



**OBJN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**Español**

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## **LAS REDES SOCIALES DE APOYO EN EL CUIDADO**

**DOMICILIAR: PESQUISA DESCRIPTIVA-  
EXPLORATORIA**

**Jaqueline Dias do Nascimento<sup>1</sup>, Maria Ribeiro Lacerda<sup>2</sup>, Luísa Canestraro Kalinowski<sup>3</sup>, Luciane Fávero<sup>4</sup>**

<sup>1,2,3,4</sup> Universidad Federal del Paraná

### **RESUMEN**

**Introducción:** Redes sociales de apoyo son importantes para la mejoría de las condiciones de salud y calidad de vida de las personas, especialmente en el cuidado domiciliario. **Objetivos:** Identificar las redes sociales de apoyo utilizadas por familias y aquellas indicadas por los profesionales de la salud en el cuidado domiciliario, para clasificarlas de acuerdo con el tipo de apoyo y de relación ofrecidos y yuxtaponerlas. **Metodología:** Pesquisa cualitativa del tipo descriptiva-exploratoria realizada en el 2010, por medio de entrevista semi estructurada con siete familiares y cinco usuarios que recibían cuidado domiciliario y diez profesionales de Unidad de Salud que actuaban en esta área. **Resultados:** Para las familias, el apoyo espiritual fue el más nombrado, y el afectivo fue poco significativo; los profesionales indicaron empresas privadas, organizaciones no-gubernamentales y fundaciones como apoyo material, pero la mayoría de ellos relató no involucrarse con el apoyo espiritual. El apoyo informal de las familias vino principalmente de individuos y los profesionales citaron poco este apoyo. En el apoyo formal, las familias relataron instituciones religiosas y los profesionales citaron empresas privadas, órganos públicos y de defensa. **Conclusión:** Se hace necesario que el enfermero oriente a la familia, para que esta se reestructure y divida tareas que auxilien en el cuidado domiciliario, por medio del uso de redes sociales de apoyo. Además, sugiere la articulación de los profesionales de salud con instituciones locales para la formación de estas redes, con el fin de mejorar la asistencia y proporcionar impacto positivo en la salud de los usuarios y cuidadores.

**Palabras-claves:** Apoyo social, Asistencia domiciliario, Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

La atención domiciliar se inició en el año 1780, en los Estados Unidos, con la creación de un servicio destinado a ese fin, vinculado a una institución hospitalaria. Pero solamente en 1947, en ese mismo país, en el hospital de Montefiore, en el Bronx, el concepto de *Home Care*, entendido en aquel momento como extensión del atendimento hospitalario, fue introducido, con el objetivo de abreviar el alta. En Brasil, la primera experiencia organizada en el área se dio con la creación del Servicio de Asistencia Médica Domiciliar de Urgencia (SAMDU), en 1949<sup>(1)</sup>.

La necesidad de cuidado en el domicilio ha aumentado cada vez más. El cuidado domiciliar irá a firmarse definitivamente en el siglo XXI y pasará a ampliar aun más su espacio, como una especialidad para todos los profesionales de la salud, pero principalmente, para enfermeros y demás trabajadores de Enfermería<sup>(2)</sup>.

La práctica del cuidado domiciliar no posee un único y restricto objeto de trabajo, es formada tanto por el usuario que está carente de cuidado, como por sus familiares<sup>(3)</sup>. La familia, que posee a alguien que precisa de cuidados en su domicilio, muchas veces no tienen apoyo y condiciones suficientes para tratarlo de acuerdo con sus necesidades, pues él demanda, entre otros aspectos, de recursos a su disposición<sup>(4)</sup>.

En Brasil, debido al crecimiento del número de personas ancianas, hay un aumento en la demanda de salud de esta población y, en ese contexto, el cuidado domiciliar aparece como una posibilidad de cuidado. Con eso, se destaca que el cuidado ofrecido al anciano es garantido por el Estatuto y por la Política Nacional del anciano, los cuales objetivan asegurar, de entre otros, el derecho a la salud, incluyendo el atendimento domiciliar al anciano que necesite o esté imposibilitado de movimentarse hasta el servicio de salud<sup>5,6</sup>.

En ese sentido, es importante preocuparse con las familias, los usuarios y sus particularidades, los cuidadores y, también, con la formación de una red social de apoyo capaz de auxiliarlos, principalmente porque esta red puede contribuir significativamente para la mejoría de la salud de sus participantes<sup>4</sup> Y para asegurar los derechos de las personas asistidas.

Apoyo social puede ser definido como "cualquier información, hablada o no, o auxilio material ofrecidos por grupos o personas, con las cuales tendríamos contactos sistemáticos, que resultan en efectos emocionales o comportamientos positivos"<sup>(7:325)</sup>. La red social es una tela de relaciones que liga los diversos individuos que poseen vínculos sociales propiciando que los recursos de apoyo fluyan por medio de esos vínculos<sup>8</sup>.

Por lo tanto, para actuar en el domicilio es importante tener sensibilidad y capacidad para movilizar recursos disponibles para el cuidado<sup>9</sup>, y eso podrá ser hecho por medio de redes sociales de apoyo. Al considerar que las redes sociales de apoyo poseen gran importancia para la mejoría de las condiciones de salud y calidad de vida, principalmente en la atención domiciliar, los profesionales e instituciones de salud deben estar preparados para ofrecer ese soporte, no sólo como miembros de esas redes, pero también como identificadores de recursos existentes en la comunidad, para auxiliar, principalmente, a aquellos que poseen mayor dificultad económica<sup>(4)</sup>.

En revisión integrativa realizada en el 2010, cuyo objetivo fue comprender cuales eran las correlaciones establecidas entre las redes sociales de apoyo y la asistencia domiciliar, se verificó al final de la pesquisa la no existencia de estudios brasileños que busquen identificar las redes desarrolladas después de la eminencia del cuidado domiciliar<sup>(10)</sup>.

Entonces, delante de lo expuesto, esta pesquisa tuvo la siguiente cuestión norteadora: "¿Cuáles son las redes sociales de apoyo utilizadas por las familias e indicadas por los profesionales de salud en el cuidado domiciliar?". Con eso, se objetivó identificar las redes sociales de apoyo utilizadas por las familias y aquellas indicadas por los profesionales de salud en el cuidado domiciliar, para entonces clasificarlas de acuerdo con el tipo de apoyo y de relación ofrecidos, además de yuxtaponerlas.

Esa pesquisa se vuelve relevante, una vez que la identificación de las redes sociales de apoyo existentes en una comunidad y su clasificación puede contribuir en la efectividad del cuidado domiciliar, pues a partir de este conocimiento, los profesionales de salud pueden indicar al usuario y a los familiares las redes disponibles y más apropiadas de acuerdo con la realidad y la necesidad de cada un.

## **METODOLOGÍA**

Pesquisa cualitativa del tipo descriptiva-exploratoria realizada en una Unidad de Salud (US) con Estrategia de Salud de Familia (ESF) del municipio Curitiba-PR. Los participantes hicieron parte de dos grupos. El primer grupo fue compuesto por 12 personas, siendo cinco usuarios que recibían cuidado domiciliar y siete familiares. Esos 12 participantes hacían parte de 10 familias, una vez que fue entrevistada solamente una persona en ocho familias, y dos personas (usuario y familiar) en dos familias.

Los criterios de inclusión de este grupo consistieron en: ser familiar o usuario que recibe cuidado domiciliar por un período superior a seis meses; aceptar participar voluntariamente de la pesquisa; y firmar el compromiso de Consentimiento Libre y Esclarecido. Los criterios de exclusión fueron: ser familiar o usuario que recibe cuidado domiciliar por un período inferior a seis meses y no aceptar participar voluntariamente de la pesquisa.

Del segundo grupo hicieron parte 10 profesionales de salud que realizaban o coordinaban el cuidado domiciliar en la US, presentes en el período de realización de la pesquisa, siendo seis auxiliares de Enfermería, dos enfermeras, un médico y una Autoridad Sanitaria Local. Tales profesionales fueron entrevistados por tener una aproximación con el cuidado domiciliar y, posiblemente, conocen sobre las redes sociales de apoyo.

Para el segundo grupo, los criterios de inclusión fueron: ser profesional de salud de la US sede de la pesquisa; realizar o coordinar el cuidado domiciliar; aceptar participar voluntariamente de la pesquisa; y firmar el compromiso de Consentimiento Libre y Esclarecido. Fueron excluidos aquellos profesionales que no se encajaban en los criterios de inclusión descritos.

La colecta de datos ocurrió en el período de Agosto a Octubre del 2010, por medio de entrevista semi estructurada audio gravada, compuesta por cuestiones referentes a la identificación de los participantes, y preguntas abiertas relacionadas a los cuidados recibidos y ofrecidos, a la ayuda de orden material, espiritual, financiera y afectiva, a las

personas que indicaban esta ayuda y aun, para los profesionales, donde encontraban informaciones para la indicación de las redes sociales de apoyo a las familias.

Para la caracterización de las familias participantes, se utilizaron los ítems sexo y edad del usuario, número de personas en el domicilio, renta media, enfermedad que llevó al usuario a recibir cuidado domiciliar y el período en que este recibía el cuidado en el domicilio. Para la caracterización de los profesionales de salud se identificaron las variables sexo, edad, formación principal, cargo o función ejercidos en la US, y tiempo de actuación en la ESF.

Para el análisis de los datos, las redes de apoyo utilizadas por las familias e indicadas por los profesionales fueron clasificadas, primeramente, de acuerdo con el tipo de apoyo: apoyo material, apoyo en el cuidado, apoyo espiritual, apoyo financiero y apoyo afectivo; posteriormente, esas mismas redes fueron reclasificadas según el tipo de relación, siendo informal o formal<sup>(11,12)</sup>. Hecha tal clasificación, se realizó la yuxtaposición de las redes y, enseguida, se efectuó la discusión de los datos obtenidos, con base en la literatura.

La pesquisa siguió los preceptos éticos preconizados por la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud, y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Sector de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraná (CEP/SD: 940.065.10.06 – CAAE: 0040.0.091.000-10). Recibió parecer favorable del Comité de Ética de la Secretaria Municipal de salud de Curitiba. Todos los participantes firmaron el compromiso de Consentimiento Libre y Esclarecido.

## **RESULTADOS**

En las familias participantes, cinco usuarios eran del sexo femenino y cinco del sexo masculino, con media de edad de 72 años. El número de personas en el domicilio no ultrapasó cuatro miembros y el presupuesto mensual varió de uno hasta más de siete sueldos mínimos. Los problemas de salud que más llevaron al usuario a recibir cuidado domiciliar fueron las enfermedades crónicas, como accidente vascular cerebral, cáncer,

diabetes *mellitus*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal, y el período que cada usuario recibía ese cuidado varió entre siete a 60 meses.

El grupo de los profesionales de salud era formado predominantemente por mujeres, con edades entre 31 y 61 años y el tiempo de actuación en la ESF ultrapasó cinco años. Tres de los participantes que actuaban como auxiliares de Enfermería poseían también formación superior.

Los datos referentes a las redes sociales de apoyo fueron agrupados en tres categorías, así denominadas: "Redes sociales de apoyo utilizadas por familias que reciben cuidado domiciliar"; "Redes sociales de apoyo indicadas por los profesionales de salud que realizan cuidado domiciliar"; "Correlación entre las redes sociales de apoyo utilizadas por las familias y aquellas indicadas por los profesionales de salud en el cuidado domiciliar".

### **Redes sociales de apoyo utilizadas por familias que reciben cuidado domiciliar**

El mayor número de instituciones de apoyo citadas por las familias capaces de subsidiar el cuidado realizado en el domicilio se relacionaba a aquellas proveedoras de materiales para el cuidado, dentro de los cuales se destacaron: pañales, medicamentos, materiales de higiene, materiales para ejecución del cuidado y productos para dislocamiento como bastones, sillas de ruedas y muletas.

Los cuidados al usuario, en la mayor parte de las familias, eran ejercidos por los propios familiares, y revelaban el apoyo al cuidado. Estos familiares, algunas veces, era orientados por profesionales de salud. El apoyo espiritual fue el más citado, pues estaba presente en ocho de las 10 familias participantes, y, en su mayoría, vino de instituciones religiosas. Un de los familiares relató os programas televisivos como forma de este tipo de apoyo.

En relación al apoyo financiero, seis de las 10 familias participantes afirmaron no recibirlo, pero después del análisis de las entrevistas, se notó que las familias consideran apoyo financiero sólo aquel recibido en forma de dinero, y no los demás apoyos, como cestas básicas y auxilio para obtención de jubilación. El apoyo afectivo fue poco

expresivo, abarcando solamente personas del propio grupo familiar, como hijos, esposas y nietos.

Cuando el apoyo fue clasificado en formal o informal, se observó que el apoyo informal provenía de individuos generalmente próximos al domicilio, como familiares (con destaque para hijos y esposa), vecinos y residentes de la región, que auxiliaban tanto en la ejecución del cuidado como en el suministro de insumos para este.

Se constató aun, en las redes sociales de apoyo del tipo informal, la presencia de los funcionarios de la US, que aunque vinculados a una red social de apoyo formal, ofrecen apoyo capaz de transformar la relación en informal para aquellos que la reciben, al actuar de manera individual.

En el apoyo formal, o sea, aquel que proviene de instituciones, se verificó que el mayor número de apoyo citado era referente a las instituciones religiosas, como iglesias y grupos de auto-ayuda. Se observó aun el apoyo de órganos públicos como el ayuntamiento, el Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia (SAMU) y la Fundación de Acción Social (FAS). Es importante destacar que dos de las 10 familias participantes, con excepción del apoyo venido de la US, relataron no recibieron ningún otro tipo de apoyo formal.

### **Redes sociales de apoyo indicadas por los profesionales de salud que realizan cuidado domiciliar**

Con relación al apoyo material, los profesionales de salud indicaron las empresas privadas, las Organizaciones No-Gubernamentales (ONGs), las fundaciones, entre otras. Se destaca la importancia de la US como proveedora de ese tipo de apoyo, pues ella fornece material para la realización del cuidado domiciliar. Se esperaba, por lo tanto, que los profesionales de salud la apuntasen como la principal fuente de apoyo material para el cuidado domiciliar, mas ella sólo fue citada por cuatro de los 10 profesionales participantes.

Se notó también la participación de instituciones religiosas en el suministro de materiales para o cuidado en el domicilio, así como de las empresas de la región, las cuales se utilizan de los incentivos fiscales para realizar donaciones.

Cuando cuestionados sobre la indicación de apoyo espiritual, seis de los 10 participantes afirmaron que no se envuelven con este tipo de indicación. Sin embargo, fue posible constatar que algunos profesionales citan grupos religiosos presentes en la comunidad y se preocupan en no indicar una religión específica.

El apoyo financiero indicado relacionaba principalmente las instituciones gubernamentales, como la FAS, el Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS), el ayuntamiento y las instituciones religiosas. La orientación más observada en las entrevistas, venidas de ese tipo de apoyo, trataba de la indicación para el beneficio de jubilación, sea por motivo de salud o edad.

La indicación de los profesionales relativa al apoyo afectivo se constituyó, básicamente, en la reunión del grupo familiar para identificación de un cuidador principal, que pueda auxiliar a los profesionales de salud en la ejecución y manutención del cuidado en el domicilio. Fueron citados, también, órganos públicos de protección, como el Ministerio Público y el Consejo del anciano, cuando se trataba de un usuario anciano en especial, aquel que sufre abandono o malos tratos. Para este, en ese momento hay necesidad de intervención del Estado para que haya efectividad del cuidado domiciliar.

Se resalta que el apoyo en el cuidado no apareció entre las redes sociales de apoyo citadas por los profesionales.

Con relación al apoyo informal, los profesionales participantes lo citaron poco, limitándose a la indicación de religiosos, familiares y vecinos de los usuarios, colegas y funcionarios de la US.

En las relaciones del tipo formal fueron indicadas empresas privadas, órganos públicos, como el ayuntamiento y sus secretarías, y aun FAS, CRAS, Asociación Paranaense de Rehabilitación (APR) y US. Órganos de defensa también fueron mencionados, como el Ministerio Público y el Consejo del anciano, además, de grupos religiosos, como el Instituto Palazoro, el Lar de las niñas y algunas iglesias.



## **Correlación entre las redes sociales de apoyo utilizadas por las familias y aquellas indicadas por los profesionales de la salud en el cuidado domiciliar**

Al analizar las declaraciones de los dos grupos de participantes, se notó que en el grupo de las familias las redes sociales de apoyo eran compuestas, en su mayoría, por individuos. Ya los profesionales de salud suelen indicar instituciones para la búsqueda de auxilio.

Todavía en la yuxtaposición de las declaraciones se constató que el apoyo espiritual es muy importante para las familias que poseen un ente que necesita de cuidado domiciliar, no obstante, los profesionales de salud no indicaron de forma significativa este tipo de apoyo.

Para la mayoría de los profesionales de salud, la US, dentro de sus atribuciones, atiende a las necesidades de los usuarios y familiares que necesitan de cuidado domiciliar, pero lo que se puede notar en las declaraciones de las familias fue el no reconocimiento de esas funciones, una vez que hubo declaraciones donde se decía que no era función de los profesionales allí actuantes.

Además de eso, otros profesionales de la salud, no integrantes del equipo de Enfermería, reconocen la identificación e indicación de las redes sociales de apoyo como siendo atribución no específica del enfermero.

## **DISCUSIÓN**

En la caracterización de las familias participantes, en relación a la edad de los usuarios de la pesquisa, hubo la predominancia de los ancianos, aquellos que en Brasil, de acuerdo con la Ley nº8.842, en su artículo 2 inciso I, poseen edad igual o superior a 60 años<sup>6</sup>. También, el proceso de envejecimiento trae consigo, entre otras alteraciones, cambios del patrón de morbo-mortalidad, con aumento no sólo de la incidencia como

también de la prevalencia de enfermedades crónicas<sup>(13)</sup>, problema también enfrentado por los participantes de este estudio.

En lo que dice respecto al número de personas que habitan el domicilio, se resalta que la convivencia entre ellas favorece comportamientos de monitoreado en relación a sus patologías<sup>(14)</sup>, así, cuanto mayor el número de personas en la familia, mayor la convivencia entre ellas, lo que podrá mejorar las condiciones de salud.

En el grupo de los profesionales de la salud entrevistados, se verificó que el tiempo de actuación en la ESF ultrapasó cinco años, hecho que debe ser destacado, una vez que un mayor tiempo de dedicación a la actividad laboral puede posibilitar, al profesional, el reconocimiento de la necesidad en contar con redes sociales de apoyo en el cuidado desarrollado en el domicilio.

Con relación a las redes sociales de apoyo utilizadas por las familias que reciben cuidado domiciliario, se notó la importancia dada al apoyo espiritual, una vez que este funciona para los cuidadores/personas cuidadas como un amortiguador de los impactos dañosos a la salud, sirve para elaborar nuevos sentidos y significados para la vida y apoya a las personas en el enfrentamiento de las situaciones adversas<sup>(15)</sup>.

El número restringido de apoyo afectivo en las familias puede justificarse por el hecho de que, al estar debilitado, el individuo no participa, o disminuye la participación en las actividades sociales, además de reducir las iniciativas de intercambios con otras personas, y esto hace con que ocurra la reducción de las interacciones<sup>(16)</sup>.

Diversos individuos, principalmente familiares, como hijos y esposa, fueron citados como proveedores de apoyo informal para las familias, capaces de suministrar ayuda y cariño. Esto refuerza la idea de que los hijos y esposas comparten la tarea de cuidar, imbuidos de sentimientos afectivos, deber y obligación, influenciados culturalmente por valores y creencias<sup>(4)</sup>.

En el apoyo formal, las familias eligieron algunas instituciones, calificadas como formales, pues poseen una sistematización en su forma de apoyo y no atingen apenas un individuo específico y sí a una población<sup>(16)</sup>.

El hecho de dos de las 10 familias participantes relatar no recibir ningún otro tipo de apoyo formal, además de aquel venido de la US, es preocupante para su calidad de vida, pues la no existencia de redes puede contribuir de forma negativa para el desenvolvimiento del cuidado domiciliar.

En relación a las redes sociales de apoyo indicadas por los profesionales de la salud que realizan cuidado domiciliar, se constató que el suministro de materiales para el cuidado en el domicilio viene, principalmente, de instituciones religiosas y empresas privadas de la región. Este tipo de apoyo engloba el acceso de los individuos a los servicios o a los recursos materiales, en los que están incluidos, por ejemplo, la ayuda en dinero o el préstamo de utensilios<sup>(12)</sup>.

La mayoría de los profesionales relató no indicar el apoyo espiritual y eso puede justificarse por la cuestión de que hace parte de la pesquisa un número mayor de auxiliares de enfermería, y según la ley nº 7.498/86<sup>(17)</sup>, que dispone sobre el ejercicio de Enfermería, es privativo al enfermero la planificación, la organización, la coordinación, la ejecución y la evaluación de los servicios de la asistencia de Enfermería, además de la prescripción de esta asistencia e, incluso, como integrante del equipo de salud participar en programas y actividades que busquen la mejoría de la salud del individuo, de la familia y de la población en general.

Sin embargo, un estudio realizado con profesionales de la salud demostró que ellos creen en la protección divina y reconocen la religiosidad como algo importante y como forma de conforto para el paciente y sus familiares para enfrentar la situación de enfermedad<sup>(18)</sup>. En ese sentido, se destaca la importancia de la indicación por el enfermero del apoyo espiritual, una vez que la religiosidad es una necesidad humana básica que precisa ser contemplada en el cuidado prestado por este profesional.

El apoyo en el cuidado no apareció entre las redes sociales de apoyo citadas por los profesionales, por eso se cree que la falta de indicación a ese tipo de apoyo sea por el hecho de que los responsables por el cuidado realizado en el domicilio son de la familia y los profesionales de la US, no habiendo indicación de otros sectores, servicios, grupos o instituciones.

En las relaciones del tipo formal una pesquisa destaca que, diferentemente de lo observado en la fala de las familias, los profesionales de la salud indicaron asociaciones voluntarias, y estas determinan el grado de organización y actividad de una sociedad civil<sup>(14)</sup>.

Al correlacionar las redes sociales de apoyo apuntadas por los dos grupos de participantes, se notó, en la literatura, que es deber del profesional de la salud indicar tales redes para las familias, para que estas no se queden sobrecargadas, sin la ayuda u orientaciones pertinentes, lo que puede interferir directamente en la calidad de vida del cuidador y de ser cuidado<sup>(4)</sup>.

En lo que se refiere a la Enfermería, se resalta, por lo tanto, el cuidado domiciliar cuyas especificidades deben ser aprendidas durante la graduación. Esta medida hará con que los futuros profesionales puedan, realmente, transponer la barrera del cuidado basado en el modelo biomédico, lo cual todavía es ampliamente utilizado<sup>(19)</sup>.

Al conocer e indicar las redes sociales de apoyo disponibles, los enfermeros pueden auxiliar a los usuarios en el enfrentamiento de dificultades cuando hay necesidad del cuidado domiciliar, además de utilizar tales redes como instrumentos para potencializar su trabajo.

Tal condición es importante, una vez que el objetivo final del cuidado en salud, en su vertiente social, es más de que el tratamiento de los síntomas, sino también la reintegración de las personas a la sociedad, pues el individuo integrado a su comunidad suele vivir más y puede tener más recursos para lidiar y/o recuperarse de los sufrimientos físico, psíquico y social que afectan su salud<sup>(20)</sup>.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Las redes sociales de apoyo son fundamentales para atender a las necesidades de los individuos y a la comunidad, principalmente en la eminencia del cuidado domiciliar. Con eso, se vuelve importante la participación de diversos sectores y organizaciones, pues el

proceso de mantención de la salud y prevención de las enfermedades acontece por medio de una construcción histórico-social y de las situaciones vividas.

Con esta pesquisa fue posible identificar diferentes redes utilizadas por las familias e indicadas por los profesionales de la salud en el cuidado domiciliario, lo que puede contribuir para la actuación de estos trabajadores, principalmente los enfermeros. Con la clasificación de las redes fue posible verificar las diferencias entre las redes utilizadas por las familias que recibían cuidado domiciliario y aquellas indicadas por los profesionales de la salud, ya que el estudio de tales redes permite el mapeado de las relaciones entre individuos o grupos.

El hecho de conocer las redes sociales de apoyo y materializarlas, o simplemente hablar sobre ellas, consiste en el primer paso para el enfermero buscarlas con la finalidad de utilizarlas.

Se hace necesario que el enfermero oriente a la familia, para que ésta se reestructure y divida tareas que auxilien en el cuidado domiciliario, por medio del uso de redes sociales de apoyo. En este contexto, se destaca la importancia del incentivo en recursos humanos capacitados para atender al usuario que necesita del cuidado domiciliario, aliado a la formación y correcta indicación de las redes sociales de apoyo, con el intuito de amenizar la sobrecarga de las familias.

Dentro de las limitaciones encontradas para la realización de esta pesquisa, se resalta la imposibilidad del conocimiento profundado sobre las acciones específicas realizadas por cada red. De esta forma, se indica el desenvolvimiento de pesquisas que aborden esta temática. Por fin, se sugiere la articulación de los profesionales de la salud, principalmente del enfermero, con otras instituciones locales para la formación de una red social de apoyo que podrá mejorar la asistencia y proporcionar impacto positivo en la salud de los usuarios y cuidadores.

## REFERENCIAS

1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica 2008; 24(3): 180-188.
2. Hirschfeld MJ, Oguisso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Rev Bras Enferm 2002; 55(4): 452-459.
3. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cad Saude Publica 2008; 24(3): 485-493.
4. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. Rev Gauch Enferm 2008; 29(1): 47-53.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
7. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2008 [citado em 2011 nov 02]; 16(2): 324-327. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_24.pdf)
8. Catafesta F, Lacerda MR. Skills of nurses needed for the development of home care: reflection. Online Braz J Nurs [Internet]. 2008 [citado em 2011 nov 02]; 7(2). Disponível em:  
<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1302/345>
9. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saude Publica 1999; 15(Supl 2): 7-14.

10. Gomes IM, Lacerda MR. Correlations between social support and the home nursing: integrative review. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010 [citado em 2011 nov 02]; 9(1). Disponível em:  
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2010.2876/658>
11. Nóbrega VM, Collet N, Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [citado em 2011 nov 02]; 12(3):431-440. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>
12. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. Cienc Saude Colet 2006; 11 (3): 753-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30990.pdf>
13. Bastos CC, Lemos ND, Mello AN. Perfil clínico-demográfico dos pacientes inseridos em um programa de assistência domiciliária no município de São Paulo. Rev Kairos 2007; 10(2): 205-224.
14. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Cienc Saude Colet 2002; 7(4): 925-934.
15. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. Cienc Saude Colet 2011; 16(Supl 1): 945-955.
16. Landim FLP, Comaru JL, Mesquita RB, Collares PM. Redes sociais informais de uma comunidade da periferia de Fortaleza. Cogitare Enferm 2006; 11(1): 16-23.
17. Brasil. Decreto nº. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, p. 8853-8855, jun. 1987.
18. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2010 [citado em 2011 nov 02]; 18(6): 1229-1236. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf)
19. Hermann AP, Méier MJ, Wall ML, Bernardino E, Lacerda MR. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira. Cogitare Enferm 2009; 14(4): 748-754.

20. Souza J, Kantorski LP. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2): 373-383.

NASCIMENTO JD, LACERDA MR, KALINOWSKI LC, FAVERO L. Supportive social networks to homecare: a descriptive exploratory study. Online braz. J. nurs. (Online); 10(3) set-dez. 2011.