

# CONDIÇÕES DE VIDA, REDES E APOIO SOCIAL NA PROCURA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

Living conditions, networks, and social support in finding health services

Tatiana Engel Gerhardt<sup>1</sup>, Daniel Labernarde dos Santos<sup>2</sup>

## RESUMO

O presente estudo parte de uma análise das condições de vida população em estudo e suas relações com o tipo de redes e de apoio social (pensados enquanto determinantes sociais) na procura por serviços de saúde de um município do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base populacional, com desenho seccional, que utilizou coleta e análise quantitativa dos dados. Observaram-se diferenças na procura por serviços de saúde segundo os níveis de vida e as características das redes sociais; para as dimensões do apoio social não houve associação entre os níveis de vida e a procura de serviços, como reflexo das diferenças no comportamento dos sujeitos frente às doenças, indo além da organização da oferta ou disponibilidade de serviços, onde o ato de procurar atendimento passa pelas escolhas individuais. O estudo das redes de apoio e do apoio social aparece como instrumento capaz de dar voz à complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, sugerindo a importância desses como determinantes sociais na procura por serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desigualdades em saúde. Assistência à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Saúde da população urbana. Apoio social.

## INTRODUÇÃO

O tema das desigualdades sociais e suas relações com os determinantes da saúde constitui um dos temas mais antigos no campo da saúde e possui um número importante de estudos nacionais e internacionais. A exploração do referencial

## ABSTRACT

This study starts with an analysis of living conditions of the study population and their relationship with the type of networks and social support (thought of as social determinants) in the demand for health services in a municipality in southern Brazil. This is a descriptive population-based epidemiological study, with a cross-sectional design, using quantitative data collection and analysis. Differences were observed in the demand for health services according to living standards and the characteristics of the social networks; for the dimensions of social support, there was no association between living standards and the demand for services, reflecting the differences in subjects' behavior regarding diseases, going beyond the organization of the supply or availability of services, where the act of searching for assistance takes place through individual choices. In this context, the study of support networks and of social support appears as an instrument capable of giving voice to the complexity of factors that interfere in the way of life and health of the individuals, suggesting their importance as social determinants in accessing and utilizing healthcare services.

**KEYWORDS:** Health Inequalities. Delivery of Health Care. Health Services Accessibility. Urban Health. Social Support.

sobre as relações entre desigualdades sociais e saúde feita por Santos<sup>1</sup>, traz a discussão acerca da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a realidade dos indivíduos, por meio de uma visão ampliada, considerando a complexidade de elementos que compõem as condições de vida das pessoas e suas relações com a saúde, para além do fator econômico.

<sup>1</sup> Tatiana Engel Gerhardt, Doutora em Antropologia Social - Université Bordeaux Segalen, França, Professora Associada Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br

<sup>2</sup> Daniel Labernarde dos Santos, Mestre em Enfermagem/UFRGS, Professor Centro universitário Metodista, Faculdade Ciências da Saúde

No contexto brasileiro (um dos dez países mais desiguais do mundo), o estudo das relações entre desigualdades sociais e sua tradução em termos de disparidades de saúde torna-se um elemento essencial para a compreensão da procura e utilização dos serviços de saúde, e consequente planejamento em saúde no País. Estudos mostram que a utilização de serviços de saúde é maior entre as pessoas com melhores condições econômicas<sup>2,3,4</sup>, existindo consenso de que pessoas expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis apresentariam piores condições de saúde. No entanto, o foco, da maioria dos estudos, em elementos isolados como renda ou escolaridade, parece ignorar a complexidade de fatores que envolvem essas relações e a influência do contexto na saúde das pessoas.

Ainda, em função da imprescindível necessidade de enfrentamento das desigualdades observadas em nível mundial, recentemente, o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definido por Tarlov<sup>5</sup> como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”, emerge como caminho para se tratar a saúde abrangendo a complexidade da vida social e suas influências na saúde das pessoas.

Em relatório sobre as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, a CNDSS reconhece a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, a justiça social e a equidade como requisitos fundamentais para a saúde, identificando como condições-chave para a promoção dessa, o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias e a reorientação dos serviços de saúde.<sup>6</sup>

Diversos modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos que geram desigualdades de saúde por meio dos DSS, procurando identificar as conexões entre os diferentes determinantes de saúde e buscando pontos estratégicos para ações e políticas. Um elemento particular do modelo proposto pela CNDSS<sup>7</sup> é a incorporação do sistema de saúde que deve ser compreendido como um determinante intermediário, uma vez que o sistema de saúde pode influenciar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, melhorando o acesso ao cuidado, como também promovendo ações intersetoriais para melhorar a saúde da população.

Em vista da impossibilidade de se tratar toda a gama de determinantes, optou-se por focar as redes e o apoio social enquanto determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde, entendendo-os como pontos importantes no que tange às responsabilidades do setor saúde em lidar com as desigualdades na área. Dessa forma, colocando-se como aspecto relevante no estudo dos DSS, especialmente no caso brasileiro, com elevadas desigualdades de saúde, onde há constatado insuficiência de oferta de servi-

ços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com um descompasso entre a oferta, a demanda e os investimentos no setor.

A utilização dos serviços de saúde é um processo complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que vão desde fatores de organização da oferta às características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários. O acesso é uma característica importante da utilização dos serviços de saúde, porém pensar o uso dos serviços apenas com base na ampliação do acesso pode levar ao equívoco de reduzir novamente a problemática a um único elemento, incapaz de explicar esse complexo processo: barreiras sociais, conhecimento da oferta, compreensão das necessidades em saúde, satisfação em relação aos serviços oferecidos, condições de acesso, entre outros.

Ainda, os relacionamentos sociais e o enquadramento em uma rede social de apoio são, atualmente, reconhecidos como fatores de importante influência sobre as condições física e mental das pessoas<sup>8,9</sup>, sendo considerados determinantes sociais da saúde, conforme o modelo conceitual proposto para a análise dos DSS<sup>7</sup>, em que o tema é tratado sob o termo de coesão social, entendido como as relações de solidariedade e confiança entre grupos e indivíduos. Nesse contexto as redes de apoio e o apoio social, embora possam ser considerados determinantes estruturais, foram investigados em sua influência sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, tendo em vista seu potencial de exercer influência sobre a tomada de decisão pela procura ou não de atendimento em serviços da rede de saúde, por meio do monitoramento da saúde entre os indivíduos, do acesso a informações quanto à oferta e funcionamento de serviços, e do apoio material, entre outros.

A associação entre redes sociais e saúde foi sugerida, de forma independente, na década de 1970, pelos epidemiologistas Sidney Cobb e John Cassel, ao reunirem evidências de que uma ruptura nas relações sociais aumentava a suscetibilidade dos indivíduos ao desenvolvimento de doenças<sup>9</sup>. Desde então, diferentes estudos têm observado relação direta entre relacionamentos sociais, condições de saúde e qualidade de vida<sup>10,11</sup>, enquanto que a ausência ou pobreza de relações sociais configuraria um fator de risco à saúde considerada tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física.<sup>12</sup>

Definidas como “teias” de relações sociais que circundam os indivíduos, ou como citado por Griep *et al.*<sup>8</sup>, como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, constituído de ligações importantes que tornam disponíveis diferentes tipos de ajuda, as redes sociais atuam como determinan-

tes de atitudes e comportamentos, por meio do acesso a informação e recursos, oportunidades e estímulo a hábitos de vida. Enquanto que o apoio social pode ser entendido como o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções como apoio emocional, material e afetivo, tratando-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos tanto para o receptor, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.<sup>9</sup>

Embora os mecanismos de ação exercidos pela rede de apoio e o apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido esclarecidos, diversos são os argumentos em favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde. Uma hipótese é que atuam com um efeito tampão sobre o sistema imunológico, contribuindo para manutenção da saúde das pessoas, amenizando os efeitos patogênicos do estresse, permitindo que essas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de grandes perdas ou rupturas emocionais. Outro possível efeito do apoio social seria sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e do controle sobre a mesma, o que seria benéfico para a saúde.<sup>13</sup>

Para Andrade e Vaitsman<sup>12</sup>, as redes sociais também exercem influência positiva no monitoramento da saúde, na medida em que um indivíduo chama a atenção do outro para mudanças físicas visíveis, alimentação, exercícios físicos, adesão a tratamentos medicamentosos e comportamentos pessoais, entre outros. Nessa perspectiva, poucas são as dúvidas a respeito da capacidade de as redes sociais e o do apoio social exercerem influência na saúde das pessoas, incluindo-se a sua influência como determinante social do acesso e utilização dos serviços de saúde.

No entanto, mesmo com o esforço dos estudos epidemiológicos de incorporar aspectos sociais às investigações, a dimensão das relações sociais, no Brasil, permanece, praticamente, inexplorada. Circunstância que, para Chor *et al.*<sup>9</sup>, pode ser parcialmente explicada pelas inconsistências conceituais existentes e pela dificuldade na transformação desses conceitos em variáveis, dificultando a operacionalização dos estudos sobre essa dimensão.

Um importante fato observado foi a inexistência de instrumentos de origem brasileira para a avaliação quantitativa da rede de apoio e apoio social, com exceção do estudo de Langer *et al.*<sup>14</sup>, que tinha conteúdo especificamente dirigido ao período de gestação, parto e puerpério. De forma que notou-se em parcela significativa dos estudos a utilização de instrumentos internacionais traduzidos, validados e adaptados ao contexto brasileiro.<sup>9,11,15</sup>

Dessa forma, para a realização deste estudo, optou-se por trabalhar um olhar ampliado sobre os elementos sociais, transpondo as questões econômicas, para pensar os fatores constituintes das condições de vida dos indivíduos e incluindo-se assim as redes e o apoio social como determinantes sociais da utilização dos serviços.

## MATERIAL E MÉTODOS

O município em estudo, com uma população predominantemente urbana, apresenta todos os problemas sociais típicos das cidades brasileiras de médio porte, como desemprego, violência, pobreza e áreas de favelização, concentrando situações sociais diversas em um mesmo espaço, o que favorece o estudo das desigualdades sociais, suas repercussões na saúde dos indivíduos e no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Camaquã está localizada na região sul do estado do Rio Grande do Sul. Em 2007, o município abrigava, em seus 1680 km<sup>2</sup>, cerca de 60 mil habitantes, com 77,95% deles residindo na área urbana, possuía 17.824 domicílios permanentes e um número médio de 3,38 pessoas por domicílio<sup>16</sup>. Representa um pólo regional de crescimento urbano, com a mais elevada taxa de densidade populacional e a segunda taxa de crescimento populacional da região, destacando-se pelo rendimento familiar médio superior ao da região e bastante próximo ao do Estado. A economia apresentava uma base diversificada com grande participação do setor industrial em sua composição (beneficiamento de arroz e curtumes), além de significativa presença do setor comercial.<sup>17</sup> Em 2008 o município estava habilitado em gestão plena de atenção básica, a rede de serviços de saúde era composta por 82 estabelecimentos, sendo um hospital geral, oito centros de saúde, duas policlínicas, dezoito postos de saúde, sendo três Unidades de Saúde da Família, seis ambulatórios de especialidades, doze unidades de apoio à diagnose e terapias e 35 consultórios isolados.

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de base populacional, com desenho seccional, que buscou estudar a associação entre as condições de vida, a rede e o apoio social (pensados como determinantes sociais) e a procura de serviços de saúde. Mas é importante lembrar que uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade e que, neste estudo, a análise dos determinantes sociais em saúde parte de um modelo que procura identificar as conexões entre as condições de vida, as redes e apoio social e a procura de saúde sem, no entanto, pensá-los como causa e efeito. Em contrapartida, os estudos transversais apresentam algumas limitações

como, por exemplo, a dificuldade para investigar condições de baixa ocorrência do evento estudado (procura de serviços de saúde), já que isto implicaria o estudo de uma amostra relativamente grande, ou seja, os casos (agravos) de maior duração ou de caráter crônico são mais facilmente recrutados para investigação e os de curta duração têm menos chance de aparecerem nos resultados. A principal consequência disso é que se torna difícil diferenciar, em um estudo transversal, se as relações encontradas perduram no tempo, mas enfatiza-se que os achados nesse tipo de estudo possuem o potencial de indicar tendências sobre as características da população, identificar associações e auxiliar nas ações e planejamento em saúde.

A população em estudo foi definida por amostra aleatória das famílias residentes na área urbana do município, compreendidas como o grupo de pessoas que compartilham do mesmo domicílio. Considerando-se nível de confiança de 90% e um erro máximo de 5%, o tamanho da amostra requerida para este estudo foi estabelecido em 256 famílias.

Um mapa contendo as quadras (numeradas) e logradouros do Município foi fornecido pela Prefeitura Municipal por meio de sua página eletrônica. Para contemplar o número de inquéritos proposto, conforme amostra probabilística, inicialmente foram sorteadas as quadras de maneira sistemática, após foram sorteados os logradouros, de modo a definir o lado da quadra a ser visitado, e assim localizados os domicílios. Isto é, definidos esses critérios, o logradouro sorteado era percorrido a partir do menor número até a realização do inquérito. Caso não fosse possível realizar o inquérito no logradouro sorteado ou não existissem residências no mesmo, os demais logradouros no entorno da quadra eram percorridos, observando-se o sentido horário. Caso, mesmo assim, não fosse possível realizar o inquérito, nova quadra era sorteada. No caso de o entrevistador não ser atendido, ou a família recusasse participar do estudo, a próxima casa era visitada, observando os critérios já descritos. Na situação de haver mais de um domicílio no mesmo número, os mesmos eram sorteados.

O trabalho de campo ocorreu no período de abril a julho de 2008, os inquéritos foram realizados no domicílio dos munícipes pelo pesquisador e por pessoal treinado sob sua supervisão. No treinamento foram realizadas reuniões com os pesquisadores e teve por objetivo parear os indivíduos que fariam parte da coleta dos dados por meio da apresentação do projeto de pesquisa e orientação sobre a utilização do material para a realização da pesquisa (questionário e planilha de quadras e logradouros sorteados).

Para avaliar a aplicabilidade do instrumento, assim como a compreensão das questões sobre as variáveis demográficas,

de condições de vida, rede e apoio social, foi realizado um estudo piloto com cinco famílias. Após a realização do teste, a fim de facilitar o entendimento dos respondentes e o preenchimento do instrumento pelo entrevistador, foram reformuladas algumas questões e alterada a ordem de apresentação de algumas outras.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo 47 questões, incluindo variáveis demográficas, de condições de vida das famílias, cobertura por plano de saúde, morbidades referidas e acesso e utilização dos serviços de saúde da rede municipal.

Para a caracterização das condições de vida das famílias, optou-se por um indicador de nível de vida que permitisse efetuar a diferenciação entre as condições de vida dos grupos sociais por meio de uma visão ampliada da realidade. Seguindo-se os passos para estratificação social de Gerhardt e Nazareno<sup>18</sup>, criou-se um indicador que considerava diversos fatores do contexto de vida dos indivíduos (qualificação da moradia e infraestrutura, número de moradores por dormitório, escolaridade máxima na família, acesso a serviços essenciais como água e luz, saneamento e acesso a bens de consumo e serviços). A partir dos critérios utilizados, procedeu-se à estratificação dessa população em diferentes grupos sociais, empregando-se a análise de *clusters*, identificando-se na população estudada quatro grupos diferenciados e, ao mesmo tempo, homogêneos entre si, que foram agrupados em quatro categorias de nível de vida.

A utilização dos serviços de saúde foi analisada por meio de um conjunto de informações, mas focaremos aqui as associações entre condições de vida, redes e apoio social com a procura de serviços de saúde, em indivíduos que referiram um problema de saúde nas duas últimas semanas.

A rede de apoio foi caracterizada, conforme método proposto por Chor *et al.*<sup>9</sup>, a partir do número de parentes e amigos íntimos do respondente, e da frequência da participação deste em atividades em grupo, nos últimos 12 meses (atividades esportivas ou artísticas, reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, e trabalho voluntário). O apoio social foi avaliado a partir da percepção do respondente quanto à habilidade da rede social em satisfazer suas necessidades em funções como: apoio emocional (apoio em problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida); apoio afetivo (demonstrações físicas de afeto, como abraços); apoio de informação (informações para lidar com problemas, aconselhamentos, sugestões e informações); apoio instrumental ou material (ajuda material, em dinheiro, nas tarefas pessoais ou da casa); e interação

social positiva (ter alguém com quem se distrair e realizar atividades agradáveis). Para cada item, o indivíduo deveria indicar com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre; sendo que para cada resposta foram atribuídos escores, a fim de padronizar os resultados de cada dimensão de apoio social, de maneira que quanto maior o escore, maior o nível de apoio experimentado. O processo de mensuração do apoio social seguiu os passos empregados no Estudo Pró-Saúde<sup>9,19,20</sup>, utilizando-se instrumento traduzido e adaptado para o português e validado em cinco etapas de teste e reteste.

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS 13.4 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), as variáveis pesquisadas foram analisadas por meio de estatística descritiva e análise bivariada. Utilizou-se o teste qui-quadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos estabelecidos entre as variáveis relativas à procura e utilização dos serviços de saúde e o nível de condições de vida das famílias.

Para a análise estatística, as variáveis relativas à morbidade referida, acesso e utilização dos serviços de saúde foram as variáveis dependentes. As variáveis independentes foram: sexo, grupo etário, escolaridade máxima na família, nível de condições de vida, condição subjetiva de saúde, rede de apoio e apoio da rede social.

As redes de apoio foram analisadas por meio de estatística descritiva e análise bivariada, estabelecendo-se cruzamentos entre as variáveis: número de parentes íntimos referidos; número de amigos íntimos referidos; frequência da participação em atividades em grupo nos últimos 12 meses; e os níveis de vida; tendo por objetivo identificar possíveis disparidades em relação ao tamanho das redes de apoio entre os diferentes grupos sociais. Já o apoio social foi avaliado a partir da percepção do respondente quanto à habilidade da rede social em satisfazer suas necessidades em funções como: apoio emocional, apoio afetivo, apoio de informação, apoio material e interação social positiva. Na análise dos dados relativos ao apoio social, utilizou-se regressão logística para investigar a magnitude da associação entre as diversas dimensões de apoio social e a variável procura de serviços de saúde, em que a exposição foi representada pelos tercis dos escores de cada dimensão de apoio social.<sup>21</sup> Nesse caso, foram realizadas análises ajustadas por meio das variáveis independentes (nível de vida, sexo, idade, escolaridade máxima na família e declaração quanto à presença de doenças ou problemas de saúde) a fim de explorar possíveis confundimentos destas características e de suas relações com o apoio social.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1º de março de 2007 (reunião nº 2, ata nº 82, protocolo 2006656).

## RESULTADOS

No contexto estudado, verificou-se a existência e a configuração das redes de apoio e a percepção do apoio social na população em estudo, analisando a influência dessas tanto sobre as condições de saúde dos indivíduos, como também sobre a procura por atendimento nos serviços da rede municipal de saúde de Camaquã.

Para essa análise apenas os respondentes principais do inquérito foram considerados, totalizando 256 indivíduos. Em relação ao perfil dos entrevistados, estes eram na maioria mulheres (63,7%), e a maior parte situava-se na faixa etária entre 15 e 64 anos de idade (86,7%), enquanto os idosos com 65 anos ou mais representavam 13,3%. Quanto à escolaridade, a maior parte dos respondentes (39,1%) integrava famílias com escolaridade máxima entre nove e onze anos de estudo, 28,5% pertenciam a famílias com escolaridade entre cinco e oito anos, outros 23,4% pertenciam a famílias com nível de escolaridade superior, com doze ou mais anos de estudo, enquanto em 9% dos casos o nível de escolaridade máxima observado na família dos respondentes ficou entre nenhum e quatro anos. Desse universo de respondentes, 45,3% declararam possuir alguma doença ou problema de saúde, 13,7% informaram restrição de atividades habituais nas duas semanas anteriores ao inquérito, enquanto 15,6% declararam ter procurado algum serviço de saúde no período de referência.

Considerando-se as diferenças nas condições sociais e materiais características da sociedade brasileira como um todo, tornou-se necessário entender como cada grupo social reage ao contexto global ao qual está submetido no município de Camaquã. Assim sendo, o indicador de nível de vida construído, revelou entre as 256 famílias estudadas, quatro grupos populacionais semelhantes internamente e com diferentes níveis de vida que foram classificados em nível de vida inferior, médio, médio-superior e superior, caracterizando-se por possuir diferentes proporções dos critérios utilizados. Verificou-se maior proporção de famílias situadas no grupo de nível de vida inferior que reuniu o conjunto de famílias com as piores condições de vida observadas entre os pesquisados, representando 30,5% da população em estudo (78 famílias); com características socioeconômicas razoavelmente superiores às do grupo anteriormente descrito, a categoria de nível de vida médio

representava 27% da população em estudo (69 famílias); a categoria nível de vida médio-superior foi composta por 59 famílias, representando 23% da população em estudo. Esse grupo social reunia condições socioeconômicas mais favoráveis, embora ainda com limitação no acesso a determinados bens e serviços; e o grupo de nível de vida superior somava 50 famílias, representando 19,5% do total da população em estudo, e apresentavam as melhores condições de vida entre os grupos sociais pesquisados.

A partir dessa breve descrição, realizou-se uma caracterização das redes de apoio dos indivíduos, por meio da verificação do número de amigos e parentes considerados íntimos por estes, e da frequência com que eles participavam de atividades em grupo, como ativida-

des esportivas ou artísticas, reuniões de moradores ou funcionários e trabalho voluntário. Conforme a tabela 1 verificou-se que a maioria dos indivíduos (43,4%) contava com um ou dois amigos com os quais podia conversar sobre quase tudo, 35,5% deles informaram possuir três ou mais amigos nesse sentido, enquanto outros 21,1% informaram não possuir nenhum amigo que pudesse ser considerado íntimo. Da mesma maneira, observou-se que a maioria dos indivíduos (48,4%) informou contar com um ou dois parentes com quem podia falar sobre quase tudo, sendo que 45,3% deles informaram possuir três ou mais parentes íntimos, enquanto que em 6,3% dos casos relataram não contar com nenhum parente que pudesse ser considerado íntimo.

**Tabela 1 - Constituição das redes de apoio dos indivíduos, conforme número de amigos e parentes íntimos segundo o nível de vida, Camaquã, RS, 2008.**

CONDIÇÕES DE VIDA / REDES DE APOIO	CONFIGURAÇÃO DAS REDES DE APOIO						TOTAL	
	Nenhum		1 a 2		3 ou mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Número de amigos íntimos</b> (Chi <sup>2</sup> = 16,992 p = 0,009)								
Nível de vida inferior	23	29,5	29	37,2	26	33,3	78	100
Nível de vida médio	19	27,5	32	46,4	18	26,1	69	100
Nível de vida médio-superior	8	13,6	30	50,8	21	35,6	59	100
Nível de vida superior	4	8,0	20	40,0	26	52,0	50	100
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>21,1</b>	<b>111</b>	<b>43,4</b>	<b>91</b>	<b>35,5</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
<b>Número de parentes íntimos</b> (Chi <sup>2</sup> = 14,338 p = 0,026)								
Nível de vida inferior	9	11,5	41	52,6	28	35,9	78	100
Nível de vida médio	4	5,8	39	56,5	26	37,7	69	100
Nível de vida médio-superior	2	3,4	25	42,4	32	54,2	59	100
Nível de vida superior	1	2,0	19	38,0	30	60,0	50	100
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>6,3</b>	<b>124</b>	<b>48,4</b>	<b>116</b>	<b>45,3</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

Em relação às atividades em grupo, estas pareceram não representar situação comum entre os indivíduos, tendo-se em vista que as atividades mais praticadas foram as esportivas ou artísticas, informadas como frequentes (uma ou mais vezes por semana) por 11,3% dos respondentes, não obstante a grande maioria (77%) tenha informado ter realizado tais atividades uma ou nenhuma vez nos últimos doze meses. Enquanto as participações em reuniões de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, assim como, em trabalhos voluntários, foram informadas como muito pouco frequentes (uma ou nenhuma vez nos últimos doze meses) por 86,3% dos indivíduos.

A tabela 1 também apresenta elementos para analisar a configuração das redes de apoio informadas segundo o nível de vida dos indivíduos, em que se observou diferença estatística importante para o número de amigos e parentes

íntimos, verificando-se tendência de que os indivíduos com melhores condições de vida usufruam uma rede de apoio mais ampla, comparada aos níveis de vida inferiores, já que as atividades em grupo (esportivas ou artísticas, reuniões e trabalho voluntário) não diferiram entre as categorias sociais (p = 0,335, p = 0,155 e p = 0,066, respectivamente).

A tabela 2 apresenta a caracterização da maneira como os sujeitos percebiam o apoio social advindo de suas redes de apoio. Observou-se que a distribuição dos escores das cinco dimensões de apoio social foi semelhante, com exceção da dimensão de apoio afetivo, que apresentou média de cerca de noventa pontos, superior às demais dimensões, cuja média dos escores situou-se em torno de oitenta e dois pontos. A percepção de apoio social, em suas cinco dimensões, esteve fortemente associada ao nível de vida dos indivíduos, como apresentado na tabela 2, mostrando-

-se, neste estudo, coerente ao tamanho das redes, ou seja, quanto maior a rede de apoio, maior o apoio social experimentado. Assim, os indivíduos com mais elevado nível de vida contavam também com maior apoio social.

Nesse contexto, foram observadas, de modo consistente (tabela 3), associações diretas, estatisticamente significativas, entre os tercis de escores de apoio afetivo e a procura por serviços de saúde ( $p = 0,044$ ). Considerando somente o apoio afetivo (tabela 3), a chance de relatar ter procurado algum serviço de saúde, no período de referência, foi cerca de cinco vezes menor para o tercil intermediário (apoio

social intermediário) e 25% menor para o tercil superior (apoio social superior), comparados aos participantes do tercil inferior (apoio social inferior) dessa dimensão de apoio social. Entretanto, essa diferença mostrou-se sem relevância em modelo ajustado, explorando possíveis efeitos de confundimento de características como nível de vida, sexo, idade, escolaridade máxima na família e declaração quanto à presença de doenças ou problemas de saúde, não se podendo afirmar a existência de diferenças na procura por serviços de saúde entre os diferentes tercis de apoio afetivo.

**Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos em tercis de apoio social segundo níveis de vida, Camaquã, RS, 2008.**

CONDIÇÕES DE VIDA / REDES DE APOIO	CONFIGURAÇÃO DAS REDES DE APOIO						TOTAL	
	Primeiro tercil (40-80)		Segundo tercil (81-95)		Terceiro tercil (100)		Total	
<b>Apoio afetivo</b>								
(Chi <sup>2</sup> = 14,310 p = 0,026)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	28	35,9	9	11,5	41	52,6	78	100
Nível de vida médio	18	26,1	9	13,0	42	60,9	69	100
Nível de vida médio-superior	12	20,3	13	22,0	34	57,6	59	100
Nível de vida superior	7	14,0	15	30,0	28	56,0	50	100
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>25,4</b>	<b>46</b>	<b>18,0</b>	<b>145</b>	<b>56,6</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
<b>Apoio emocional</b>								
(Chi <sup>2</sup> = 17,874 p = 0,007)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	36	46,2	21	26,9	21	26,9	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	18	26,1	28	40,6	69	100
Nível de vida médio-superior	14	23,7	27	45,8	18	30,5	59	100
Nível de vida superior	10	20,0	24	48,0	16	32,0	50	100
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>32,4</b>	<b>90</b>	<b>35,2</b>	<b>83</b>	<b>32,4</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
<b>Apoio de informação</b>								
(Chi <sup>2</sup> = 17,794 p = 0,007)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	38	48,7	21	26,9	19	24,4	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	26	37,7	20	29,0	69	100
Nível de vida médio-superior	14	23,7	32	54,2	13	22,1	59	100
Nível de vida superior	12	24,0	19	38,0	19	38,0	50	100
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>34,0</b>	<b>98</b>	<b>38,3</b>	<b>71</b>	<b>27,7</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
<b>Interação positiva</b>								
(Chi <sup>2</sup> = 21,702 p = 0,001)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	44	56,4	11	14,1	23	29,5	78	100
Nível de vida médio	25	36,2	14	20,3	30	43,5	69	100
Nível de vida médio-superior	20	33,9	20	33,9	19	32,2	59	100
Nível de vida superior	11	22,0	18	36,0	21	42,0	50	100
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>39,1</b>	<b>63</b>	<b>24,6</b>	<b>93</b>	<b>36,3</b>	<b>256</b>	<b>100</b>
<b>Apoio material</b>								
(Chi <sup>2</sup> = 13,727 p = 0,033)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	36	46,2	22	28,2	20	25,6	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	16	23,2	30	43,5	69	100
Nível de vida médio-superior	16	27,1	21	35,6	22	37,3	59	100
Nível de vida superior	11	22,0	21	42,0	18	36,0	50	100
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>33,6</b>	<b>80</b>	<b>31,3</b>	<b>90</b>	<b>35,1</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Tabela 3 - Prevalências e razões de chances (RC brutas e ajustadas) da procura por serviços de saúde segundo tercís dos escores de apoio social, Camaquã, RS, 2008.**

Apoio social	Procurou serviço de saúde		Não Procurou serviço de saúde		RC bruta (IC95)	RC ajustada (IC95)
	n	%	n	%		
<b>Apoio material</b>						
30 a 80	14	16,3	72	83,7	1,00 -	1,00 -
85 a 95	13	16,2	67	83,8	1,00 (0,44 - 2,28)	2,20 (0,83 - 5,82)
<b>100</b>	<b>13</b>	<b>14,4</b>	<b>77</b>	<b>85,6</b>	<b>0,87 (0,38 - 1,97)</b>	<b>1,44 (0,57 - 3,68)</b>
<b>Apoio afetivo</b>						
40 a 80	14	21,5	51	78,5	1,00 -	1,00 -
81 a 95	2	4,3	44	95,7	0,17 (0,04 - 0,77)	0,36 (0,07 - 1,85)
<b>100</b>	<b>24</b>	<b>16,6</b>	<b>121</b>	<b>83,4</b>	<b>0,72 (0,35 - 1,51)</b>	<b>1,30 (0,54 - 3,11)</b>
<b>Apoio emocional</b>						
20 a 75	16	19,3	67	80,7	1,00 -	1,00 -
80 a 95	10	11,1	80	88,9	0,52 (0,22 - 1,23)	1,06 (0,41 - 2,77)
<b>100</b>	<b>14</b>	<b>16,9</b>	<b>69</b>	<b>83,1</b>	<b>0,85 (0,38 - 1,88)</b>	<b>1,23 (0,49 - 3,10)</b>
<b>Apoio de informação</b>						
20 a 75	16	18,4	71	81,6	1,00 -	1,00 -
80 a 95	12	12,2	86	87,8	0,62 (0,28 - 1,39)	1,63 (0,60 - 4,38)
<b>100</b>	<b>12</b>	<b>16,9</b>	<b>59</b>	<b>83,1</b>	<b>0,90 (0,40 - 2,06)</b>	<b>1,35 (0,52 - 3,50)</b>
<b>Interação positiva</b>						
20 a 80	17	17,0	83	83,0	1,00 -	1,00 -
85 a 95	5	7,9	58	92,1	0,42 (0,15 - 1,21)	1,08 (0,33 - 3,51)
<b>100</b>	<b>18</b>	<b>19,4</b>	<b>75</b>	<b>80,6</b>	<b>1,17 (0,56 - 2,44)</b>	<b>1,77 (0,74 - 4,23)</b>

## DISCUSSÃO

Os resultados permitiram evidenciar que uma parcela relativamente significativa dos sujeitos do estudo poderia não contar com os benefícios advindos das redes de apoio, dado à fragilidade, ou mesmo à ausência de relações sociais identificadas, o que, conforme Andrade e Vaitsman<sup>12</sup>, representaria um fator de risco comparável a outros comprovadamente nocivos à saúde, como o tabagismo, a obesidade, a pressão arterial elevada e a ausência de atividade física.

Esses resultados podem estar associados ao número de idosos presentes no estudo que, como Carneiro *et al.*<sup>10</sup> observaram, há um maior comprometimento nas habilidades sociais de idosos em comparação a grupos com maiores possibilidades de relações sociais, relacionando esse fato ao isolamento social a que estariam submetidos. Ramos<sup>22</sup> menciona que as redes sociais formadas por amigos e parentes são fatores que abalam significativamente os efeitos do estresse nos mais idosos, oferecendo apoio social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência, fazendo com que as pessoas que não contam com esse tipo de apoio tendam a ter maiores dificuldades de lidar com o estresse do que aquelas que contam com o suporte social.

Valla<sup>23</sup>, sem negar os processos de estresse que afetam as classes média e alta, chama atenção ao quadro de estresse intenso a que estão expostas as populações mais carentes,

principalmente nas grandes cidades, convivendo com o narcotráfico, com as frequentes faltas de água, quedas de voltagem que danificam os eletrodomésticos e a constante possibilidade de perda do “barraco” durante uma chuva forte, considerando o importante papel que as redes de apoio poderiam exercer no enfrentamento de tais situações.

No entanto, embora fosse de se esperar que as pessoas com piores condições de vida mantivessem redes sociais mais amplas, que poderiam auxiliar no enfrentamento das adversidades cotidianas, os estudos tendem a demonstrar que as pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas e aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em níveis superiores. Conforme citado por Ramos<sup>22</sup>, e observado por Rosa *et al.*<sup>24</sup>, em estudos sobre os aspectos do apoio social de idosos em São Paulo, as chances são significativamente maiores entre os homens idosos de renda mais baixa de apresentarem redes sociais reduzidas, comparativamente aos de renda superior.

Desse modo, quanto mais elevado o nível de vida, maior seria a possibilidade dos sujeitos beneficiarem-se das diferentes formas de ajuda disponibilizadas pelas redes de apoio que, conforme indicam diversos estudos, favoreceriam a saúde dos indivíduos, atuando como determinantes de atitudes e comportamentos, favorecendo hábitos de vida saudáveis e amenizando os efeitos patogênicos do estresse, entre outros.<sup>8,9,12</sup> Todavia, mais do que ao tamanho das



redes, esses benefícios estariam relacionados à intensidade das relações existentes, visto que é por meio do apoio social, ou seja, da maneira como os indivíduos se apropriam das relações sociais, que as redes teriam a capacidade de influenciar as condições de saúde das pessoas, assim como a utilização dos serviços de saúde por essas.

Embora os resultados não demonstrem associação da procura por serviços de saúde com todas as dimensões do apoio social, eles sugerem a importância desse componente no estudo dos determinantes sociais de saúde, indo ao encontro do observado em diversos estudos sobre o tema, em que foram verificados os efeitos positivos do apoio social em relação à saúde<sup>10,12,24,25</sup>. Fato observado por Andrade *et al.*<sup>21</sup>, com chances 50% maior de relatar prática mais frequente de autoexame das mamas entre mulheres no tercil intermediário, e cerca de duas vezes maior entre aquelas situadas no tercil superior de apoio social, comparadas às participantes no tercil inferior, em estudo realizado com funcionárias de uma universidade no Rio de Janeiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do princípio que as redes sociais e o apoio social podem se configurar em determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde, procurou-se identificar e entender suas influências na busca por serviços nos diferentes níveis de vida encontrados.

Associando-se as redes de apoio, apoio social e utilização de serviços de saúde, pôde-se observar que uma parcela relativamente significativa dos sujeitos do estudo poderia não contar com os benefícios advindos das redes de apoio, dado à fragilidade, ou mesmo à ausência de relações sociais identificadas, fato agravado ainda pelas condições de vida dessa população. Nesse estudo observou-se que, quanto mais elevado o nível de vida, maior seria a possibilidade de os sujeitos beneficiarem-se das diferentes formas de ajuda disponibilizadas pelas redes de apoio, o que favoreceria a saúde dos indivíduos atuando como determinantes de atitudes e comportamentos, favorecendo hábitos de vida saudáveis e amenizando os efeitos patogênicos do estresse, entre outros<sup>8, 9, 12</sup>. Todavia, mais do que ao tamanho das redes, esses benefícios estariam relacionados à intensidade das relações existentes, visto que é por meio do apoio social, ou seja, da maneira como os indivíduos se apropriam das relações sociais, que as redes teriam a capacidade de influenciar as condições de saúde das pessoas assim como a utilização dos serviços de saúde por essas.

Quando analisada a percepção do apoio social, os resultados não demonstraram associação da procura por serviços

de saúde ou da restrição de atividades cotidianas com todas as dimensões do apoio social, mas sugerem a importância desse componente no estudo dos determinantes sociais de saúde, indo ao encontro do observado em diversos estudos sobre o tema, nos quais foram verificados os efeitos positivos do apoio social em relação à saúde. Resta desenvolver estudos aprofundados que considerem a complexidade e a diversidade das redes sociais e dos apoios recebidos, na busca de uma melhor compreensão dos efeitos das relações sociais sobre a saúde dos indivíduos, efeitos esses que poderiam, ainda, ser explorados com a inclusão de dimensões qualitativas nos estudos, como avaliações subjetivas do apoio social.

Muito embora ainda não tenham sido esclarecidos os mecanismos de ação, pelos quais as redes de apoio e o apoio social exercem influência sobre os sistemas de defesa do organismo humano, poucas são as dúvidas quanto à capacidade dessas de exercerem influência sobre a saúde das pessoas. Dessa forma, o estudo do acesso e utilização dos serviços de saúde, a partir das redes sociais e o apoio social, implica em pensar o próprio sistema de saúde como um determinante social, visto que as diferenças relativas à oferta heterogeneamente estruturada e distribuída, constituem, em si próprias, fatores geradores de desigualdades, que podem ou não ser minimizados pela configuração das redes sociais e pela natureza do apoio social recebido.

Dessa maneira, a proposta do apoio social, além de oferecer uma contribuição para o estudo dos determinantes sociais em saúde no Brasil, pode ser também um instrumento capaz de dar voz à complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, permeados pelas relações sociais, e que são experimentadas de formas diferentes nos diversos grupos sociais.

Enfim, existe a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais decorrentes das diferenças entre os seres humanos e suas implicações no acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo necessária uma visão ampliada sobre o tema, que permita a elaboração de políticas de saúde adequadas ao contexto socioeconômico, político e cultural local. Todavia, um estudo dessa natureza implica em elevado gasto de tempo e recursos financeiros, principalmente, se dirigido a populações maiores.

## REFERÊNCIAS

1. Santos DL. Condições de vida e saúde: contribuições ao estudo dos determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

2. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1):133-49.
3. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: A case study of inequity. *International Journal of Health Services*. 2000; 30 (1): 129-62.
4. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (supl):77-87.
5. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. (Eds). *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
6. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
7. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2005. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br). Acesso em: 12/06/2007.
8. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck G, Lopes C. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 703-14.
9. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública*. 2001;17 (4):887-96.
10. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20 (2): 229-37.
11. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, *et al*. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 431-38.
12. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):925-34.
13. Cassel EJ. Na epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*. 1974; 64:1040-43.
14. Langer A, Farnot U, Garcia C, Barros F, Victora C, Belizan JM, *et al*. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's wellbeing and satisfaction. *Social Science and Medicine*. 1996; 42 (11): 1589-97.
15. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10 (5):675-81.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem populacional 2007*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007. Disponível em [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br). Acesso em 03/2008.
17. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Faculdade de Economia, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. *Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a "Metade Sul" do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre (RS); 2003.
18. Gerhardt TE, Nazareno ER. Desigualdades sociais e situações de vida em Paranaguá. *Relatório de pesquisa do Programa Interdisciplinar de Pesquisa Espaço urbano, situações de vida e saúde: o caso de Paranaguá [doutorado em meio ambiente e desenvolvimento]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1998.
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 (2): 625-34.
20. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev bras Epidemiol*. 2005; 8(4): 454-66.
21. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (2): 379-86.
22. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002; 4 (7): 156-75.
23. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*. 2000; 4(7): 37-56.
24. Rosa TEC, Benício MHA, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (12): 2982-92.
25. Silva AL, Shimizu HE. A relevância da Rede de Apoio ao ostomizado. *Rev bras enfermagem*. 2007; 60 (3): 307-11.

---

Submissão: outubro/2011

Aprovação: outubro/2012

---