



ORIGINAL ARTICLE

RELATIONSHIPS AND TRUST, REPRESENTATIONS BUILT BY HEART PATIENT'S FAMILY

RELAÇÃO E CONFIANÇA, REPRESENTAÇÕES CONSTRUÍDAS PELA FAMÍLIA DO DOENTE CARDÍACO

RELACIÓN Y CONFIANZ, REPRESENTACIÓN CONSTRUÍDO POR LA FAMILIA DEL PACIENTE DE CORAZÓN

Maria do Céu Mendes Pinto Marques¹, Ermelinda Rebola², Manuel José Lopes³

ABSTRACT

Objective: to realize the social representations of relationships and trust and explore their dimensions, elaborated by heart patient relatives from a cardiology unit from a Portuguese hospital. **Methodology:** this is about an exploratory study, taken from 48 (forty-eight) relatives. Data were collected during a month time, through a survey, with socio-demographic questions and two inducing factors. The free association of words technique was used. The ethical and legal proceedings were upheld, in agreement with the Helsinki ethics declaration in research involving human beings. The data analysis was performed using the Microsoft Office Word® and processed using Evoc® and SIMI®, and provided the structure of social representations and the strength between elements. **Results:** female gender relatives are predominant, the proximity of relatives is: sons (daughters); and wives. The relationship core is constituted by, providing good care, professionalism, and information. The trust core is constituted by, nurses, medical doctors, and care. **Conclusion:** for the effectiveness of the relationship to be real, there's the need for a good care to be provided by the health care professionals to the patient/family, with professionalism always on sight, and with information as a knowledge base. The ones who contributed the most for the main health care foundation, trust, were the nurses and the medical doctors with the art of taking care. **Descriptors:** relationship; trust; social representations; family.

RESUMO

Objetivo: apreender as representações sociais de relação e confiança e explorar as suas dimensões, elaboradas por familiares de doentes cardíacos de uma unidade de cardiologia de um hospital Português. **Metodologia:** estudo exploratório, realizado a 48 familiares. Recolha dos dados feita no espaço temporal de um mês, utilizando questionário, com questões sócio-demográficas e dois estímulos indutores. Foi utilizada a técnica da associação livre de palavras. Foram cumpridos os procedimentos éticos e legais, em conformidade com a Declaração de Helsinki de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Os dados foram categorizados recorrendo ao Microsoft Office Word® e processados nos softwares Evoc® e SIMI®, forneceram a estrutura das representações sociais e a força da relação entre elementos. **Resultados:** predominância de familiares do sexo feminino, grau de parentesco filhos e esposas. Núcleo central de relação constituído por, *tratar bem, profissionalismo e informação*. Núcleo central de confiança constituído por *enfermeiros, médicos e cuidar*. **Conclusão:** a relação para ser eficaz, necessita que os profissionais de saúde cuidem bem a família/doente, com profissionalismo tendo a informação como base. Quem mais contribuiu para um dos principais alicerces da relação, a confiança, foram os enfermeiros e os médicos com a arte de cuidar. **Descritores:** relação; confiança; representações sociais; família.

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales de relación y confianza y explorar sus dimensiones, preparados por los familiares de los pacientes del corazón en una unidad de cardiología de un hospital portugués. **Metodología:** un estudio exploratorio, realizado en 48 familias. La recogida de datos realizada en el lapso de un mes, mediante cuestionario con preguntas sociodemográficas y dos estímulos indutores. Se utilizó la técnica de asociación libre de palabras. Ha cumplido con los procedimientos éticos y legales de conformidad con la Declaración de Helsinki sobre la Ética en la Investigación en Seres Humanos. Los datos fueron categorizados utilizando el Microsoft Office Word y procesados en el software Evoc y SIMI, proporcionar el marco de las representaciones sociales y la fuerza de la relación entre los elementos. **Resultados:** la mayoría es mujeres, niños y esposas. Núcleo centrales de la relación formado por, manejar bien, profesionalismo y información. Núcleo centrales de la confianza construida por los enfermeros, los médicos y la atención. **Conclusión:** la relación sea efectiva, requiere que los profesionales de la salud traten bien la familia/paciente a la con profesionalismo y la base de información. Quién más ha contribuido a una importante fundación de respeto, confianza, fueron las enfermeros y los médicos con el arte de la atención. **Descriptores:** respeto; confianza; representaciones sociales; familia.

¹Enfermeira, Mestre em Ecologia Humana, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Investigadora do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Évora, Portugal (PT). E-mail: mcmарques@uevora.pt; ²Enfermeira, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira Especialista do Hospital do Espírito Santo Évora. Évora, Portugal (PT). E-mail: ermrebola@sapo.pt; ³Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Coordenador do Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Director da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Diretor do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Évora, Portugal (PT). E-mail: mjl@uevora.pt

INTRODUÇÃO

Quando uma pessoa sofre uma doença cardíaca e entra no hospital, abre-se a porta de uma nova realidade, quer ao doente, quer à família. Quer um, quer outros iniciam um processo de transição¹, o qual, tendo aspectos particulares, tem também diversos aspectos comuns, ainda que, eventualmente vividos em *timings* diferentes. Ao doente, esta nova experiência de ameaça radical à sua integridade e à sua vida, bem como de interação com todo o contexto hospitalar, obriga-o a um repensar de si próprio e transporta-o para um nível diferente de desenvolvimento. À família a ameaça de perda eminente de um dos seus membros, bem como a interação constante com o contexto hospitalar e seus atores possibilitam a construção de uma diversidade enorme de significados e códigos. Neste contexto, a doença, sendo uma experiência singular, é também uma experiência de vida, de natureza processual, vivida conjuntamente pelo doente e pela família.

A capacidade técnica de resposta dos serviços de saúde à doença tem evoluído de forma notável nos últimos anos. Todavia interrogamo-nos: tem evoluído igualmente a capacidade de resposta a esta experiência de vida de modo a integrá-la positivamente na vida do doente e das famílias? Os profissionais de saúde estão preparados para ajudarem os doentes e famílias neste processo de transição?

A evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem assim como a integração de outros profissionais (psicólogos e assistentes sociais) na equipe de saúde tem sem dúvida permitido alguma evolução a esse nível. Todavia, essa é ainda uma área que carece de maiores desenvolvimentos, principalmente no que concerne aos cuidados a dispensar à família. Isto porque a família constitui um importante suporte à pessoa hospitalizada, em concreto à pessoa com doença cardíaca, nem sempre potencializado. Mas também porque as repercussões da doença em geral, da cardíaca em particular, não afectam só o doente, estendendo-se aos familiares, podendo causar situações de desorganização a vários níveis, social, económico, psicológico e espiritual.

Para que esses cuidados sejam efetivos devemos considerar que o conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos. A Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®) refere-se à família, como grupo ou conjunto de seres humanos, considerados como indivíduos, ligados uns aos

outros por laços de sangue, parentesco, relações emocionais ou legais, incluindo outras pessoas significativas.² A evolução do conceito de família, tenta traduzir as enormes transformações na sua estrutura e dinâmica que a família tem sofrido ao longo dos tempos.

O conhecimento acerca destas transformações é importante porque, quando um elemento da família é hospitalizado, as reacções de cada familiar, são diferentes, e as alterações que a doença provoca na família, estão relacionadas com o papel social do indivíduo que adoece, com a idade, com o sexo e com a própria estrutura familiar.³

Numa perspectiva sistêmica, a família constitui-se como uma rede complexa de relações e emoções, ela funciona como um sistema aberto. De entre as diversas características sistêmicas da família destacamos, a globalidade, no sentido de um todo coeso, ou seja, alterações num elemento da família altera todos os outros; a não-somatividade diz que a família é mais que a soma dos seus elementos; a homeostase, diz que a família é detentora de processos de auto-regulação; a morfodênese, diz que a família como sistema, tem capacidade de absorver *inputs* do meio e mudar a sua organização; a retroalimentação, diz que a família garante o funcionamento enquanto unidade, pelo mecanismo de circulação da informação entre os componentes do sistema pelo princípio do *feedback*, sendo que se este for negativo influencia a homeostasia e se for positivo responde pela mudança sistêmica; a equifinalidade, é outra das características e diz que os elementos da família têm a capacidade de se confrontarem, ao definirem um objectivo conseguem arranjar várias formas de o alcançar, sem ficarem presos a uma solução.⁴

A família continua a ser o espaço onde nascemos, crescemos e nos desenvolvemos em relação. Deste modo é importante que os enfermeiros saibam acolher a família como elemento integrante desta mesma equipe, até porque será a família a garantir a continuidade dos cuidados após a saída do doente do hospital.

A integração da família a equipe assenta basicamente na relação com o enfermeiro. Tal deve-se ao fato de ser este o elemento da equipe que mais tempo permanece junto do doente, logo o que tem mais oportunidade de com ela interagir. Mas também porque os cuidados que a família irá dispensar ao doente no pós-alta são construídos essencialmente à volta das atividades de vida do doente. Assim é essencial estabelecer e manter uma relação terapêutica com a família. Esta relação é

estabelecida e desenvolvida nos diversos contatos interpessoais, onde a comunicação se assume como uma competência vital, de tal forma significativa que permite o início e continuidade da relação, onde se podem criar fortes laços de confiança.

A comunicação é um processo que permite aos enfermeiros estabelecer uma relação intencional nomeadamente no que respeita à assistência das pessoas e das famílias, relativamente ao lidar com a experiência de doença cardíaca e sofrimento, ajudando-as a encontrar um sentido nessas experiências.⁵ Pois a situação de doença mesmo na família é sempre uma experiência única e total a cada ser humano.⁶

Desta forma, os enfermeiros devem ser capazes de compreender o comportamento das pessoas para as poderem ajudar. Se compreenderem o comportamento dos familiares face aos problemas que se surgem diversos níveis de experiências humanas, muito concretamente na situação do doente cardíaco, estão a favorecer a relação e a contribuir para que a confiança na relação seja uma mais valia no processo de cuidados.⁷

A confiança é considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator determinante para o sucesso ou insucesso das relações. Torna-se assim necessário entender quais os componentes daquele construto conceitual. A confiança é construída por elementos cognitivos e emocionais. A decisão de confiar ou não em alguém é influenciada por um componente constituído pelo julgamento racional do indivíduo, com base no que ele julga boas razões para confiar.⁸

Baseada por vezes na observação do seu comportamento, a confiança é influenciada pela realidade coletiva cognitiva, ou seja, a percepção que o indivíduo tem que as outras pessoas também consideram a pessoa em questão como confiável. Segundo a mesma autora a dimensão emocional da confiança contribui para a base da dimensão cognitiva, pois uma quebra da relação de confiança ameaça trazer sofrimento emocional para os envolvidos na relação.⁸

As relações enfermeiro/doente devem basear-se num relacionamento responsável onde intervêm três elementos essenciais: respeito, confiança, e reciprocidade.⁹

A intervenção do enfermeiro passa por estabelecer o processo de comunicação e relacionamento terapêutico como objetivo principal do cuidado humano, estimulando a enfrentar dificuldades ou problemas e o desejo de permanecer saudável. Como nos recorda Peplau⁷ se é estabelecida uma relação interpessoal satisfatória, o

doente/família podem começar a ter a sensação de serem capazes de lidar com os seus problemas. Essa transformação diminui os sentimentos de desamparo, motivando-os para o enfrentar das suas necessidades.

Os enfermeiros devem ajudar as pessoas, não as manipulando, estabelecendo condições e adoptando a postura de facilitadores na aquisição de maior conhecimento por parte da pessoa/família, contribuído para o autocontrolo e preparação para o autocuidado.¹⁰

Os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde precisam estar atentos às demonstrações de confiança por parte dos doentes, não dissociando a família, assim como aos indícios da perda dessa mesma confiança.¹¹ Pois este estudo¹¹ e outros anteriormente, realizados com pessoas doentes, mostraram que quando a confiança num prestador é perdida, é quase impossível ser recuperada. Considera-se, contudo, que o mesmo se aplica à família. A confiança que resulta da relação estabelecida, pode ser um fator determinante na melhoria da adesão ao tratamento, por parte do doente cardíaco e sua família, assegurando a continuidade dos cuidados.

Assim, conhecer as representações sociais, de relação e confiança dos familiares do doente cardíaco, considera-se uma forma, entre outras, de apreender o que eles sentem, assimilam, apreendem e interpretam face ao acontecimento. As representações sociais são “uma forma conhecimento, socialmente partilhada, tendo um objectivo prático e leva à construção de uma realidade comum a um conjunto social”.^{12:36} As representações sociais são um conhecimento de senso comum que se constrói de forma partilhada.¹³

Considera-se que, conhecendo as representações sociais de relação e de confiança, estas se possam constituir como uma ferramenta de trabalho capaz de traduzir, isto é, de realçar e tornar perceptível, os significados e sentidos que lhes são atribuídos pelos familiares, de forma a serem utilizados terapeuticamente, concorrendo para a construção de uma relação terapêutica de confiança.

OBJETIVOS

- Apreender as representações de relação e confiança construídas pelas famílias das pessoas com doença cardíaca, internadas numa unidade de cuidados de cardiologia, do Alentejo.

- Explorar as dimensões estruturais das representações construídas pelas famílias das pessoas com doença cardíaca, internadas

numa unidade de cuidados de cardiologia, do Alentejo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, onde foram pesquisados aspectos subjetivos dos sujeitos do estudo numa realidade social específica. A pesquisa realizou-se no serviço de cardiologia de um Hospital Central do Alentejo/Portugal, tendo a recolha de dados decorrido ao longo de um mês. A amostra foi constituída por 48 participantes que responderam aos seguintes critérios de inclusão: ser familiar de doente internado no serviço atrás referido e que aceitassem participar no estudo depois de devidamente informados. Os critérios de exclusão foram não ser familiar e não aceitar participar no estudo.

Tendo em conta os procedimentos éticos, foi elaborada carta de apresentação do estudo e pedido de colheita de dados, dirigida à organização hospitalar, que o submeteu ao comitê de ética. Após a autorização deu-se início à colheita de dados, respeitando todos os procedimentos éticos e legais, em conformidade com a Declaração de *Helsinki* de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.¹⁴

Na recolha de dados foi utilizado um questionário dividido em duas partes distintas. A primeira parte era constituída por variável de caracterização sociodemográfica; na segunda parte usou-se a técnica da associação livre de palavras, pelo que o questionário continha as palavras indutoras ou estímulos, com espaços para os participantes escreverem as palavras ou expressões induzidas. Esta técnica serviu para fazer o levantamento das possíveis unidades semânticas centrais e periféricas das representações, a partir das respostas dadas aos estímulos indutores e serve essencialmente, para conhecer os conteúdos da estrutura, das representações sociais e a sua organização interna.¹⁵

A técnica da associação livre de palavras consiste em solicitar aos participantes que registem no instrumento, livre e rapidamente, as palavras que lhe vêm imediatamente ao pensamento. Estas se apelidam de palavras induzidas, porque partem de um estímulo que os investigadores dão, o qual se designa por palavras indutoras. Neste caso foram usadas como palavras indutoras, relação e confiança.

De salientar que foi estabelecido o número máximo de cinco palavras induzidas ou evocadas. Recomenda-se que o número de palavras evocadas não exceda as seis, pois a prática tem mostrado que superior a esse

número existe declínio na rapidez das respostas perdendo o carácter natural e espontâneo das evocações livres. Foi também solicitado que, de entre as palavras evocadas, os participantes identificassem as que consideravam mais importantes.¹⁶

Nesta pesquisa realizou-se a análise estrutural, a qual organiza as representações sociais em dois sistemas, o central e o periférico. O campo da representação apresenta conteúdos sujeitos a uma estrutura hierarquizada que se desenvolve em torno do núcleo central. Existe assim um movimento circular entre os diversos elementos em análise, tentando conciliar a dimensão social com as individuais.¹⁷ Tentando clarificar este modelo de estudo, refere-se que “*esta produção mostra os efeitos e as consequências das representações sociais, podendo deste modo afirmar-se que a representação se transmite, se desenvolve e se transforma através da palavra*”.^{17:28}

Assim, a informação recolhida foi sujeita a análise de conteúdo, através da qual se fez uma pré-categorização semântica. Posteriormente, esta foi sujeita a um processamento através das ferramentas informáticas *Evoc (Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations)* e *SIMI 2000 (Analyse de similitude)*, os quais forneceram a estrutura das representações sociais do objecto em estudo e a força de relação existente entre os diversos elementos.

O sistema central tem uma função organizadora que determina a natureza do que une entre si os elementos da representação. Trata-se de um elemento estabilizador e unificador da representação. Será na representação o elemento que mais resiste à mudança.¹⁸

O sistema periférico engloba os restantes elementos representativos sendo que este sistema é funcional, influenciável e modificável pela realidade e práticas sociais. Segundo o mesmo autor permite a integração das experiências e histórias individuais, suporta a heterogeneidade do grupo, é flexível, evolutivo e sensível ao contexto imediato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados relativos às variáveis sociodemográficas permitiu traçar o perfil dos familiares dos doentes cardíacos, que demonstraram as seguintes características. Relativamente à idade, constatou-se que a média foi de 46,6 anos, com desvio padrão de 7,7 anos. Quanto ao gênero, 8 familiares eram do sexo masculino e 40 do sexo feminino. Relativamente ao grau de parentesco, 26 eram filhos(as) da pessoa com doença

cardíaca, 15 eram esposas, os restantes familiares distribuíram-se por netas, sobrinhas, noras e irmã, com frequências de 2, à excepção de irmã que apresentou uma frequência de 1.

Os dados relativos à associação livre de palavras foram previamente sujeitos a categorização semântica e após, ao processamento pelas ferramentas informáticas Evoc e SIML. Para o estímulo indutor relação, foram encontradas um total de 137 palavras evocadas, sendo 55 delas diferentes. Para o estímulo indutor confiança, foram

encontradas um total de 105 palavras evocadas, 45 das quais diferentes.

O resultado daquele tratamento é o apresentado na Figura 1. As palavras que se situam no quadrante superior esquerdo são os elementos do núcleo central da representação estudada. Este agrupa os elementos mais frequentes e consensuais no grupo. Estas palavras estão ligadas à memória colectiva e à história do grupo, são consensuais, estáveis, coerentes, resistentes à mudança e têm como função determinar a organização do núcleo central.¹⁸

Evocação	OME <2,2	Evocação	OME ≥2,2
Tratar bem	1,667	Amizade	2,200
Profissionalismo	1,875		
Informação	2,167		
Comunicação	1,800	Ajuda	2,600
Disponibilidade	1,800	Confiança	2,400
Humanização	1,800		

Figura 1. A representação social de relação apresentou a seguinte estrutura. Alentejo/Portugal (PT)

As palavras situadas no quadrante superior direito são os elementos da primeira periferia. Aqui encontramos os elementos periféricos que reforçam o núcleo central. A primeira periferia tem como funções, a adaptação à realidade concreta, à diferenciação do conteúdo e à proteção do sistema central. Na zona de contraste, que corresponde ao quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos, podendo reforçar noções presentes na primeira periferia, podem ser reveladores de um subgrupo minoritário com uma representação diferente.

A segunda periferia fica situada no quadrante inferior direito e é constituída pelos elementos menos frequentes, mas, mais influenciáveis e modificáveis pela realidade, aberto a histórias e experiências individuais.¹⁶

Assim, pela análise da Figura 1 constata-se que a representação social de **relação** para os participantes no estudo, têm no seu núcleo central as palavras: “*tratar bem*”, “*profissionalismo*” e “*informação*”.

A categoria “*tratar bem*” é assumida pelos participantes como uma característica principal na relação, com efeitos positivos nos doentes e família. Esta categoria está impregnada de alguma ambiguidade uma vez que tanto pode significar providenciar a resposta terapêutica adequada, como tratar com respeito. Curiosamente e tendo em consideração a situação de saúde das pessoas, os dois significados complementam-se e completam-se. De fato, uma resposta terapêutica adequada deve, no decurso da avaliação clínica inicial, do diagnóstico, do planeamento e da intervenção terapêutica

estar transversalmente impregnada de respeito. O respeito pela pessoa, para além de ser um direito essencial, é promotor de desenvolvimento, logo, imbuído de potencial terapêutico.

O “*profissionalismo*” é o outro elemento do núcleo central. O profissionalismo é um conceito que se associa ao desenvolvimento de um conjunto de competências de forma profissional, significando tal, por um lado, a afiliação a uma profissão e por outro, a competência e a proficiência na execução. Ora, neste contexto, este elemento acaba por complementar o anterior “*tratar bem*”, reforçando-o. Profissionalismo será assim, uma dinâmica entre conhecimento teórico e prático, dimensões de cuidados técnicos e relacionais que permite o alcançar de objetivos terapêuticos. O profissionalismo consubstanciar-se-á através do processo de cuidados, quer se aplique ao doente, quer à família, ou seja, pela avaliação e diagnóstico, do planeamento e da execução dos cuidados necessários. Neste processo, a relação entre o profissional de saúde e a família é estabelecida e desenvolvida na interacção constante, sendo a comunicação uma competência vital e transversal, que permite o início e continuidade da relação.

A categoria “*informação*”, é a última das que integra o núcleo central e para estes participantes, significa, fornecer informação, informar, resposta a questões colocadas. A comunicação é um instrumento básico, nos cuidados de enfermagem. Ela está presente em todas as intervenções realizadas ao doente e à família. A informação é apenas uma componente da comunicação. E no processo de comunicação a família na maioria das

vezes não tem percepção da quantidade e qualidade de informação que lhe é transmitida e que consegue assimilar. Cabe ao profissional de saúde, em particular ao enfermeiro decodificar essa informação de forma que o doente e a família consigam apreendê-la e processá-la de forma construtiva.

As representações de qualquer objeto constroem-se na interação social e a informação assume nesta construção um papel predominante, porque numa constante dialéctica, a família face à informação que lhe é transmitida, pelos enfermeiros ou outros profissionais, vai construindo e reconstruindo as representações da situação de doença que está a ser experienciada.¹³

Na segunda periferia surge o grupo dos elementos que mais facilmente são influenciáveis pela vivência atual. A “ajuda” os participantes relacionam-na com apoio, auxílio. Desde os primórdios da humanidade, que ajudar os outros, não sendo sinónimo semântico, tem implícito cuidar os outros.

Para tal são empreendidos todos os recursos de engenho e de criatividade, que permitem fazer as transições, por exemplo, de saúde/doença, a fim de assegurar a continuidade da vida.^{19,1} Para que exista ajuda, a relação interpessoal enfermeiro/família é determinante, e torna-se o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente/família.

A “confiança” está associada ao lado humano da relação, ao humanismo. É no doente e na família que se encontra a chave para os cuidados de enfermagem efetivos. A confiança que os profissionais de saúde conseguem proporcionar ao doente e à família, está fortemente ancorada, na “explicação/desmistificação” da situação de doença que está a ser vivenciada, para tal concorrem vários instrumentos de trabalho em enfermagem, em que o enfermeiro é o

principal instrumento.²⁰ Ainda segundo o mesmo autor, a atitude, o respeito, a escuta, a competência, a disponibilidade, a privacidade, do profissional de saúde face ao doente/família, assumem um papel crucial no processo de cuidados e na relação a ele inerente, conducente à confiança entre os intervenientes.

Com a mesma base de dados foi realizada a análise de similitude. Estes resultados forneceram uma forma gráfica, figura 2, que mostra como se articulam entre si os elementos determinantes da representação social. As categorias aqui representadas estão organizadas por grau de implicação, permitindo analisar a figura nos mesmos moldes da análise da estrutura semântica, com pontos de ligação.¹⁷ Pode-se verificar que o elemento com maior centralidade é “profissionalismo”, para um filtro de 40% e “informação” para um filtro de 60%, sem que ambas as figuras se relacionem. Não existe circularidade e existe pouca articulação entre os elementos.

Contudo, é possível observar que tanto “profissionalismo” como “informação” são elementos do núcleo central, confirmando-se a sua centralidade. O “profissionalismo” é visto como um processo de envolvimento terapêutico. Em que o objectivo principal é o cuidado humano.

Se for estabelecido um relacionamento interpessoal satisfatório, a pessoa doente e a família podem começar a ter a sensação de que são capazes de lidar com os seus problemas.⁷ Essa transformação alicerçada na comunicação e na educação, caminha para o auto-controle e para o auto-cuidado, diminuindo os sentimentos de desamparo. Fortalecendo a confiança, a responsabilidade, a amizade, os afetos. Em suma “profissionalismo” e “informação” são dois pilares da intervenção terapêutica junto da família, que conduzem aos “cuidados” e ao “tratar bem” dos outros.

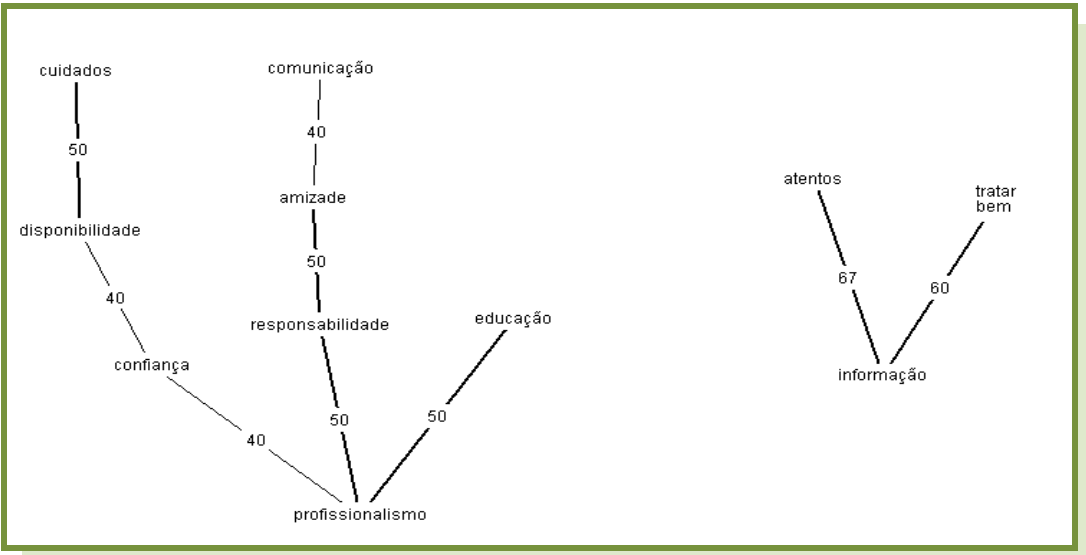


Figura 2. Árvore máxima para o estímulo relação. Alentejo/Portugal (PT)

No sentido de encontrar elementos mais finos no processo de relação, solicitámos aos participantes as representações de confiança. Os dados da figura 3 forneceram no núcleo central três elementos: “enfermeiros”, “médicos”, e “cuidar”.

No processo saúde/doença são três elementos organizadores e consensuais, dois elementos porque são atores principais no processo terapêutico e o outro porque dá resposta às necessidades do doente/família.

Os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, são quem directamente se relaciona com o doente, para prestar cuidados. Recorrendo a um trabalho desenvolvido sobre confiança e cuidados, podemos dizer que, confiança é a expectativa do doente/família relativamente à organização dos profissionais, perante uma situação vulnerável.²¹ O doente/família acredita que o prestador de cuidados, irá agir no melhor dos seus interesses.

Evocação	OME <2,0	Evocação	OME ≥2,0
Enfermeiros	1,250	Esperança	2,000
Médicos	1,200	Bem-estar	2,400
Cuidar	1,667	Amizade	3,000
Acreditar		Família	2,000
Profissionalismo	1,333	Auxiliares	2,250
Conhecimento	1,333	Boa relação	2,333
Hospital	1,667	Carinho	2,500
	1,667	Paciência	2,667
		Técnicos	2,750

Figura 3. A representação social de confiança apresentou a seguinte estrutura. Alentejo/Portugal (PT)

Os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde precisam estar atentos às demonstrações de confiança por parte dos doentes/família assim como aos indícios da perda dessa mesma confiança. Este estudo e outros anteriores mostram, que uma vez perdida a confiança num prestador, é quase impossível ser recuperada.¹¹ A confiança é um dos alicerces do “porto de abrigo” tanto do doente como da família, se ele é fraco, a sua construção fica ameaçada.

Na segunda periferia encontramos as representações que fazem a interface entre a realidade e o que é estável, o núcleo central. Curiosamente a família tem como representação de confiança ela própria, para além de outros profissionais de saúde. Surge também aqui uma dimensão emocional nos elementos “boa relação”, “carinho” e “paciência”, esta representação vem ao

encontro de outro estudo que denominou de fatores de aproximação àqueles que fomentam a confiança no processo de cuidados. São eles: atitude clínica proativa, aproximação por similitude e aproximação por sensibilidade.²⁰

Com a mesma base de dados foi realizada a análise de similitude, figura 4. Estes resultados fornecem uma forma gráfica que mostra como se articulam entre si os elementos determinantes da representação social. As categorias aqui representadas estão organizadas por grau de implicação, permitindo analisar a figura nos mesmos moldes da análise da estrutura semântica, com pontos de ligação.¹⁷

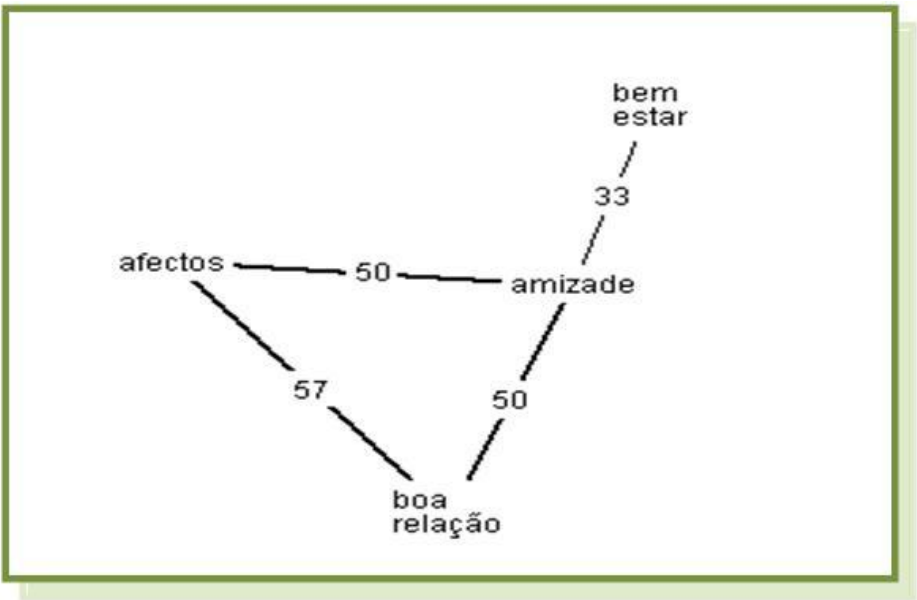


Figura 4. Árvore máxima para o estímulo confiança. Alentejo/Portugal (PT)

O processamento foi realizado com filtros de 33% mínimo de co-ocorrências, de forma a visualizar os elementos de maior centralidade. Podemos observar que nenhum destes elementos estão no núcleo central, contudo “*amizade*” e “*bem-estar*” pertencem à primeira periferia. Significando que são elementos muito próximos do núcleo central, reforçando-o. “*Boa relação*” é um elemento da segunda periferia, por isso mais representativo da individualidade dos elementos do grupo, sensível ao contexto que está a ser vivenciado.

Todos os elementos apresentam duas conexões, exceptuando o elemento “*bem-estar*”. Existe neste caso variedade nos símbolos ou imagens circulantes e articulações directas entre elas. A interpretação desta figura vai ao encontro do atrás descrito, a família insere a sua representação social de confiança numa categoria de aproximação por sensibilidade.²⁰ A confiança é considerada a base de qualquer relacionamento, sendo um factor determinante para o sucesso ou insucesso das relações, com significativo impacto na forma como as pessoas se relacionam.

CONCLUSÃO

Os familiares participantes neste estudo, com predominância nos filhos e esposas da pessoa com doença cardíaca, maioritariamente do sexo feminino, apresentam uma representação social do objeto em estudo centrada em dimensões psicológicas predominantemente emocionais positivas. A dimensão social aglutina as competências técnicas.

As representações sociais de relação e confiança para a família do doente cardíaco apresentam um núcleo central para o estímulo relação, alicerçado, no tratar bem, no profissionalismo e na informação. Para o estímulo confiança, os familiares consideram estáveis e consensuais enfermeiros, médicos e cuidar.

Os dois estímulos são como as bonecas russas no processo de cuidados. A relação para ser eficaz, necessita na sua essência, de cuidar bem a família/doente, com profissionalismo tendo a informação como base. Quem mais contribui para um dos principais alicerces da relação, a confiança, são os enfermeiros e os médicos com a arte de cuidar. Os dois estímulos complementam-se nas representações dos familiares, sem um, não pode existir o outro. Este resultado corrobora com os de outros estudos já atrás mencionados.

No estudo estruturalista das representações sociais este resultado é normativo, ele é a base comum, coletivamente partilhada pelo grupo, conferindo-lhe homogeneidade. O sistema periférico de carácter mais funcional, é susceptível a mudanças, permitindo uma maior flexibilidade e evolução no contexto em que a relação ocorre, pelo que a ajuda ocorre, mas está sempre dependente da relação de confiança que é construída.

E a confiança construída depende de outros profissionais além do médico e dos enfermeiros, assim como da aproximação por sensibilidade entre os intervenientes na relação, família/profissionais de saúde. Em suma, na relação com o enfermeiro e a equipe, o doente/família deve sentir-se confortável e seguro, logo confiante.

Perante os resultados do estudo, e sabendo que a doença cardíaca tem uma elevada prevalência em Portugal, consideramos pertinente que este conhecimento seja utilizado pelos profissionais de saúde, como um instrumento de trabalho que permite definir estratégias assertivas face às respostas humanas da família, perante a doença dos seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Meleis AI. Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Pub. Print; 2010.
2. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2006.
3. Almeida C. Registos escritos em enfermagem:uma abordagem sócio cognitiva. (Tese de Mestrado). Lisboa: Instituto das Ciências do Trabalho e da empresa. Mestrado de Sociologia. Departamento de Sociologia; 1997.
4. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. 12ª ed. São Paulo: Cultrix; 1999.
5. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 2ª ed. Philadelphia, EA, Davis; 1971.
6. Dantas RAN, Nóbrega WG, Filho LAM, Macêdo EAB, Fonseca PCB, Enders BC, et al. Paradigmas no cuidar em saúde e sua relação com as teorias de enfermagem: um ensaio analítico. Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet] 2010 Abr/Jun[acesso em 2010 Nov 23];4(2):16-24. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources>
7. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference

for psychodynamic nursing. New York: Springer; 1995.

8. Valentin IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa de saúde da família. *Ciência e saúde colectiva* [periódico na internet]. 2007. Maio-Junho [acesso em Novembro de 2010];12(3): 777-788. Disponível em: <http://scholar.google.pt/scholar>

9. Tarlier, D. Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*; 2004.

10. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência; 2002.

11. Hupcey JE, Miller J. Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *Journal of Clinical Nursing* [periódico na Internet] 2006 Set [acesso em 2010 Nov 23];15(9):1132-139. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16911054>

12. Jodelet D. *Représentation sociale: phénomène, un domaine en expansion. Les Représentations sociales*. 4^a ed. Paris: PUF; 1994.

13. Moscovici S. *Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

14. Williams JR. *Manual de Ética Médica* [homepage na Internet]. 2^a ed. Francia: Asociación Médica Mundial; 2009 [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf

15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

16. Oliveira DC, Campos PHF. *Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro; 2005.

17. Pereira FJC. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: Camargo BV, Jesuíno JC, Moreira ASP, Nóbrega SM. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005.

18. Sá CP. A estrutura das representações sociais e a memória colectiva. In: Coutinho MP, et al. *Representações sociais abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2003.

19. Collière MF. *Cuidar: a primeira arte da vida*. 2^a ed. Loures: Lusociência; 2003.

20. Lopes MJ. *A Relacção enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau; 2006.

21. Mechanic D. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *Journal of Health Polit Policy and Law* [periódico na Internet] 1998 [acesso em 2010 Nov 23];23:661-86. Disponível em: <http://jhppl.dukejournals.org/>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/02/28
Last received: 2011/03/12
Accepted: 2011/03/13
Publishing: 2011/04/01

Address for correspondence

Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Departamento de Enfermagem
Universidade de Évora
Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde
Bairro do Granito
Rua Rafael Bordalo Pinheiro, 26 r/c 7005-591
Évora, Porgual (PT)