

APOIO SOCIAL PERCEBIDO POR PACIENTES ONCOLÓGICOS E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS^a

Adriane Cristina Bernat KOLANKIEWICZ^b, Marina Mazzuco de SOUZA^c,
Tânia Solange Bosi de Souza MAGNAGO^d, Edvane Birelo Lopes DE DOMENICO^e

RESUMO

Analisar a relação entre o apoio social e características sociodemográficas de pacientes oncológicos. Estudo transversal, realizado com 268 pacientes oncológicos, residentes no Município de Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil, no período entre julho e dezembro de 2012. Para a coleta de dados, utilizou-se a versão brasileira da Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study e os dados foram analisados com os recursos da estatística descritiva e analítica. Os escores médios nas dimensões foram: 82,36±24,42 (interação positiva), 85,39± 19,81 (informação), 87,98±18,68 (apoio emocional), 88,52±18,56 (apoio material) e 93,50±14,44 (apoio afetivo). Maiores médias foram obtidas entre os pacientes do sexo masculino e etnia parda ($p<0,05$). Houve relação direta e crescente, entre renda per capita, apoio social afetivo e interação positiva. Evidenciou-se que os pacientes recebem apoio social em todas as dimensões, com elevados escores, porém com variações, considerando as características sexo, estado civil, escolaridade, renda per capita e etnia.

Descritores: Apoio social. Neoplasias. Terapêutica.

RESUMEN

Analisar la relación entre el apoyo social y las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos. Estudio transversal, cuantitativo realizado con 268 enfermos de cáncer que residen en la ciudad de Ijuí / Rio Grande do Sul, Brasil, entre julio y diciembre de 2012. Para la recolección de datos se utilizó la versión brasileña de la Escala de Apoyo Social y los datos del estudio los resultados médicos se analizaron con los recursos estadísticos descriptivos y analíticos. Las puntuaciones medias en las dimensiones fueron 82,36 ± 24,42 (interacción positiva), 85,39 ± 19,81 (información), 87,98 ± 18,68 (apoyo emocional), 88,52 ± 18,56 (apoyo material) y 93,50 ± 14,44 (apoyo afectivo). Puntuaciones medias más altas son encontradas entre los pacientes de sexo masculino y mulatos ($p<0,05$). Se observó relación directa y creciente entre el ingreso per capita, el apoyo social afectivo y la interacción positiva. Se comprobó que los pacientes reciben apoyo social en todas las dimensiones, con altas puntuaciones, pero con variaciones, teniendo en cuenta las características de género, estado civil, educación, ingreso per capita y raza.

Descriptores: Apoyo social. Neoplasias. Terapêutica.

Título: Apoyo social percibido por pacientes de oncología y su relación con características sociodemográficas.

ABSTRACT

To analyze the relation between social support and socio-demographic characteristics of oncology patients. Transversal study, developed with oncology patients living in the Ijuí city, Rio Grande do Sul state, Brazil between July and December 2012, the population was selected through convenience. For data collection we used the Brazilian version of the Social Support Scale and the Medical Outcomes Study data were analyzed with descriptive statistics resources and analytical. Average scores on the dimensions were: 82,36±24,42 (positive interaction), 85,39± 19,81 (information), 87,98±18,68 (emotional support), 88,52±18,56 (material support) and 93,50±14,44 (affective support). Evidences showed higher averages in male mulattos patients ($p<0,05$). There was a direct and growing relationship between per capita income, social support and affective positive interaction. It was proven that patients receive social support in all dimensions, with high scores, but with variations, considering the characteristics of gender, civil status, educational level, per capita income and race.

Descriptors: Social support. Neoplasms. Therapeutics.

Title: Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics.

a Artigo elaborado a partir da tese de doutorado intitulada Relações entre os sintomas clínicos, o apoio social e a interferência na vida diária de pacientes oncológicos apresentada a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

b Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Ciências da Vida (DCVida) da Universidade do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

c Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. UNIJUÍ.

d Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem/CCS, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

e Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem. UNIFESP. São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre elas o câncer, são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas e por 45,9% da carga global de doença, e assim caracterizam-se como um problema de saúde pública, tanto em países ricos quanto nos países de baixa renda⁽¹⁾. No Brasil elas correspondem a 72% das causas de morte, atingindo camadas pobres da população e grupos vulneráveis⁽¹⁾.

O câncer é interpretado, por vezes, como uma doença de estigmas negativos, sinônimo de sofrimento e morte. Pode comprometer a vida dos pacientes nos aspectos físicos, psicológicos ou sociais, caracterizando-se como uma doença de evolução progressiva e agressiva, com sintomas debilitantes e tratamento prolongado, associados a efeitos colaterais do tratamento radioterápico, quimioterápico ou combinados e/ou de amputações/mutilações decorrentes de procedimentos cirúrgicos⁽²⁾.

Ante essa realidade, admite-se que o paciente oncológico necessite de Apoio Social (AS) da rede na qual está inserido, de forma a auxiliá-lo no enfrentamento de diversas situações e melhorar a sua qualidade de vida. Define-se como AS um conjunto de relações formais e informais das quais os pacientes oncológicos recebem apoio para enfrentar os desafios impostos pela doença⁽³⁾. O AS envolve relações de troca que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua que trazem benefícios para o estado de saúde das pessoas e podem contribuir para criar sensação de coerência e controle da vida⁽⁴⁾.

Ao receber este apoio, o paciente entende-se como importante na rede social, e responde de forma positiva aos desafios, adotando comportamentos positivos como o iniciar ou manter ações promotoras do seu bem estar no círculo de convivência e que somam-se ao tratamento proposto.

Mudanças no sistema de cuidado à saúde têm ocorrido com o objetivo de transferir os doentes com doenças crônicas do cuidado hospitalar para o cuidado ambulatorial ou domiciliar, o que aumenta as responsabilidades da família e da atenção primária em saúde com o cuidado do seu membro doente⁽⁴⁾. A família pode não estar preparada para gerir e administrar o cuidado, necessitando ser informada sobre a doença e o tratamento, capacitada para desenvolver habilidades técnicas para cuidar

no domicílio, bem como apoiada pelas unidades básicas de saúde⁽⁴⁾.

A disponibilidade de alguém fornecer apoio ou ajuda pode proteger os pacientes acometidos de doenças de consequências negativas ou de situações da doença ou de *stress*⁽⁵⁾. O AS é determinado pelas relações interpessoais e corresponde a várias funções: apoio emocional, afetivo e material. É compreendido como um processo que oferece efeitos positivos para quem doa o apoio e para quem o recebe, o que possibilita que as pessoas elevem sua autonomia⁽⁶⁾.

Reconhecer que o AS pode auxiliar no processo de adaptação e manutenção da qualidade de vida de pacientes com câncer significa assumir que há necessidade de identificação da conformação da rede de apoio de que a clientela atendida dispõe, para que o cuidado seja planejado e implementado com qualidade. Nessa perspectiva, delineou-se as perguntas de estudo: As condições sociodemográficas interferem na percepção de AS do paciente com câncer em tratamento ambulatorial? Quais funções de AS são afetadas? Contempladas no objetivo de analisar a relação entre o apoio social e características sociodemográficas de pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Realizado no ambulatório do Centro de Alta Complexidade para o Tratamento do Câncer (CACON) do Hospital de Caridade de Ijuí, localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A amostra foi selecionada por conveniência, conforme demanda de atendimento, no período de julho a dezembro de 2012. Critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de câncer, estar em tratamento há pelo menos três meses, ter condições auto e alopsíquicas de responder ao instrumento (atestadas no prontuário), e residir no Município de Ijuí. Foram excluídos: menores de 18 anos de idade.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, contendo duas partes. A primeira, elaborada para obtenção das condições sociodemográficas: sexo, idade, raça autorreferida, estado civil, escolaridade, renda familiar e quantidade de residentes na casa (variáveis independentes). A segunda, com dados sobre a

caracterização do AS (Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS-SSS), validada para a língua portuguesa⁽⁷⁾.

A abordagem aos pacientes ocorreu na sala de espera do ambulatório e, quando do aceite para participar do estudo, estes eram convidados e se dirigiram a uma sala reservada para garantir a privacidade dos sujeitos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias antes de iniciar a entrevista.

O questionário MOS-SSS é composto por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de AS: material (4 perguntas – provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (3 perguntas – demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (4 perguntas – expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); informação (4 perguntas – disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações); interação social positiva (4 perguntas – disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem). O paciente seleciona a frequência que considera disponível cada tipo de apoio em caso de necessidade: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) ou sempre (5)⁽⁷⁾.

Os dados foram organizados no programa Epi-Info® 6.04, com dupla digitação independente. Após correções de erros e inconsistências, a análise estatística foi realizada no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®18.0. Escores das dimensões do AS foram obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. Para padronizar os resultados de todas as dimensões, considerando que são constituídas por diferentes números de perguntas, o resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100⁽⁷⁾.

Para a comparação de médias do AS e as variáveis independentes foram usados os testes Mann-Witney e Kruskal-Wallis. Para avaliar as correlações entre as variáveis quantitativas e o apoio social, utilizou-se a Correlação de Pearson. As associações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. A consistência interna da escala de apoio social foi avaliada pelo Coeficiente Alpha de Cronbach, e valores superiores a 0,70 atestam a confiabilidade da escala quanto à medida do construto a que se propõe avaliar.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, sob Parecer 47215 de 29 de junho de 2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 268 pacientes oncológicos em tratamento. A idade média dos participantes foi de 61,5 anos ($\pm 14,9$), variando entre 18 e 106 anos. Prevaleram os pacientes do sexo feminino (64,2%), casados ou com companheiros (61,2%); com ensino fundamental incompleto (53,7%); com renda familiar *per capita* de até um (1) salário mínimo (59,3%), e 78% residentes com duas a quatro pessoas na casa, conforme tabela 1.

Nas cinco dimensões de AS a opção “Sempre” foi a que obteve maior percentual de resposta. Os escores médios das pontuações variaram entre $82,36 \pm 24,42$ (AS interação positiva), $85,39 \pm 19,81$ (AS de informação), $87,98 \pm 18,68$ (AS emocional), $88,52 \pm 18,56$ (AS material) e $93,50 \pm 14,44$ (AS afetivo), com pontuação mínima de 20 e máxima 100.

O Alpha de Cronbach geral da escala de AS foi $\alpha = 0,92$ (média=82,9 e DP=14,5), sendo a menor variação na dimensão AS material, com $\alpha = 0,78$ (média= 17,7 e DP=3,7), e a maior variação na dimensão AS de interação positiva, com $\alpha = 0,91$ (média=16,5 e DP=4,9).

Foram realizadas correlações entre as dimensões do AS e entre o número de pessoas que residem na casa, idade dos pacientes e a renda familiar *per capita*. No que se refere às correlações entre as dimensões, evidenciou-se que a dimensão AS Material apresentou correlação significativa muito baixa com as dimensões Afetiva ($r=0,231$; $p < 0,01$) e Interação Positiva ($r=0,268$; $p < 0,01$), correlação significativa baixa com Apoio Emocional ($r=0,366$; $p < 0,01$) e moderada com AS Informação ($r=0,416$; $p < 0,01$). A dimensão AS Afetivo apresentou correlação significativa moderada com a dimensão AS de Informação ($r=0,558$; $p < 0,01$) e correlação significativa alta com as dimensões AS Emocional ($r=0,625$; $p < 0,01$) e AS Interação ($r=0,610$; $p < 0,01$). A dimensão AS emocional apresentou correlação significativa alta com as dimensões AS de informação ($r=0,762$; $p < 0,01$) e interação positiva ($r=0,640$; $p < 0,01$). A dimensão AS de informação apresentou correlação significativa forte com a dimensão AS interação ($r=0,601$; $p < 0,01$). Também foi evidenciada correlação sig-

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes em tratamento oncológico no CACON, segundo características. Ijuí/Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Características sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	172	64,2
Masculino	96	35,8
Idade		
18-39 anos	88	32,8
40-59 anos	87	32,5
60-106 anos	93	34,7
Estado civil		
Casado ou com companheiro	165	61,6
Solteiro ou sem companheiro	103	38,4
Escolaridade		
Sem instrução	13	4,9
Ensino Fundamental Incompleto	144	53,7
Ensino Fundamental Completo	27	10,1
Ensino Médio Incompleto	13	4,9
Ensino Médio Completo	40	14,9
Ensino Superior Incompleto	9	3,4
Ensino Superior Completo	15	5,6
Ensino Superior Completo com Pós-Graduação	7	2,6
Renda familiar per capita* (em salário mínimo)		
Sem salário	3	1,1
Até 1	159	59,3
1 a 2	68	25,4
2 a 3	18	6,7
3 a 4	13	4,9
5 a 10	7	2,6
Residentes na casa		
1 pessoa	39	14,6
2 a 4 pessoas	209	78,0
5 a 9 pessoas	20	7,5
Total	268	100

Fonte: Dados dos autores. * Salário mínimo nacional em dezembro de 2012 = R\$622,00.

nificativa muito baixa entre as dimensões de AS afetivo e interação positiva com renda familiar *per capita* ($r=0,136$; $p<0,05$ e $r=0,182$; $p<0,01$, respectivamente).

A Tabela 2 apresenta comparações das médias de AS, segundo as características sociodemográficas.

Evidenciou-se que comparativamente os pacientes do sexo masculino recebem significativamente maiores AS material com diferenças estatísticas ($p=0,000$), emocional ($p=0,007$) e de informação ($p=0,006$). Os pacientes que referiram etnia parda tiveram as maiores médias para apoio

Tabela 2 – Comparação das médias de apoio social, segundo características sociodemográficas dos pacientes em tratamento oncológico. Ijuí/RS, Brasil, 2012.

Variável	Dimensões de Apoio Social									
	Material		Afetivo		Emocional		Informação		Interação Positiva	
	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
Sexo*		0,000		0,277		0,007		0,006		0,055
Feminino	85,2		93,5		86,3		83,1		81,4	
Masculino	94,5		93,5		90,9		89,6		84,1	
Etnia **		0,633		0,010		0,002		0,045		0,429
Branca	88,7		93,8		88,2		85,4		82,5	
Preta	92,5		82,2		80,0		72,5		69,2	
Parda	87,7		96,9		92,1		89,4		84,6	
Indígena	82,5		85,3		46,3		61,3		70,0	
Trabalha atual**		0,850		0,645		0,534		0,807		0,292
Sim	87,8		93,9		88,2		85,3		86,9	
Não	88,7		93,4		87,9		85,4		81,4	
Situação conjugal*		0,280		0,574		0,726		0,231		0,879
Casado	88,8		93,5		87,8		84,5		82,1	
Solteiro	88,1		93,6		88,3		86,8		82,9	

Fonte: Dados dos autores. * Teste Mann-Witney ** Teste Kruskal-Wallis

social afetivo (0,010), emocional (p=0,002) e de informação (p=0,045).

DISCUSSÃO

A análise da faixa etária permitiu verificar que a distribuição das neoplasias malignas está praticamente equilibrada entre as faixas etárias que designam os adultos jovens até 39 anos, os adultos maduros até 59 anos e os idosos, acima de 60 anos. Essa distribuição do câncer em faixas etárias precoces tem sido evidenciada por outros estudos, que analisam o impacto negativo desta ocorrência nos aspectos econômicos e na constituição e manutenção da funcionalidade familiar⁽⁸⁻⁹⁾.

Em estudo realizado em um centro oncológico de referência para parte das Regiões Norte e Nordeste do Brasil, com a análise de 505 pacientes com câncer, observou-se que apresentaram idade média de 59,18 anos e 26,53% dos casos tinham até 50 anos⁽¹⁰⁾. Na presente investigação, 67,2% tinham idade entre 18 e 59 anos, o que reforça a necessidade de uma estratégia progressivamente diferenciada na

atenção pública ao paciente com câncer nessa faixa etária. Neste estudo, as mulheres foram a maioria (64,2%), entretanto a incidência do câncer demonstra equilíbrio entre os sexos, na avaliação mundial.

Em países em desenvolvimento, entretanto, a prevalência entre as mulheres mantém uma sobrevida maior (próxima a 25%), principalmente em decorrência de os tipos mais fatais de câncer incidirem na população masculina⁽¹¹⁾. O equilíbrio na incidência entre homens e mulheres decorre dos inúmeros papéis sociais assumidos pela maioria das mulheres da atualidade. A sobrecarga de trabalho com jornadas duplas ou triplas pode conduzi-las ao *stress*, tendo em vista que a sua inserção no campo de trabalho não as desvinculou das atividades domésticas e da educação dos filhos, resultando num acúmulo de atribuições, fator que pode contribuir para o desequilíbrio do organismo⁽¹²⁾.

A amostra estudada caracterizou-se por baixa escolaridade. Pesquisa sobre a prevalência das doenças crônicas na população brasileira constatou que a desigualdade de condições de vida da população adulta, avaliada pelos anos de escolaridade, associa-se

a diferentes prevalências de condições crônicas, sendo as mais elevadas constatadas, em geral, nos segmentos socialmente desfavorecidos⁽¹³⁾.

O câncer tem incidência e estimativa maior na população de baixa renda, pois está mais exposta aos fatores de risco e tem menor acesso aos serviços de saúde⁽¹⁴⁾. Na presente investigação, maior percentual da renda familiar *per capita* dos entrevistados foi declarada como inferior a um (1) salário mínimo; somando-se estes com os declarados com até dois salários mínimos, que totalizaram 84,7% dos entrevistados. A condição de empobrecimento da população, somada aos gastos inerentes ao processo de adoecimento de um membro da família, refletem-se na redução dos recursos para o atendimento das necessidades básicas. Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, no Brasil, o custo individual da doença ainda é alto, em virtude dos gastos agregados ao diagnóstico e tratamento, o que contribui para o maior empobrecimento das famílias⁽¹⁾.

Além dessas características da população que denotam vulnerabilidades, a ocorrência de sinais e sintomas próprios do adoecimento pode causar problemas sociais que interferem no cotidiano e diminuem a habilidade de trabalhar, de relacionar-se com amigos e familiares, e, ainda, corroborando com as dificuldades sociais, o câncer pode causar problemas psicológicos⁽¹⁵⁾.

Em relação ao número de pessoas que residiam no domicílio, maior percentual referiu residir com duas a quatro pessoas, condição que pode elucidar os resultados favoráveis dos escores em todas as dimensões de AS. Estudo realizado na Tailândia corrobora com esses dados, no qual os pacientes com câncer apresentaram níveis satisfatórios de AS com média superior a 99,46⁽¹⁵⁾.

O apoio afetivo que envolve expressões de amor, estima, afeto e interesse apresentou o maior escore, com destaque para os entrevistados que informaram manter-se no trabalho, bem como entre os casados e os de maior renda *per capita*. O AS pode advir de ligações entre pessoas e grupos, o que envolve os colaboradores naturais (a família), os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos⁽¹⁶⁾. Em particular, o AS advindo da família e dos amigos ajuda a diminuir a angústia dos sintomas⁽¹⁵⁾.

O apoio material referido pelos entrevistados foi elevado (88,5%), principalmente nos declarados de raça negra e entre os solteiros. Esse apoio refere-se ao auxílio das pessoas em caso de necessidade e também reflete o acesso aos serviços de saúde, assim como as ações proporcionadas por outras pessoas que servem para resolver as atividades práticas⁽¹⁷⁾.

Com relação à dimensão apoio emocional, os entrevistados também indicaram resultados satisfatórios, principalmente entre os de etnia parda e do sexo masculino, declarados como não trabalhadores no momento e solteiros. O apoio emocional refere-se à empatia, confiança, amor, afeto, escuta e interesse⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Relaciona-se com a disponibilidade de alguém para conversar, com a geração de sentimentos de bem-estar e com a sensação de sentir-se amado e respeitado⁽¹⁸⁾. Cabe evidenciar que a população estudada residia em um município com características do interior do país, onde as relações interpessoais são preservadas pela proximidade geográfica e cultivo das relações em razão do ritmo de vida ainda pouco acelerado.

A proximidade dos entrevistados com uma rede ampliada de apoio pôde ser verificada com a mesma resposta satisfatória na dimensão apoio de informação, mas com especial destaque entre os solteiros. O apoio de informação é medido por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações. Essa estratégia de busca de suporte social é importante, essencialmente, quando se trata de informações sobre o diagnóstico e tratamento, pois as informações sobre o tratamento e recursos assistenciais oferecidos pelo círculo em que estão inseridos podem contribuir para a redução da ansiedade e tensão que são advindas do processo de adoecimento e acometimento desta patologia⁽²⁾.

Informações de profissionais de saúde podem reduzir a incerteza a respeito da doença, promovendo a confiança no manejo dos sintomas, além disso, o apoio social tem um impacto direto sobre a insegurança/incerteza e, quanto maior o apoio de familiares e profissionais da saúde, menor é a incerteza quanto ao tratamento e patologia⁽⁹⁻¹⁵⁾.

A dimensão de interação positiva obteve menor escore, com média=82,36±24,42, denotando que as atividades de entretenimento são as menos acessíveis, fato que realmente pode apresentar dificuldades de interação social, tendo em vista as incapacidades e limitações que a doença e o tratamento acarretam, possivelmente ainda agravadas com a baixa renda da

população estudada, ou seja, quanto menor a renda, menores as opções de lazer e entretenimento.

Nesse quesito, dentre os entrevistados, destacaram-se os casados, os que trabalhavam na época e os que tinham maior renda *per capita*, com os dados mostrando uma tendência para maior suporte social para os pacientes do sexo masculino ($p=0,055$). Foram os que apresentaram maiores escores para a dimensão interação positiva, provavelmente relacionada com as dinâmicas preservadas das relações interpessoais; da melhor condição clínica que, provavelmente, os trabalhadores mantêm, apesar da vigência do tratamento; bem como do maior poder aquisitivo para as atividades de lazer.

Na análise das variáveis com as dimensões de AS, os resultados obtidos corroboram com achados da literatura, nos quais os homens recebem mais AS se comparados com as mulheres. Estudos similares discutem que as atividades das mulheres na organização familiar ainda se mantêm demarcadas pela geração do cuidado e, para o exercício do cuidar, elas se organizam, priorizam atividades, ampliam a rede social e responsabilizam-se, primordialmente em casos de doenças⁽²⁰⁾.

Dentre as contribuições deste estudo cabe destacar que o tratamento do câncer não está delimitado à esfera biológica do cuidar, e que as dimensões que conformam o AS devem ser alvo de preocupação para os profissionais da saúde. Outra contribuição do estudo é o conhecimento que há grupos mais vulneráveis que outros, e que fatores culturais devem ser observados, buscando-se identificá-los e auxiliá-los na superação das dificuldades inerentes ao processo de adoecimento pelo câncer. As mulheres, neste sentido, por serem aceitas culturalmente como provedoras de cuidados, podem, ao adoecer pelo câncer, não receberem a mesma atenção e AS. Na perspectiva da melhoria da prática assistencial e educacional, o estudo deverá fornecer subsídios para a construção de um protocolo direcionado para o diagnóstico de AS e para o manejo, baseado em ações educativas, informação sobre direitos os pacientes e sobre as instituições governamentais e não-governamentais disponíveis nesta região.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que todas as dimensões da escala de AS (material, afetiva, emocional, informação e interação) estão correlacionadas entre si de

forma positiva, ou seja, quanto maior um tipo de apoio recebido pelo paciente, maior também será o outro. No entanto, ao serem avaliadas as variáveis sociodemográficas, identificaram-se escores mais elevados de apoio social entre os pacientes do sexo masculino (material, emocional e informação) e da etnia parda (afetivo, emocional e informação). Ainda, identificou-se que a renda familiar *per capita* apresentou associação positiva com apoio social afetivo e interação.

Na perspectiva das limitações desta investigação, os dados revelados são pertinentes a um determinado grupo populacional, com sua conformação cultural, econômica, social e de atendimento do próprio SUS, que não tem as mesmas características e potencialidades em todas as regiões do país. Dessa forma, este estudo pode servir de modelo para que outros grupos de pacientes oncológicos sejam investigados e que o AS seja caracterizado.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2013 jun 17]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf
- 2 Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. Paidéia. 2008;18(40):371-84.
- 3 Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):781-7.
- 4 Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):290-9.
- 5 Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991; 38(6): 705-14.
- 6 Pinto KRTE, Marcon SS. A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. Cienc Cuid Saúde. 2012;11(supl):153-9.
- 7 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.

- 8 Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. *Rev Bras Cancerol.* 2010; 56(4):431-41.
- 9 Leite ICG, Nunes LC, Moreira RC, Couto CA, Teixeira MTB. Mortalidade por câncer de boca e faringe. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):17-23.
- 10 Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(2):173-80.
- 11 Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(3):227-34.
- 12 Pafaro RC, De Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38(2):152-60.
- 13 Barros ABM, Francisco PSMB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cienc Saude Colet.* 2011;16(9): 3755-68.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidenca_cancer_2012.pdf
- 15 Somjjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in Northeast Thailand. *Cancer Nurs.* 2011;34(6):434-42.
- 16 Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Cienc Saude Colet.* 2012;17(5):1103-14.
- 17 Gómez MMG, Gómez MI. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av Enferm.* 2012; 30(1):32-41.
- 18 Kolankiewicz ACB. Relações entre os sintomas clínicos, o apoio social e a interferência na vida diária de pacientes oncológicos [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2013.
- 19 Pisoni AC, Kolankiewicz ACB, Scarton J, Loro MM, Souza MM, Rosanelli CLSP. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. *J Res: Fundam Care Online.* 2013;5(3):194-201.
- 20 Salci MA, Marcon SS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(3): 544-51.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
Rua Tiradentes, 231, Centro
98700-000, Ijuí, RS
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

Recebido em: 09.09.2013
Aprovado em: 20.01.2014