção de complicações decorrentes do HIV, mas também a ajudá-la a ver a si mesma como mulher, filha, profissional, e em muitos casos mãe e esposa^(13,15).

Em relação à confiabilidade da Escala de Avaliação do Suporte Social o coeficiente Alfa de Cronbach de 0,93 atestou a adequada consistência interna da Escala para o estudo.

Quanto ao suporte social disponibilizado e percebido pelas mulheres, o emocional obteve médias ligeiramente superiores tanto na disponibilidade do suporte emocional ($\bar{x}=3,33$; DP=1,105), quanto na satisfação ($\bar{x}=3,39$; DP=1,074), quando comparado ao suporte instrumental em que a média de disponibilidade foi de 3,04 (DP=1,409) e 3,38 (DP=1,045) na satisfação deste suporte.

A percepção de receberem maior suporte emocional corrobora com estudos^(1,13) que afirmam que estes resultados se justificam devido às peculiaridades de viver com a doença e as repercussões negativas desta vivência nas relações sociais. O conhecimento da contaminação é devastador para a mulher, principalmente entre aquelas que acreditavam estar distante do risco de transmissão por manterem relacionamentos estáveis, com parceiros fixos e únicos^(4-5,13). A descoberta da doença causa um impacto na vida destas pessoas, o que pode ocasionar um estado prolongado de estresse, além do medo e angústia do que a infecção pode significar na sua vida. O apoio emocional recebido por pessoas próximas proporcionam subsídios para auxiliar nas dificuldades vivenciadas⁽¹³⁻¹⁴⁾ e se constituem importantes fatores de proteção àquelas que precisam enfrentar a doença e receber o diagnóstico. A sensação de que são cuidadas e estimadas, que os outros se interessam por elas e estão disponíveis em caso de necessidade origina satisfação pelas relações que possuem⁽¹⁶⁾.

No suporte emocional, a maior média de disponibilidade foi na valorização pessoal ($\bar{x}=3,70$; DP=1,237), assim como na satisfação ($\bar{x}=3,71$; DP=0,918), e a menor média de disponibilidade ($\bar{x}=2,96$; DP=1,374) e de satisfação ($\bar{x}=3,34$; DP=1,074) foi no apoio para sentir-se parte da família de alguém (vizinhos, colegas) o que significa que as mulheres “raramente” recebem suporte nesta situação, mas estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com este suporte. A busca pela valorização pessoal pressupõe a necessidade das pessoas se sentirem amadas e respeitadas, independentes do diagnóstico de uma doença que causa rejeição e discriminação na sociedade.

O estudo revelou que as mulheres estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com o apoio de pessoas da comunidade no sentido de não serem integradas em suas famílias ou de sentirem insegurança na revelação do diagnóstico nesses ambientes. De maneira semelhante, estudos^(4,13,15) realizados evidenciaram que o medo e o preconceito são fatores que impedem as mulheres de falar sobre assuntos referentes à enfermidade nos diferentes espaços sociais, o que pode afetar negativamente as relações sociais e afetivas.

A seguir apresenta-se na Tabela 1 os dados relativos a disponibilidade e satisfação do suporte emocional pelas mulheres.

Tabela 1 - Disponibilidade e satisfação do suporte social emocional das mulheres com aids, Santa Maria/RS, 2011.

SUPORTE SOCIAL EMOCIONAL	DISPONIBILIDADE/SATISFAÇÃO	
	Média (DP)	Média (DP)
Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado (a) como pessoa?	3,70 (1,237)	3,71 (0,918)
Você tem recebido apoio de alguém com que possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	3,20 (1,421)	3,39 (1,124)
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)	3,58 (1,049)
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir parte de sua família, da vizinhança, do trabalho?	2,96 (1,374)	3,34 (1,074)
Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, estado emocional?	3,45 (1,232)	3,61 (0,998)
Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,01 (1,401)	3,36 (1,215)

No suporte instrumental, as mulheres receberam apoio “às vezes” ($\bar{x}=3,48$; DP=1,408) e estavam “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” ($\bar{x}=3,61$; DP=1,057) em situações concretas que facilitariam a realização do tratamento de saúde. Mesmo assim, identificou-

se que esta situação é a que suscitou maior disponibilidade e satisfação instrumental percebida pelas usuárias.

Apresenta-se a seguir na Tabela 2 os dados relativos a disponibilidade e satisfação do suporte instrumental pelas mulheres.

Tabela 2- Disponibilidade e satisfação do suporte social instrumental das mulheres com aids, Santa Maria/RS, 2011.

SUPORTE SOCIAL INSTRUMENTAL	DISPONIBILIDADE/SATISFAÇÃO	
	Média (DP)	Média (DP)
Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	3,48 (1,409)	3,61 (1,057)
Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,71 (1,410)	3,22 (1,105)
Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia a dia?	2,96 (1,477)	3,47 (0,992)
Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	3,10 (1,470)	3,54 (0,954)
Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade?	3,12 (1,443)	3,36 (1,089)
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia a dia?	2,81 (1,329)	3,30 (1,045)

O suporte aparece em alguns estudos^(1,5,16) como fundamental nas relações estabelecidas pois pode evitar o isolamento e a solidão e facilitar o acompanhamento clínico da doença por parte das mulheres infectadas. Autores⁽⁴⁻⁵⁾ relatam em seus estudos que as mulheres mudam suas vidas a partir do diagnóstico, deixam de fazer o que antes era rotina, evitam as atividades sociais e o trabalho, além de sentirem-se abandonadas pelas pessoas de seu convívio.

Em contrapartida, as mulheres parecem adotar estratégias diversas de adaptação à doença e ao tratamento, como realizar os afazeres domésticos na véspera das consultas ou pedir dispensa do trabalho alegando outros motivos para ir ao hospital. A dupla jornada de trabalho, por vezes é entendida pelas pacientes como natural, já que segundo elas, cabe às mulheres assumirem mais encargos do que os homens^(5,10,13).

Nas situações de apoio financeiro “raramente” receberam suporte ($\bar{x}=2,71$; DP=1,410) e estão “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com este apoio ($\bar{x}=3,22$; DP=1,105). A percepção de apoio insuficiente nas situações financeiras foi identificada por autores^(5,17) que consideram existir problemas adicionais a partir do diagnóstico, que normalmente não se apresentam para as pessoas saudáveis. Dentre eles, cita-se a necessidade de alimentação saudável, deslocamentos frequentes aos serviços de saúde, controles clínicos e exames laboratoriais sistemáticos^(5,17).

A diferença entre as usuárias na adaptação à infecção pode estar relacionada ao suporte sociofamiliar de que dispõem. No grupo estudado as maiores fontes de apoio citadas que forneceram suporte instrumental foi o esposo/companheiro/namorado, citado por 50% das usuárias seguidos dos familiares que não moram junto às mulheres (35%) e amigos (32%). No suporte emocional houve predomínio do esposo/companheiro/namorado (51%), amigos (49,3%) e familiares que não residem com as pacientes (38,9%). Os profissionais de saúde foram mencionados por 37,3% das usuárias como fonte de suporte emocional, enquanto no instrumental os familiares que residem com a paciente tiveram um percentual

ligeiramente superior (28,7%) aos profissionais da saúde (26%).

De maneira semelhante estudos^(1,10,12) realizados com pessoas soropositivas para o HIV observaram maior aderência ao tratamento em indivíduos com uma rede social consistente, que os ajudavam na resolução de problemas, especialmente amigos da igreja e cônjuges.

Também a família pode se tornar uma importante aliada neste processo, ao proteger a pessoa no cotidiano, pois atua como agente de ajuda e de encaminhamento, interfere na autoestima e acelera os processos de cura e recuperação^(12,16) além de exercer papel fundamental no bem-estar de seus membros^(1,14).

Por outro lado, a família pode encontrar dificuldades para fornecer suporte em presença de uma doença inesperada e grave como a Aids^(5,15). O suporte pode ser incipiente ou até mesmo ambivalente, dependendo das condições clínicas em que o indivíduo se encontra e da dinâmica familiar, o que pode tornar a família uma fonte de apoio ou de estresse⁽¹⁶⁾. A existência de estigma em relação à pobreza e às mulheres, que muitas vezes estão associadas à negligência e à promiscuidade, pode levar à maior vulnerabilidade em relação à infecção pelo HIV^(10,13).

Para tanto, estudos ressaltam a necessidade de um conjunto de ações e cuidados simultâneos às mulheres soropositivas não limitadas à assistência terapêutica, mas que contemplem os diversos aspectos e a evolução dessa enfermidade, permitindo a valorização da vida e a qualidade do viver com Aids^(9,14).

CONCLUSÃO

O suporte emocional foi considerado pelo grupo estudado como o mais disponibilizado e o que suscitou maior satisfação. Em geral, as mulheres receberam apoio “às vezes”, especialmente em relação ao suporte instrumental e sentiram-se “nem satisfeitas, nem insatisfeitas” com o suporte social nas duas dimensões. Ações suportivas relacionadas às questões financeiras e sensação de serem acolhidas por amigos e familiares de pessoas conhecidas foram percebidas como raramente disponibilizadas.

O impacto na vida das mulheres em presença do diagnóstico, especialmente relacionadas à sexualidade, maternidade, gênero, e exclusão social conduzem a buscar pela valorização pessoal, pela estima e respeito, além da aproximação e do suporte de seus familiares, especialmente seus cônjuges.

Percebe-se a importância de explorar os efeitos da Aids na vida das mulheres nos diversos contextos de saúde, pois acredita-se que elas possuam necessidades distintas da população masculina, por apresentarem maiores desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção pelo HIV, além das necessidades subjetivas que ultrapassem as condições biológicas.

Cabe à equipe e em especial ao enfermeiro contribuir nas ações de educação em saúde e na elaboração de estratégias de adaptação a essa

condição de saúde. O estímulo ao diálogo coletivo ou individual, que levem em conta o nível cognitivo e de escolaridade das usuárias são fundamentais para assegurar o conhecimento necessário para que tenham maior controle sobre sua saúde.

Com o estudo foi possível confirmar a importância das relações de solidariedade e ajuda no cotidiano das mulheres com Aids, uma vez que a inclusão deste referencial ultrapassa a racionalidade biomédica e se aproxima do cuidado ampliado.

Assim, sugere-se que profissionais de saúde de diversas áreas de conhecimento possam atendê-las, em uma perspectiva integral, nas dimensões social, familiar, individual e programática e que contemplem em suas estratégias de atuação o estímulo ao fortalecimento de suas redes de suporte social.

WOMEN WITH AIDS: AVAILABILITY OF SATISFACTION OF THE SOCIAL SUPPORT

ABSTRACT

This study aimed to measure the availability and satisfaction of the social support perceived and to identify the support sources of women with Aids in antiretroviral therapy. It is quantitative and descriptive study, with sample of 83 users of the Medication Dispenser Unit in a public hospital in Santa Maria in Rio Grande do Sul. It was used a Sociodemographic and Health questionnaire and social support evaluate scale of February to April 2011. The results were presented for the measures of central tendency and dispersion. The study revealed that the more received social support was the emotional and the women are not satisfied or dissatisfied with the support received. The main support source was of the family members, specially, the husband. It was detached the importance of this study when it recognizes the different needs of women with this infection and the importance of social support as mediator in the maintaining of positive relationships and in the health promotion.

Keywords: Social support. Acquired immunodeficiency syndrome. Nursing. Women.

MUJERES CON SIDA: DISPONIBILIDAD Y SATISFACCIÓN DEL APOYO SOCIAL

RESUMEN

Se objetivó medir la disponibilidad y satisfacción del apoyo social percibido e identificar fuentes de apoyo de las mujeres con la Sida en tratamiento antirretroviral. Es un estudio cuantitativo y descriptivo, con muestra de 83 usuarios de la Unidad Dispensadora de Medicamentos de un hospital público en Santa Maria de Rio Grande do Sul. Se utilizó un Cuestionario sociodemográfico y de salud y la Escala de evaluación del apoyo social de Febrero a Abril 2011. Los resultados fueron presentados por las medidas de tendencia central y de dispersión. El estudio reveló que el apoyo social más recibido fue el emocional y las mujeres no están satisfechas o insatisfechas con el apoyo recibido. La principal fuente de apoyo fue de los miembros de la familia, el compañero. Se destaca la importancia de este estudio cuando reconoce las diferentes necesidades de las mujeres con esta infección y la importancia del apoyo social como mediador en el mantenimiento de relaciones positivas y promoción de la salud.

Palabras clave: Apoyo social. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermería. Mujeres.

REFERÊNCIAS

1. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicol. Teor e Pesqui.* 2006; 10(3):317-26.
2. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976; 38: 300-14.
3. Valla VV. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: Costa MV. *Educação popular hoje.* São Paulo: Loyola; 1998. p. 151-9.
4. Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à aids. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(3):450-7.
5. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Alterações na vida de mulheres com síndrome de imunodeficiência

- adquirida em face da doença. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1): 94-100.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Pereira BS, Silva JK, Marques MS, Soares HC. Enfrentamento da feminização da epidemia da aids. *Rev FG Ciênc.* 2011; 1(1):1-18.
8. Durgante VL. Disponibilidade e Satisfação com o Suporte Social às pessoas com AIDS. [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
9. Ministério da Saúde (BR). 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, DF: Ministério da Saúde; 2010.
10. Vieira M, Padilha MI, Santos EKA. Histórias de vida - mãe e filho soropositivo para o HIV. *Texto & contexto enferm.* 2009; 18(1):33-40.
11. Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Landerdhal MC, Hoffmann IC. Rede de apoio de mulheres que tem HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical. *DST: J Bras Doenças Sex Transm.* 2011; 23(1):16-22.
12. Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62 (2):213-20.
13. Neves RLRM, Morais LT, Mendes PMS, Sousa MCP, Espírito Santo, ACG. Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HIV por meio do parceiro fixo. *Rev Interdisc NOVAFAP.* 2010; 3(3):26-32.
14. Vargens OMC, Santos SD, Rangel TSA. Atenção a mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(1):137-43.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
16. Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(5):1103-14.
17. Costa-Couto MHA. A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS. *Est Saúde Coletiva.* 2008; 224:89-91.

Endereço para correspondência: Vânia Lúcia Durgante. Universidade Federal de Santa Maria, Av. Roraima, 1000, prédio 22- Camobi. CEP: 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: vaniadurgante@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 27/02/13

Data de aprovação: 14/07/14