
ARTIGO DE PESQUISA

FAMÍLIAS EM RISCO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO E O APOIO SOCIAL

Families in socioeconomic and clinical risk and social support

Familias en riesgos socioeconómicos y clínicos y apoyo social

Marilene Nunes Rivany¹, Milce Burgos Ferreira², Geraldo Cássio dos Reis³, Semiramis Melani de Melo Rocha⁴

Resumo

Objetivo: Caracterizar os tipos de apoio social relatados por familiares e relacionar o tipo de apoio referido com o grau de risco socioeconômico e clínico das famílias atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo de campo, com abordagem quantitativa, realizada por meio de um questionário para levantamento de dados. **Resultados:** Um total de 59 famílias participou do estudo. Os membros de famílias de alto risco demonstraram perceber que recebem mais apoio instrumental. Não houve evidência de que os apoios religiosos, emocionais e familiares estivessem relacionados aos riscos socioeconômicos e clínicos. Isto sugere que as diferenças socioeconômicas e o risco clínico não interferem no valor atribuído a esses tipos de apoio. Famílias de alto risco apresentaram maior percepção em relação ao apoio recebido de amigos e vizinhos. **Relevância Clínica:** As características do apoio social devem ser consideradas por aqueles que organizam e oferecem assistência às famílias.

Descritores: Apoio Social; Promoção da Saúde; Enfermagem Familiar

Abstract

Purpose: Identify the relation between the socioeconomic and clinical risk conditions of families and the social support acknowledged by families. **Method:** This was a pilot study based on a random sample survey. **Results:** A total of 59 families participated in the study: eight at low risk, 28 at medium risk and 23 at high risk. The members from families at high risk were shown to perceive receiving more instrumental support, but there is no evidence that religious, emotional and family support were related to socioeconomic and clinical risks. This suggests that socioeconomic differences and clinical risk do not influence the scores attributed to those types of support. However, there is evidence that the perception of families at higher risk levels was higher in relation to support received from friends and neighbors. **Clinical Relevance:** The characteristics of social support should be considered by those who organize and deliver care to families. **Key words:** Social Support; Health Promotion; Family Nursing

Resumen

Objetivo: Caracterizar los tipos de apoyo social relatados por familiares y relacionar el tipo de apoyo referido con el grado de riesgos socioeconómicos y clínicos de las familias atendidas por la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** Un estudio de campo con aproximación cuantitativa fue efectuado mediante un cuestionario para levantamiento de datos. **Resultados:** Al total, 59 familias participaron. Los miembros de familias de alto riesgo demostraron percibir que reciben mayor apoyo instrumental. No se encontró evidencia de una relación entre apoyo religioso, emocional y familiar con los riesgos socioeconómicos y clínicos. Eso sugiere que las diferencias socioeconómicas y el riesgo clínico no interfieren en el valor atribuido a esos tipos de apoyo. Familias de alto riesgo mostraron mayor percepción respecto al apoyo recibido de amigos y vecinos. **Relevancia Clínica:** Las características del apoyo social deben ser consideradas por aquellos que organizan y ofrecen atención a las familias.

Descriptores: Apoyo Social; Promoción de la Salud; Enfermería Familiar

¹ Mestre em Promoção da Saúde, Docente na Faculdade de Patos de Minas, (MG), Brasil.

² Mestre em Promoção da Saúde, Docente na Faculdade de Patos de Minas, (MG), Brasil.

³ Estatístico, HC Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem, Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: smmrocha@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Uma proposta de promoção de saúde dirigida a uma determinada comunidade deve, necessariamente, considerar os determinantes ambientais, sociais e econômicos que se relacionam com a organização da família. Esta tem sido identificada como uma unidade na qual os comportamentos, valores e a percepção de risco à saúde são desenvolvidos, organizados e executados⁽¹⁾. Reconhecer a influência do apoio social sobre o estado de saúde dos indivíduos e famílias permite às enfermeiras desenvolver estratégias para fortalecer os recursos de apoio à disposição de seus membros⁽²⁻³⁾.

Estudos empíricos realizados na Suécia⁽⁴⁾, EUA⁽⁵⁻⁶⁾, Israel⁽⁷⁾, Grã-Bretanha⁽⁸⁾, Canadá⁽⁹⁾ e Itália⁽¹⁰⁾ têm mostrado a relação entre o apoio social, condições socioeconômicas e promoção da saúde, com diferentes amostragem, tais como: crianças, adolescentes grávidas, homens, idosos e portadores de doenças crônicas. O estudo da relação entre condições socioeconômicas, riscos clínicos e apoio social pode favorecer o desenvolvimento de instrumentos para as intervenções de promoção da saúde.

O conceito de apoio social faz parte de vários referenciais teóricos e modelos de prática. vários autores consideram o apoio social um termo temporal, ou seja, seu significado pode variar com o curso de vida⁽¹¹⁾.

Apoio social pode ser definido como qualquer informação ou auxílio oferecido por grupos ou pessoas que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe e para quem oferece o apoio⁽¹²⁾. Geralmente as redes sociais são entendidas em termos estruturais, focalizadas em fundamentos do apoio estrutural e descritas como ligações envolvendo instituições sociais como família, bairro e outras organizações^(1,13). Por outro lado, o apoio social centra-se nas relações interpessoais entre os membros das redes.

Para fins da pesquisa, deve-se selecionar um conceito que incluía os aspectos relevantes, coerentes com o objetivo a ser alcançado. Uma maneira de abordar o apoio social é dividi-lo em seus componentes e avaliar as diferentes dimensões de sua contribuição para a saúde. O apoio social, definido como o nível de envolvimento nas relações interpessoais pode ser desmembrado em quatro classes:

reforço, apoio emocional, informativo e instrumental. Apoio de reforço refere-se às expressões e sentimentos de reconhecimento; apoio emocional ao amor, afeição, empatia, respeito; apoio informativo está relacionado a sugestões, informações, conselhos e opiniões; apoio instrumental refere-se à ajuda financeira, a tempo dedicado a ajudar e disponibilidade de recursos, bens e serviços⁽¹⁾. Além de familiares, amigos e vizinhos, o apoio social também pode assumir a forma de envolvimento da comunidade organizada. Considera-se a fé, a religião e a espiritualidade importantes recursos para fortalecimento da família para auxiliar no enfrentamento de crises. Os termos “fé”, “religião” e a “espiritualidade” são utilizados frequentemente, como sinônimos, mas seus significados não são os mesmos. Religião é a crença em uma força divina ou sobrenatural que tem poder acima de tudo, e está ligada a uma doutrina específica. Espiritualidade é uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado à vida⁽¹⁵⁾. Atualmente existem muitos instrumentos destinados a avaliar o apoio social, no entanto, um instrumento que pudesse identificar especificamente os amigos, vizinhos e familiares, como fontes de apoio não foi encontrado na literatura. Este estudo procura relacionar as condições de riscos socioeconômicos e clínicos ao apoio social. Desta forma, foi construído o objeto de estudo deste projeto com a intenção de identificar a relação entre as condições de riscos socioeconômicos e clínicos das famílias e a percepção de seus membros em relação ao apoio. Os objetivos gerais de uma investigação devem indicar qual o conhecimento novo que se pretende para uma determinada área de conhecimento ou prática profissional. Neste caso, pretende-se conhecer possíveis estratégias de intervenção, fundamentadas em apoio social, para a promoção de saúde de famílias vulneráveis pelas suas condições de existência. Os objetivos específicos foram: caracterizar os tipos de apoio social referidos por familiares e relacionar o apoio referido a graus de riscos socioeconômicos e clínicos aos quais as famílias estavam expostas.

Contexto operacional da pesquisa

As investigações empíricas que abordam a interseção entre várias áreas de conhecimento, como saúde, ciências sociais e políticas, devem explicitar o contexto do levantamento de dados. O projeto poderá ser reproduzido

e os resultados poderão ser interpretados e, eventualmente, generalizados.

O Brasil apresenta graves desigualdades na distribuição da riqueza e há grandes setores da população vivendo em condições de pobreza, sem acesso às mínimas condições e bens essenciais à saúde. Os principais determinantes dessas desigualdades estão relacionados com formas de vida, fatores globais de natureza social, econômica e política que incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas⁽¹⁶⁾.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolvida pelo governo brasileiro, tem como objetivo principal a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade com foco na promoção da saúde. O programa governamental Saúde em Casa, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde e da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, implantou o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde como uma forma de reorganizar a rede de serviço público. Este programa caracteriza-se por ações de planejamento, organização, operacionalização e monitoramento das ações destinadas a obter resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolutividade da assistência à saúde. As pessoas da comunidade são cadastradas, registradas e classificadas de acordo com os indicadores de riscos socioeconômicos e clínicos. O método propicia o conhecimento dos fatores de risco e estratificação por risco socioeconômico e clínico para levantar as reais necessidades das famílias⁽¹⁷⁾.

MÉTODO

Delineamento, amostragem e local do estudo

Trata-se de um estudo piloto com base em levantamento por amostragem aleatória realizada em um bairro no interior de Minas Gerais, Brasil, onde estão cadastradas 162 famílias residentes, totalizando 622 indivíduos. Para a seleção da amostra optou-se por um delineamento de amostragem aleatória simples sem reposição, com estratificação para a variável riscos socioeconômicos e clínicos, considerando um nível de confiança de 95% e erro amostral de 10% (Tabela 1). A amostra totalizou 164 indivíduos, membros de 59 famílias classificadas de acordo com os riscos socioeconômicos e clínicos. Uma família considerada de médio risco não respondeu ao questionário por ter se

mudado e não foi substituída.

Tabela 1 - Número de famílias segundo o grau de risco socioeconômico e clínico e cálculo de amostragem. 2009

Risco	Número de famílias	Universo amostral	Número famílias sorteadas
Baixo	20	12,3%	8
Médio	80	49,9%	29
Alto	62	38,3%	23
Total	162	100%	60

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca sob No. 0161.0.396.000-08.

Instrumentos e Procedimentos de Coleta de Dados Indicadores de Risco

Um instrumento proposto pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais⁽¹⁸⁾ foi usado para classificar os riscos socioeconômicos e clínicos. Os indicadores socioeconômicos do risco familiar foram: famílias cujo chefe é analfabeto; famílias em extrema pobreza, com renda mensal per capita inferior a R\$ 60,00 e ausência de abastecimento de água adequado. A identificação dos riscos socioeconômicos foi pontuada da seguinte forma: nenhum dos fatores de risco = 0, presença de um dos fatores de risco = 1, dois fatores de risco = 2; três ou mais fatores de risco = 3 (Quadro 1).

Os fatores de risco clínico são identificados nas famílias em que um ou mais membros apresente uma das seguintes condições: crianças em risco (baixo peso, prematuro, desnutrição grave, triagem neonatal positiva para o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia, fibrose cística, doenças de transmissão vertical tais como toxoplasmose, sífilis, AIDS; intercorrências importantes durante o período neonatal, crescimento inadequado, desenvolvimento e evolução desfavorável de qualquer doença); adolescentes em situação de alto risco (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, distúrbios alimentares, uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, vítima de exploração sexual, depressão, transtornos mentais, adolescentes que fogem de casa ou moram nas ruas); adultos em situação de risco alto (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, doença mental grave); gestantes que usam drogas lícitas e ilícitas, morte perinatal anterior, aborto habitual, infertilidade, pré-eclâmpsia, eclâmpsia,

Quadro 1 - Critérios para classificação das famílias segundo grau de risco socioeconômico e clínico.

Critérios Clínicos	Pontuação final para classificação de risco	Critérios socioeconômicos				
			Nenhum fator de risco	Presença um ou dois fatores de risco	Presença dois ou mais fatores de risco	Presença três ou mais fatores de risco
		P	0	1	2	3
	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 condição ou patologia	1	1	2	3	4
	2 ou mais dos componentes tem 1 condição ou patologia	2	2	3	4	5
	1 ou mais dos componentes tem concomitantemente 2 ou mais condições ou patologia	3	3	4	5	6

Fonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, MG- ESPMG, 2008.

diabetes gestacional, parto com morte fetal, cardiopatia, nefropatia, hemopatias, hipertensão arterial, hemorragias da gestação; idosos com mais de 80 anos; maiores de 60 anos portadores de polipatologias, polifármacos, imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva; idosos com internações frequentes, dependentes nas atividades diárias básicas, morando sós ou em instituições. A identificação de fatores de risco clínico foi pontuada da seguinte forma: nenhum dos membros da família apresenta uma condição de risco clínico = 0; apenas um dos membros tem uma condição de risco clínico = 1; dois ou mais membros têm uma condição clínica de risco = 2; um ou mais membros tem concomitantemente duas ou mais condições clínicas de risco = 3 (Quadro 1).

O grau de risco familiar foi obtido pela soma das duas pontuações, fatores socioeconômicos e condição clínica, que definem a pontuação final. Posteriormente, as pontuações foram interpretadas e as famílias foram classificadas como: sem risco, baixo risco, médio risco e alto risco (Quadro 2).

Quadro 2 - Interpretação das pontuações para classificação das famílias segundo grau de risco socioeconômico e clínico.

Pontuação total	Grau de risco
0	Sem risco
1	Risco baixo
2 – 3	Risco médio
> 4	Risco alto

Fonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, MG- ESPMG, 2008.

Apoio Social

O desenvolvimento de diferentes questionários

capazes de avaliar o apoio social tem sido um dos objetivos de investigações nas áreas psicossocial e da saúde. Um dos questionários mais utilizados e que oferece a melhor confiabilidade e reprodutibilidade é o Medical Outcomes Study - Apoio Social Survey (MOS-SSS), desenvolvido por Sherbourne e Stewart⁽¹⁸⁾. Criaram um instrumento relativamente pequeno com 19 itens para medirem o apoio social funcional em suas dimensões: emocional, de informação, material, afetiva e interação social positiva. A adaptação e validação do instrumento para Português do Brasil foi realizada por Griep et al.⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Um instrumento cujas perguntas foram baseadas em trabalhos de Griep et al.⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e estudos qualitativos anteriores^(2,21-22) foi desenvolvido para este estudo com a finalidade de identificar as fontes de apoio social percebida por membros de famílias assistidas pela estratégia Saúde da Família. Ciente dos benefícios que as famílias recebem do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (órgão do Ministério da Previdência Social no Brasil) optou-se por captar os benefícios identificados pelos familiares como apoio instrumental. Os benefícios são: aposentadoria por idade, invalidez, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial, auxílio doença, auxílio acidente, auxílio reclusão; pensão por morte, salário maternidade, salário família, benefício assistencial ao idoso e deficiente e reabilitação profissional. A Previdência Social brasileira é um seguro público que tem como função garantir que as fontes de renda do trabalhador e de sua família sejam mantidas quando ele perde a capacidade de trabalhar por algum tempo (doença, acidente, maternidade) ou permanentemente (morte, invalidez e velhice). O questionário referente ao apoio instrumental continha 13

itens relacionados aos benefícios de pensão do INSS, para os quais os entrevistados podiam responder Sim (1 ponto) ou não (Zero pontos).

A dimensão de apoio emocional continha oito itens que media a expressão de afeto, compreensão, empatia. Continha questões relativas à frequência com que os entrevistados identificaram alguém que os ajudasse quando estavam acamados, em quem confiar ou falar sobre si mesmos, que entendesse seus problemas, que pudesse ouvi-los quando precisavam conversar, desse informação para ajudá-los a compreender uma situação, ou alguém para preparar as refeições e ajudá-los nas tarefas da casa. Apoio informativo foi incluído no apoio emocional. Quatro questões relacionadas a apoio de amigos e vizinhos foram elaboradas.

A dimensão do apoio familiar continha seis itens projetados para medir se os membros da família confiavam uns nos outros; se a privacidade era respeitada entre eles; se se reuniam para comemorar datas ou se divertir, se acreditavam que a família seria capaz de dar apoio em situações difíceis. Em termos de apoio espiritual e religioso, as questões foram relativas à identificação com algum grupo religioso, fé ou devoção.

Para simplificar e tornar mais objetivo o questionário, as respostas foram limitadas a uma escolha de três alternativas para cada questão: sim (pontuação = 2), às vezes presente (pontuação = 1) e não (pontuação = 0).

Mantendo a perspectiva da abordagem de enfermagem de família, o questionário foi aplicado a todos os membros da família aleatoriamente retirada da amostra, excluindo menores de 12 anos de idade.

Durante a primeira fase da coleta de dados, as famílias foram visitadas por um dos pesquisadores que explicou a todos os membros de cada família os objetivos do estudo e sua importância. Os dias e horários mais convenientes para aplicação do questionário foram programados nessa primeira etapa.

Os objetivos do estudo e os procedimentos foram apresentados aos responsáveis pelo serviço de saúde e a toda a equipe. O consentimento esclarecido foi obtido de todos os participantes adultos e crianças com mais de 12 anos de idade, que responderam ao questionário. Aos participantes foi garantido o sigilo e o direito a recusar a responder a qualquer pergunta ou se retirar do estudo a

qualquer momento. O questionário foi aplicado por meio de entrevistas realizadas entre dezembro de 2008 e janeiro de 2009 nos domicílios dos participantes, uma vez que suas casas eram consideradas um ambiente favorável para a entrevista. Todas as pessoas que viviam na mesma casa, cadastradas na Unidade de Saúde da Família foram consideradas membros da família. O pesquisador registrou todas as respostas.

RESULTADOS

Os dados foram transpostos dos formulários para duas planilhas Microsoft Office Excel 2007. Na primeira planilha, foram registrados os dados das respostas individuais de cada membro das famílias. Este arquivo totalizou o registro de 164 respostas, correspondentes aos indivíduos membros das famílias. Na segunda planilha, foi registrada a média aritmética dos resultados obtidos em cada família, para cada variável pesquisada. Este arquivo totalizou o registro de 60 respostas correspondentes ao número total de famílias incluídas na amostra. Apenas uma família sorteada não respondeu ao questionário.

Os dados da tabela 2 descrevem o número e a média de pessoas por família, sendo $M = 3,25 \pm 1,31$ desvio padrão (DP) e mediana, (Md) = 3,00 tendo resultado Mínimo = 1,00 membro por família e o Máximo = 7,00 membros por famílias. Os dados da tabela 3 demonstram a relação de benefícios do INSS recebidos por membro das famílias. Nos dados da tabela 4 foi descrita a relação de famílias que recebem ou não apoio instrumental constatando que 62,7 % não referiram o recebimento desse benefício. Os dados da tabela 5 apresentam os valores atribuídos a apoios referidos pelas famílias, e os valores máximos esperados para apoio religioso seriam 10, para apoio emocional 16, apoio de amigos e vizinhos, 8 e apoio familiar, 12.

Tabela 2 - Número de pessoas por família. 2009

Nº de pessoas por família	Nº de Famílias	%
1,00	7	11,7
2,00	9	15,0
3,00	17	28,3
4,00	19	31,7
5,00	6	10,0
6,00	1	1,7
7,00	1	1,7
Total	60	100,0

Tabela 3 – Relação benefício do INSS recebido por família. 2009

Relação benefício por membro família	Nº de família	% de família	% válido
0,00	37	61,7	62,7
0,20	1	1,7	1,7
0,25	3	5,0	5,1
0,33	7	11,7	11,9
0,33	1	1,7	1,7
0,50	4	6,7	6,8
0,75	2	3,3	3,4
0,80	1	1,7	1,7
1,00	2	3,3	3,4
Total	59	98,3	100
Sem resposta	1	1,7	-
Total	60	100	100

Tabela 4 - Relação de famílias que recebem ou não benefício do INSS. 2009

Recebem ou não benefício do INSS	Nº de família	% de família	% válido
Não	37	61,7	62,7
Sim	22	36,7	37,3
Total	59	98,3	100,0
Sem resposta	1	1,7	
Total	60	100,0	

Tabela 5 – Apoios referidos pelas famílias. 2009

Tipos de apoio	M	MD	DP	MIN	MAX
Apoio religioso	7,86	8,00	1,59	2,00	10,00
Apoio emocional	14,04	15,33	2,98	1,00	16,00
Apoio de amigos e vizinhos	3,87	2,30	2,30	0,00	8,00
Apoio de familiar	10,20	11,00	2,39	0,00	12,00

Nota: M=média; MD= mediana; DP=desvio padrão; MIN=mínimo; MAX=máximo

Para a comparação entre as variáveis: número de pessoas por famílias, benefício do INSS, tipo de apoio (religioso, emocional, amigos e familiar) e os grupos de risco das famílias foi feito o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (ANOVA não-paramétrica), adotando como nível de significância $p \leq 0,05$.

Não houve diferença significativa entre os diferentes grupos de risco e o número de pessoas por família ($X^2=1,49$ e $p=0,47$). Na relação entre tipo de risco das famílias e benefícios recebido do INSS, o teste *post hoc* de Dunn indicou diferença significativa ($X^2=6,91$ e $p=0,03$), pois, o grupo de alto risco apresentou valores significativamente superiores aos do grupo de médio risco. O grupo de baixo risco não apresentou diferenças significativas com nenhum grupo. Ao compararmos apoio religioso ($X^2=2,68$

e $p=0,26$), apoio emocional ($X^2=2,58$ e $p=0,28$) e apoio familiar ($X^2=2,19$ e $p=0,33$) com o grupo de risco, não encontramos diferença significativa entre a percepção dos apoios referidos pelos familiares e o grupo de risco ao qual as famílias pertenciam. Houve diferença significativa, pelo teste *post hoc* de Dunn, na relação entre os tipos de risco das famílias e a percepção do apoio de amigos. O grupo de médio risco apresentou valores significativamente superiores aos dos grupos de alto e baixo risco ($X^2=7,19$ e $p=0,03$).

DISCUSSÃO

Conforme consta neste projeto, este estudo propôs-se a investigar apoio social em uma linha de assistência de promoção de saúde da família. Ressalta-se que os questionários foram respondidos por todos os membros das famílias revelando a percepção de seus membros sobre os apoios recebidos. Portanto, o questionário não revela se as famílias recebem mesmo o apoio, mas como elas percebem se recebem ou não os diferentes tipos de apoio. Neste sentido, o estudo é inédito por que procura a representação por meio do depoimento do maior número possível de membros da família, excluindo apenas crianças menores de 12 anos, o que o diferencia das pesquisas encontradas na literatura cujos depoimentos são de um único membro da família.

Por meio dos resultados obtidos neste estudo, foi possível observar que as famílias do bairro estudado têm em média 3,25 membros por família. Não houve diferença significativa no número de membros por famílias, com relação aos diferentes grupos de risco. A média de membros da família entre os diferentes grupos de risco variou de três (famílias de baixo risco) e 3,25 (famílias de alto risco). Como a classificação por risco incluiu a situação socioeconômica da família, esperavam-se diferenças significativas. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade geram uma estratificação econômica e social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, que por sua vez, provocam diferenças na saúde⁽²³⁾.

O processo investigatório permitiu-nos identificar o reconhecimento dos membros das famílias sobre o apoio social nas dimensões apoio instrumental, apoio religioso, apoio emocional, apoio familiar e apoio de amigos e

vizinhos, indicando que estes apoios são percebidos igualmente por todos os grupos classificados, segundo o critério de risco socioeconômico e clínico.

Procurou-se dimensionar se as famílias recebem apoio instrumental, verificando se recebem benefícios da Previdência Social. O seguro público tem maior repercussão nas condições de saúde da população, porque cobre sobretudo as famílias com condições existenciais mais precárias e possibilita o reforço em seu orçamento, sendo importante para seu acesso as condições que propiciam saúde. Esta ênfase está em concordância com as recomendações do Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde⁽²³⁾ que reconhece o desgaste do capital social como um importante mecanismo, pelo qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde.

No bairro em estudo, 88% das famílias foram classificadas em condições de médio e alto risco. Aplicando-se o teste *post hoc* Duncan verificou-se que o grupo de alto risco apresentou valores significativamente superiores ao grupo de médio risco, na questão referente a benefícios da previdência social, e o grupo de baixo risco não mostrou diferenças significativas com nenhum grupo. Desta forma, podemos sugerir que as condições socioeconômicas associadas às condições clínicas desfavoráveis têm relação com a presença de apoio instrumental. A literatura sugere que apoios instrumentais podem funcionar como tampões suprimindo necessidades de apoio em famílias com maior risco⁽⁵⁾.

Em um estudo sobre associação entre posição socioeconômica, apoio e redes de apoio, os autores concluíram que a falta de redes e de apoio social está associada com mais frequência a pessoas em desvantagem do ponto de vista social e econômico⁽²⁴⁾. O apoio e as redes de apoio social devem contribuir para o desenvolvimento de equidade em saúde, verificamos que as famílias percebem e relatam que os benefícios da previdência social constituem importante apoio.

Não houve diferenças significativas entre os diferentes grupos de risco familiar e a percepção de apoio religioso, o que sugere que diferenças socioeconômicas e riscos clínicos não interferem no valor atribuído ao apoio religioso. Todos os grupos apresentaram valores altos sobre percepção de apoio religioso, o que sugere que este é importante a todas

as famílias. A religião é um fator importante como recurso para a promoção de saúde da família⁽²⁵⁾. Consequentemente é interessante incluir no levantamento de dados a percepção do apoio religioso para diagnóstico de apoio às famílias e possíveis intervenções.

Não houve diferença significativa na percepção de apoio emocional entre os diferentes grupos de risco das famílias, o que significa que membros pertencentes a distintos grupos de risco consideram este apoio de igual importância. Os manifestos de comportamentos e atitudes positivas, envolvendo relações de compreensão, empatia e solidariedade são aspectos fundamentais do apoio emocional, confirmados na literatura⁽²⁶⁾.

Com relação ao apoio familiar, não houve evidências de que este apoio estivesse relacionado com o risco da família. Todos os grupos apresentaram resultados próximos ao valor máximo, o que sugere que este tipo de apoio é percebido em todas as famílias, independente de seu grau de risco. Conforme a literatura pesquisada, apoio familiar, relações sociais e vínculos são mecanismos que interferem positivamente na promoção de saúde^(6,27).

Há indícios de que o apoio de amigos e vizinhos está relacionado com o risco da família. O grupo de médio risco apresentou valores significativamente superiores aos do grupo de alto e baixo risco. Este dado sugere que em bairros onde as condições de risco familiar estão presentes, o apoio de amigos e vizinhos deve ser considerado na promoção de saúde da família. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) sobre a presença da coesão social com a vizinhança, apoio familiar, apoio de amigos e conflito cultural familiar mostrou-se positivamente associado à autoavaliação de saúde física e mental em uma amostra de latinos residentes nos EUA⁽⁶⁾. Outro estudo, realizado em duas comunidades canadenses, onde foi avaliada a associação entre o estado de saúde e a integração social em redes sociais de pessoas acima de 65 anos, também relacionou positivamente o apoio de amigos ao estado de saúde. A associação entre relações sociais e saúde variou nas duas comunidades. A referência sobre autoavaliação em saúde foi melhor para aqueles com alto nível de integração social e fortes redes de amigos, em ambos os locais. Os autores concluíram que redes sociais, apoios e integração demonstram associação positiva com saúde e a natureza desta associação pode variar entre

populações e culturas⁽⁹⁾. Estudo realizado com idosos e sua relação com amigos, companheiros e vizinhos demonstrou que as ligações sociais estão associadas positivamente com o estado de saúde. Estas ligações sociais percebidas podem ser relativamente importantes para o bem-estar e a saúde⁽²⁷⁾.

A literatura indica que existe uma forte relação entre promoção de saúde e importância de conhecer o apoio social, ressaltando a importância de estudos sobre apoios como um recurso fundamental à vida e à saúde, sendo relevante verificar o apoio social dentro das dimensões instrumental, religioso, familiar, emocional e amigos e vizinhos. Muitas características dos aspectos do apoio social interferem na vida e saúde das pessoas.

CONCLUSÕES

Dentre os objetivos positivos alcançados com este estudo, destaca-se a aplicação do questionário com perguntas de fácil compreensão, propiciando respostas objetivas, respondidas sem hesitação. O encontro do entrevistador com todos os membros das famílias gerou empatia entre ambos. Na tabulação dos dados, percebeu-se uma tendência a respostas semelhantes entre os membros de uma mesma família.

A mensuração do apoio informativo pode ser apontada como uma fragilidade deste estudo. As questões sobre conselhos, sugestões, informações foram apresentadas no mesmo bloco das questões referentes ao apoio emocional, familiar, de amigos e vizinhos, impossibilitando uma avaliação estatística do mesmo.

Sugere-se que em outro estudo seja aprofundado o estudo da dimensão apoio de informação. Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece é o acesso à informação. O acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade.

Sugere-se como alternativa para trabalhos próximos que seja adotada uma margem de erro menor que 10% para calcular a amostragem; aumentando a representatividade da amostra, propiciando resultado estatístico mais próximo da realidade da população.

Os resultados foram discutidos enfatizando diferenças e similaridades com a literatura, entretanto esta tarefa foi dificultada pela falta de investigações desse tipo e pela característica do apoio social, um constructo multifacetado, que contém diferentes dimensões, o que torna difícil a comparabilidade dos resultados. Apesar dos esforços realizados no Brasil, nos últimos anos, no sentido de incorporar aspectos sociais, econômicos e culturais aos estudos epidemiológicos e de determinantes sociais no processo saúde-doença, dimensões relacionadas ao apoio social permanecem largamente inexploradas.

Os resultados obtidos permitiram identificar entre as famílias classificadas por grau de risco socioeconômico e clínico em baixo, médio e alto risco, a percepção dos membros das famílias sobre apoio social nas dimensões instrumental, religiosa, emocional, amigos e vizinhos e familiar em seu dia a dia. As características do apoio social devem ser consideradas por aqueles que organizam e prestam assistência às famílias

A prática do cuidar de famílias continua permeada por incertezas e falta de instrumentos precisos para abordar a família, a própria definição de saúde da família ainda não é um consenso. Considera-se que o estudo de apoios sociais pode ser um instrumental teórico metodológico a ser desenvolvido para melhor compreensão da família e resultar em indicadores de intervenção para promoção da saúde. Tal conhecimento poderá capacitar o profissional de saúde, em especial, o enfermeiro, a assistir o indivíduo e também a família em direção à autorrealização, condição essencial para superação de dificuldades de uma população de risco socioeconômico e clínico.

Sugere-se investir em estudos de identificação da percepção de apoios sociais, como recurso essencial para o fornecimento de elementos que possibilitem elaborar um plano flexível e dinâmico de intervenções em famílias e auxiliar na definição de políticas públicas voltadas à promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bullock K. Family social support. In: Bomar PJ (Org.), *Promoting Health in Families: applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed). Philadelphia: Saunders; 2004.p.142-161.
2. Dias J, Nascimento LC, Mendes IJM, Rocha S MM. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto & Contexto Enfermagem*.2007; 16(4): 688-695.
3. Stewart M., Tilden VP. The contributions of nursing science to social support. *Int J Nurs Stud*.1995; 32(6): 535-544.
4. Bolin K, Lindgren B, Lindström M, Nystedt P. Investments in social capital: implications of social interactions for the production of health. *Soc Sci Méd*. 2003; 56: 2379-2390.
5. Gorman BK, Sivaganesan A. The role of social support and integration for understanding socioeconomic disparities in self-rated and hypertension. *Soc Sci Méd*.2007; 65: 958-975.
6. Mulvaney-Day NE, Alegira M, Sribney, W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Soc Sci Méd*. 2007; 64: 477-495.
7. Litwin H. Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Soc Sci Méd*.(1998; 46(4-5): 599-609.
8. Matthews S, Stephen S, Power C. Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class. *Soc Sci Méd*.1999; 49: 133-142.
9. Zunzunegui, MV, et al. Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Soc Sci Méd*.2004; 58: 2069-2081.
10. Magliano, L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M, National Mental Health Project Working. Social network in long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. *Soc Sci Méd*. 2006; 62(6): 1392-1402.
11. Pedro ICS, Rocha S M M, Nascimento L C. Social support and social network in family nursing: reviewing concepts. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(2): 324-327.
12. Sarason I, Levine H M, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1983; 44: 127-139.
13. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc Sci Méd*. 1996; 42(2): 173-183.
14. Williams P, Barclay L, Schmied V. Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qual Health Res*.2004; 14(7): 942-960.
15. Mcsherry W, Cash K., Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(8): 934-941.
16. Buss PM, Pellegrini-Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(9): 2005-2008.
17. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais [ESPMG]. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Saúde em Casa. Oficina 3 - Diálogo Local. Guia do Participante. 2008.Retrieved from Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

18. Sherbourne C, Stewart M J. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Méd* . 1991; 32: 705-714.
19. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 625-634.
20. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. *Rev de Saúde Pública*. 2003. 37(3): 379-385.
21. Rocha SMM, Nogueira ML, Cesario M. Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil. *Int J Older People Nurs*.2009; 4: 288-298.
22. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. The influence of social support on strengthening families of children with chronic renal failure. *Rev. Lat Am. Enfermagem*.2008; 16(4): 692-699.
23. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS]. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008. Retrieved from <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>
24. Weyers S, Dragano N, Möbus S, et al. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *Int J Equity Health*. 2008; 7: 7-13.
25. Tanyi RA. Spirituality and family nursing: spiritual assessment and interventions for families. *J Adv Nurs*.2006; 53: 287-294.
26. Figueiredo NMA, Tonini T. A família: saberes e reflexões práticas de cuidar. In: Figueiredo, N M A, Tonini, T. SUS e PSF para enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva.. São Caetano do Sul: Yendis; 2008.p. 127-128.
27. Ashida S, Heaney C A. Differential Associations of Social Support and Social Connectedness With Structural Features of Social Networks and the Health Status of Older Adults. *J Aging Health*.(2008; 20(7): 872-893.