

INTRODUÇÃO

A escolha deste tema surgiu do interesse em realizar um estudo no âmbito do apoio ao doente pós Síndrome Coronária Aguda. De acordo com o meu trabalho etnográfico, existem indícios de descontinuidade dos cuidados de saúde ao doente pós Síndrome coronária aguda. Após a alta clínica muitos são os doentes e famílias, que não apresentam recursos para assegurar essa continuidade de cuidados. Esta realidade tem como consequência inevitável, a permanência desses doentes nas unidades de saúde. Se por um lado propõe, a reintegração deste doente no seu contexto social, por outro lado aumenta as despesas da organização, numa altura em que impera a racionalidade económica.

A área da saúde encontra-se atualmente repleta de questões complexas que envolvem o doente e suas famílias, tornando-se imperioso o seu diagnóstico e posterior desenvolvimento de soluções. O conhecimento da rede de apoio social do doente pode acrescentar novos conhecimentos e subsidiar ações que visem o desenvolver meios para minimizar e promover o apoio a estes doentes, tendo como finalidade a integração e adaptação ao seu novo contexto social.

Pese embora esta realidade, a ausência de investigação, sobre as redes sociais de apoio dos doentes pós síndrome coronária aguda, no âmbito da revisão bibliográfica realizada, encaminharam o interesse na realização da presente dissertação. Como pertinência científica relevo o facto, da não existência desta metodologia para identificar as redes sociais de apoio destes doentes.

As redes sociais de apoio, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistema de apoio e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema, Paúl (1991) neste caso para manutenção e promoção da saúde destes doentes. As investigações realizadas por Barrón (1996); Vaz Serra (1999); Faria (1999) e Matos e Ferreira (2000) entre outros, possibilitaram conhecer os efeitos sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações sejam elas relações íntimas ou relações de integração social. Vaz Serra (1999) define apoio social como “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo” trata-se assim de um processo dinâmico e transacional de influência bidirecional entre o indivíduo, e a sua rede de apoio no sentido de promover o bem-estar físico e

psicológico e social. Ao satisfazer necessidades sociais, promove e complementa os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objetivos.

Quando uma pessoa sofre uma doença cardíaca e dá entrada no hospital, abre-se a porta de uma nova realidade, quer ao doente quer à família. Esta nova experiência de ameaça radical à sua integridade, à sua vida, bem como à interação com o seu contexto social, obriga-o a equacionar as suas redes de apoio. A capacidade de resposta técnica das unidades de saúde à doença coronária tem evoluído de forma notável nos últimos anos, no entanto é importante interrogarmo-nos, por que razão o doente permanecem nas unidades hospitalares após a alta clínica? Qual é na realidade a sua rede social de apoio?

Comumente, entende-se a rede social como um sistema composto por vários objetos sociais, funções e situações, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, procurando dar resposta às suas diferentes necessidades. Entendendo-se o apoio instrumental como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades e informação prestada ao indivíduo. Quem integra a rede social de apoio do doente nas dimensões de ajuda? É necessário o envolvimento de todo um conjunto de atores, cujas relações de cooperação adquirem neste contexto um papel fundamental. É neste sentido, que surge a análise de redes sociais como metodologia que permite identificar a rede social de apoio do doente pós Síndrome Coronária Aguda.

Definiram-se como objetivos gerais:

- ▶ Conhecer a rede de apoio social do doente pós Síndrome coronária aguda.
- ▶ Compreender a estrutura da rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda.

Para operacionalização deste objetivos foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar a localização dos atores na rede;
- ✓ Medir a coesão e homogeneidade da rede;
- ✓ Identificar os atores que deveriam estar presentes na rede (rede ideal);
- ✓ Definir o padrão de relacionamento;
- ✓ Identificar a rede de apoio formal e informal.

Trata-se de um estudo de caso, como refere Yin (2010) o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade no seu

contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes.

A Análise de Redes Sociais será utilizada como metodologia, para identificar a rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda, compreender as estruturas envolvidas.

Nesta linha metodológica, importa referir que a Análise das Redes Sociais centra-se nas relações e não nos atributos dos elementos. “ A ideia base que está subjacente a esta aproximação é de que a estrutura de relações têm poder explicativo maior que os atributos pessoais dos membros que compõem o sistema” (Molina, 2001:13). Serão trabalhadas as interconecções entre os atores sociais, num contexto real relativamente ao apoio de carácter instrumental.

É um estudo de carácter exploratório, descritivo, de natureza mista, com uma abordagem quantitativa/qualitativa A pesquisa realizou-se na Unidade de Cardiologia do Hospital Central do Espírito Santo - EPE – Évora. Como instrumento de recolha de dados foi aplicado um inquérito por questionários “Gerador de nomes” aos doentes com Síndrome Coronária Aguda, internados no Serviço de Cardiologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, no período de 1 a 31 de Março de 2012. O Questionário tem como vantagem o facto de permitir recolher simultaneamente dados relacionais e dados sobre os atributos dos atores. Definiram-se como critérios de inclusão, doentes internados na Unidade de Cardiologia com Síndrome coronária aguda, sem alterações do nível de consciência, cognitivas e/ou psíquicas e que dessem o seu consentimento informado depois de devidamente informados. Foram igualmente cumpridos os procedimentos éticos e legais, em conformidade com a Declaração de Helsinki de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado o *software Ucinet 6.18* que permite mapear os dados relacionais e, simultaneamente, analisar as propriedades estruturais dos conjuntos de relações sociais. Os grafos da rede foram construídos com recurso ao *Netdraw*.

Assim, esta dissertação apresenta 6 capítulos, no primeiro, segundo e terceiro capítulo será feito um enquadramento teórico que abordará a temática Génese, evolução e discussão conceptual da análise de redes sociais o enfoque em torno das redes de apoio social e por fim as redes sociais e cuidados de saúde. No quarto capítulo refletirá a opção metodológica, com a descrição e justificação da natureza do estudo, técnica de recolha de dado, determinação da dimensão da amostra, construção do gerador de nomes a sua aplicação e validação e por fim como será realizada a análise e tratamento dos dados obtidos. No quinto capítulo será feita uma

descrição dos resultados, com a caracterização dos inquiridos, sendo posteriormente realizada uma análise das quatro dimensões de ajuda: Apoio na ajuda financeira, informação prestada ao indivíduo, divisão de responsabilidades e ajuda psicossocial, subdivide-se ainda na metavaliação da rede global envolvendo as quatro dimensões de ajuda. Após a descrição e análise dos resultados o sexto capítulo abordará as conclusões referentes a esta dissertação.

CAPITULO 1

1 GENESE, EVOLUÇÃO E DISCUSSÃO CONCEPTUAL DA ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

A teoria está sempre presente em qualquer investigação, esta impõe-se como matriz, sistematização e guia. Neste capítulo procura-se a explicação dos conceitos e os fundamentos teóricos que levem à construção do objeto científico.

1.1 DILEMAS EM TORNO DOS CONCEITOS DE REDES SOCIAIS

A análise de redes sociais é uma temática interdisciplinar, engloba diversos campos do conhecimento académico como a sociologia, psicologia social, antropologia, estatística, matemática e ciências da computação (Borgatti, 2002). Vários, conforme discussão adiante, foram os académicos que contribuíram com os seus estudos para consolidar as teorias associadas às redes sociais.

Segundo Scott (2000) precederam à atual teoria de redes sociais três linhas de pesquisa: na década de 1930 os analistas sociométricos trabalharam em pequenos grupos que produziram avanços técnicos utilizando métodos da teoria dos grafos; os pesquisadores de Harvard que nos anos 30 exploraram padrões de relações interpessoais informais e a formação de subgrupos e baseados nas duas linhas anteriores os antropólogos de Manchester investigaram a estrutura das relações comunitárias em sociedade tribais e vilas. O estudo das redes interessa à sociologia relacional, que primeiramente as descreveu a partir das relações egocêntricas e sociométricas. à antropologia social britânica de Manchester originalmente interessou as estruturas das redes, nos contextos urbanos e a interferência dos tipos de conexões nos tipos de famílias; no compartilhar ou não de responsabilidades e na oferta de apoio mútuos.

Alguns dos psicólogos da *gestalt*, entre eles Kurt Lewin, Jacob Moreno e Fritz Heider, instalaram-se nos Estados Unidos. Moreno, que era judeu romeno de nascimento, viveu em Viena, na Áustria e por ultimo na Alemanha, em 1925 Moreno emigrou para os Estados Unidos.

Heider era austríaco e partiu em 1930 para os Estados Unidos aproveitando uma oportunidade para investigadores, na *Clarke School for the Deaf em Northampton, no Massachusetts*. Enquanto Kurt Lewin investiu no conceito de “distância social”, a representação gráfica e a sua formalização matemática. Jacob Moreno pesquisou no desenvolvimento da sociometria, como um paradigma e Fritz Heider defendeu a ideia de que uma rede de relações interpessoais se deve pautar por um equilíbrio (Fialho, 2007).

Moreno no seu livro intitulado em francês *Fondements de la sociométrie* (1954), alega que a sociometria interessa-se pelas afinidades, pelas indiferenças, pelas atrações e pelas repulsões entre os indivíduos. De acordo com dois autores franceses Lemieux e Ouimet (2008) as afinidades, indiferenças, atrações e repulsões de que fala Moreno remetem, efetivamente, para os laços positivos e para os laços negativos entre os atores sociais.

O conceito de rede social foi utilizado pela primeira vez em 1954 pelo antropólogo britânico Jonh A. Barnes¹. Elizabeth Bott² (1971) também antropóloga foi igualmente pioneira na utilização deste conceito como uma ferramenta para a análise de relacionamentos entre pessoas e os seus elos pessoais em múltiplos contextos, abordando questões do tamanho da rede, o número de unidades de rede e os efeitos da relação entre os seus elementos (Fialho, 2007). Teve especial importância por ser a primeira a reconhecer a relação entre o carácter interno duma relação e a estrutura duma rede.

Mas foi nos anos 30 efetivamente Moreno, a partir dos pressupostos da sociometria o impulsionador da análise de redes sociais. Moreno teve como objetivo estudar a humanidade como uma unidade social real, isto é, estudou o homem em relação com os seus grupos propôs que o tratamento do indivíduo, deveria ser realizado no seu contexto de relações, defendendo que deveria ser observado dentro do grupo ao nível das relações interpessoais.

A análise das redes sociais foi influenciada também por uma teoria matemática a álgebra matricial, crescendo a partir de 1940 o seu uso para denotar relações em grupos sociais. Em 1969 a partir dos trabalhos de um grupo de investigadores da Universidade de Manchester, onde participou Clyde Mitchell desenvolveram-se ideias que fez evoluir a teoria de análise de redes sociais, permitindo sistematizações posteriores (Silva, 2003).

¹ Foi o primeiro a utilizar a terminologia de rede (*network*) para descrever uma pequena aldeia de pescadores da Noruega, uma sociedade «intermédia» entre o tipo de sociedades habitualmente estudadas por a antropologia a as sociedades complexas. A vida social foi considerada pelo autor como um conjunto de pontos que se estruturavam em teias de relações. Investigou a importância da amizade, parentesco e de vizinhança como relações informais e interpessoais na produção e interação dos pescadores numa pequena comunidade.

² Psicóloga canadense que tinha estudado antropologia com Warner em Chicago, consagrou definitivamente a nova aproximação à nova realidade social ao demonstrar que a segregação dos problemas conjugais dos matrimónios urbanos londrinos, objeto do seu estudo, eram uma função da rede social do casal.

A esfera da análise social para Mitchell define-se como os padrões de interação que os indivíduos têm com um conjunto de pessoas e as ligações que estas pessoas têm entre elas. Segundo este investigador, a partir da ação de comunicação e a ação transacional são construídas as redes interpessoais. Se por um lado a comunicação envolve a transferência de informação entre indivíduos, o estabelecer de normas sociais e a criação dum grau de consenso, por outro lado a ação transacional envolve a transferência de bens e serviços entre pessoas (Scott, 2000). Ainda segundo o autor supracitado, Mitchell concentrou-se nas características da organização informal e interpessoal e na teoria dos grafos.

A construção de um sentido analítico para o conceito de rede social desenvolveu-se em torno de duas correntes: uma, que emerge da Antropologia Social britânica do pós II Guerra Mundial, e se preocupa fundamentalmente com uma análise situacional de grupos restritos; outra, sobretudo americana, que se prende com o desenvolvimento da análise quantitativa, no quadro de uma abordagem estrutural (Portugal, 2007).

Wasserman e Faust (1999), identificam quatro princípios fundamentais na teoria das redes sociais: 1) os atores e as suas ações são vistos como interdependentes e não como unidades independentes e autónomas; 2) os laços relacionais entre atores são canais onde circulam fluxos de recursos (materiais e imateriais); 3) os modelos de redes centrados nos indivíduos concebem as estruturas de relações como meios que configuram oportunidades ou constroem a ação individual; 4) os modelos de redes conceptualizam a estrutura (social, económica, política, etc.) como padrões constantes de relações entre atores.

O termo “rede” goza, atualmente, uma “popularidade crescente” é abundantemente usado na linguagem corrente, académica ou política e designa uma grande variedade de objetos e fenómenos, valoriza as relações entre as pessoas relativamente às relações entre as pessoas e as coisas (Portugal, 2007).

Como refere Hanneman e Riddle (2005), o tipo de rede social pode ser definido quanto ao escopo e quanto aos dados.

Segundo o escopo, as redes podem ser (Hanneman e Riddle, 2005):

- ▀ Totais (também conhecidas como sócio-cêntricas): possuem um conjunto total de relacionamentos em uma unidade de análise (projeto, família, departamento, etc.);
- ▀ Egocêntricas: a maioria dos nós está conectada a nós simples ou individuais;

- ▶ Sistemas abertos: redes em que as fronteiras não são necessariamente claras.

Quanto aos atores, as redes sociais podem ser classificadas em (Wasserman e Faust, 1994):

- ▶ One-mode: representam o relacionamento entre entidades sociais do mesmo tipo. Exemplo: quem é amigo de quem, quem pede conselho para quem, quem depende de quem;
- ▶ Two-mode: representam relacionamentos entre entidades sociais diferentes. Exemplo: as pessoas que foram a uma reunião, pessoas que compõem organizações (Hanneman e Riddle, 2005). É importante ressaltar que a partir de uma rede two-mode pode-se obter as redes one-mode associadas a esta através de operações matemáticas na rede.

Quanto aos relacionamentos, as redes sociais podem classificar-se em (Wasserman e Faust, 1994):

- ▶ Díades: Relação estabelecida entre dois atores. É o nível mais baixo de rede;
- ▶ Tríades: Subgrupo de três atores e possíveis laços entre eles. Denotam particular interesse em estudos de tautologia;
- ▶ Grupo: Coleção de díades, tríades e subgrupos com um número finito de atores.

1.2 ABORDAGEM SOCIOLOGICA DAS REDES SOCIAIS

Pela influência do pensamento sistémico, as redes dão origem a novos valores, novas formas de pensar e conseqüentemente a novos comportamentos e atitudes. Parafraseando Fialho (2008) “perante os vários progressos na interpretação das redes sociais, a atual emergência de novos valores e novas formas de pensar está intimamente associada ao desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação, às inovações e novas descobertas do pensamento científico, à globalização, à evolução da cidadania, às novas formas de organização social, bem como à evolução do conhecimento científico”. Fialho (2008: 8). Ainda segundo o referido autor o que distingue as redes sociais das redes espontâneas e naturais reside nos objetivos comuns estabelecidos entre os atores que interagem nessa rede e a

intencionalidade dos relacionamentos. O conceito de rede surgiu a partir do estudo dos sistemas vivos, a forma de operar das redes sociais traduz princípios semelhantes aos que regem os sistemas vivos.

Todos os seres vivos compõem ecossistemas dinâmicos, que integram uma paisagem. Nesse ambiente, as suas vidas entrelaçam-se numa teia de relações caracterizadas por cooperação, competição, predação, simbiose ou parasitismo. Esse sistema interligado e delicadamente equilibrado, fornece alimento e abrigo, regulação de energia e reprodução. Cada membro da comunidade tem um papel essencial para manter essa rede em equilíbrio. Na natureza não existem hierarquias, somente redes dentro de redes; não existem partes independentes, mas uma teia inseparável de relações. A capacidade de operar sem hierarquia parece ser, assim, uma das mais importantes propriedades distintivas da rede. Entretanto, se é correto afirmar, como defende Capra, citado por Martinho (2003) que não há hierarquia na natureza, o mesmo não se pode dizer das sociedades humanas.

Ao contrário, do que se passa na natureza, as pirâmides são um desenho institucional bastante comum, e a hierarquia, desde sempre, parece ser o “modo” da organização dos relacionamentos humanos. Porém, quando se estuda o funcionamento das redes sociais, em particular aquelas de caráter estritamente informal e não-institucional, passamos a ver também a emergência de fenômenos organizativos não-verticais, isto é, não-hierárquicos, que funcionam, produtivamente na sociedade (Martinho, 2003).

As redes sociais são redes de comunicação que envolvem uma linguagem simbólica, limites culturais e relações de poder. Segundo Fialho (2007) as redes sociais surgiram nos últimos anos como um novo padrão organizacional, através da sua arquitetura de relações expressa, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas atuais.

O homem é um ser gregário, desde os tempos mais remotos que sente necessidade de se agrupar, de trabalhar e viver em conjunto e portanto de viver em relação. As redes são, maneiras de apresentar ou visualizar e, investigar, relações entre esses indivíduos. Alega-se que as redes sociais são modos de representação de estruturas sociais, esse conceito só passa a ser inteligível se admitirmos que a “estrutura” é conhecida pelas configurações recorrentes das relações entre os indivíduos. Assim a rede é “anterior” ao grupo em termos ontológicos portanto grupo, é um fenómeno que ocorre na rede. No lugar de dizer que redes são formas de

representação de agrupamentos, seria adequado dizer que agrupamentos são configurações de rede. A ideia de que os atores sociais determinam o comportamento da sociedade quando se agrupam de uma determinada maneira, decorre de uma incompreensão da rede; ou seja, de uma incompreensão de que o 'ator' é produzido pela tal estrutura social, isto é, pela rede. É importante referir que os indivíduos não são atores se não interagirem e quando interagem já são rede.

Quando se agrupam, segundo Recuelo (2006) não o fazem somente a partir de supostas escolhas individuais, baseadas nas suas características distintivas, visto que já estão sob o influxo da dinâmica de rede. Os seres humanos são seres sociais, exibem as suas qualidades intrínsecas num encruzilhado de fluxos, identidades que se formam a partir da interação com outros indivíduos. A pessoa como *continuum* de experiências e, relacionamentos comporta-se como ato por estar imersa num ambiente interativo, são as interações que "produzem" o ator.

Castro (2005) refere que os conceitos fundamentais em uma rede social são os atores e as ligações. Um ator pode ser uma pessoa, um grupo, uma empresa, ou seja qualquer unidade social, enquanto uma ligação é a conexão entre dois atores. Ao conjunto dos atores e as suas ligações chama-se grupo e são denominados subgrupos quando os atores e respetivas ligações são parte ou subconjunto do grupo. Acrescenta ainda ao conjunto de ligações de um tipo específico entre os membros de um grupo chama-se relação.

Existem diversas razões que contribuem para a composição das ligações, estas têm origem na diversidade de papéis que o indivíduo assume, como participante de um grupo. Esta perspectiva é partilhada por Boissevan (1974) e Silva (2003) o conceito sociológico de papel, corresponde às normas e expectativas que se aplicam à pessoa que ocupa uma determinada posição. Através de cada papel o indivíduo entra em contacto com outros para partilhar atividades de interesse comuns, defendem ainda que a estratificação dos papéis desempenhados pelos indivíduos ajuda a categorizar o tipo de relação.

Nas relações existem trocas de conteúdo transaccional, segundo os autores supracitados, conteúdo transaccional define-se como os elementos materiais e não-materiais trocados entre dois atores numa relação ou situação particular. Os conteúdos trocados dependem não só do papel, mas também da forma como cada ator específico desempenha esse papel. Os atores sociais não trocam conteúdos transaccionais na mesma quantidade e intensidade. Este conteúdo

transacional serve para medir a qualidade e intensidade das relações, percebendo-se qual a importância, disponibilidade e investimento que os atores atribuem à relação (Silva 2003).

Na atualidade, o debate sobre redes sociais ocupa um lugar estratégico na busca pela construção e invenção de novos instrumentos teóricos, capazes de aprender a realidade social e a construção da sociabilidade, expressando a complexidade das relações e interações presentes nos processos que estruturam as relações sociais (Fontes, 2004 e Molina, 2005). Defendido pelos referidos autores, responde às exigências de complexidade da teoria social na medida em que parte de múltiplas necessidades práticas ligadas ao desenvolvimento de novas metodologias de intervenção e participação social, colocadas pelas políticas públicas e movimentos sociais, configurando-se como um instrumental de análise e construção da nova ordem social.

No contexto atual, perante as rápidas mudanças sociais em especial com a transformação qualitativa nas formas de relação, o estudo das redes adquire importância e interesse pois, poderá aportar contributos para melhor compreendermos a história do presente.

1.3 TEORIA, METODOLOGIA OU PARADIGMA NAS CIÊNCIAS SOCIAIS?

Segundo Thomas Kuhn (1972), observam-se na história da Ciência dois tipos de fases diferentes, a fase “normal” e a fase “revolucionária”. A ciência normal mantém-se em atividade enquanto todos os que intervêm em determinado campo científico aceitam como verdadeiros o fundo metafísico e os métodos adequados para conduzir à pesquisa científica. Acrescenta, em tais circunstâncias, os cientistas atuam dentro de um “paradigma”³, limitando-se a solucionar os problemas definidos por tal paradigma. Durante a fase revolucionária da Ciência, pelo contrário, os paradigmas de conformidade com que os cientistas trabalharam comodamente até aí começam a perder força, tanto nas mentes como nos métodos da comunidade.

A obra de Kuhn desencadeou um autêntico terramoto na filosofia da ciência tornando-se inovador, privilegiando os aspetos históricos e sociológicos na análise da prática científica, desvalorizando os aspetos lógico-metodológicos. Os saltos qualitativos preconizados por Kuhn,

³ O estudo de Thomas Kuhn, A estrutura das Revoluções Científicas, trouxe à tona o uso do conceito de paradigma nos anos 1970/80

ocorrem nos períodos de desenvolvimento científico, em que são questionados e postos em causa os princípios, as teorias, os conceitos básicos e as metodologias, que até então orientavam toda a investigação e toda a prática científica. O conjunto de todos esses princípios constitui o que Kuhn chama «paradigma». Para Kuhn (1972) paradigma refere-se àquilo que é partilhado por uma comunidade científica, trata-se de uma forma de fazer ciência, uma matriz disciplinar, por outro lado um paradigma é um conjunto de soluções de problemas concretos, uma realização científica concreta que fornece os instrumentos conceptuais e instrumentais para a solução de problemas. O paradigma é uma concepção de mundo que engloba um conjunto de teorias, instrumentos, conceitos e métodos de investigação.

Ainda segundo Kuhn (1972) a ciência tem início quando uma comunidade de pesquisadores em determinado campo alcança consenso em torno de um "paradigma", "com o tempo, porém, acumulam-se enigmas insolúveis nos quadros do paradigma adotado. "A ciência entra em "crise". Com isso, torna-se concebível a adoção de um novo paradigma, capaz de solucionar pelo menos os mais importantes desses enigmas" (Kuhn, 1972:30).

Os diferentes paradigmas são "incomensuráveis", segundo Kuhn (1972) implica que um paradigma não pode ser entendido a partir de outro, isto é, antes de ser adotado. Sendo assim, a transição de um paradigma para outro não pode ser feita gradualmente, deve sim ocorrer de uma só vez, como uma "conversão" religiosa.

Kuhn (1972) estabeleceu as funções da ciência normal e da revolução, se a ciência normal tem como função fornecer aos cientistas a oportunidade de desenvolverem detalhadamente uma teoria, aplicando toda a sua energia e todo o seu esforço, Kuhn adianta que se permanecesse neste período normal, a ciência não progrediria. Se a ciência progride é porque ela contém em si os meios mediante os quais o paradigma "racha", permitindo o salto para um outro sendo esta, justamente, a função da revolução (Kuhn, 1975).

Segundo uma linha continuista, a ciência tem como horizonte a produção de verdades e a apresentação de teorias explicativas da realidade. Nesta perspectiva a ciência constrói-se por acumulação, visto que cada teoria aperfeiçoa a anterior e é, justamente, este conceito cumulativo que Kuhn questiona. O que Kuhn nos propõe é um progresso que se faz mediante a revolução, uma alternativa ao progresso cumulativo, característico da explicação indutivista da ciência.

Santos, (1977) resume este processo de surgimento de um novo paradigma, em cinco pontos:

- ▶ A noção de paradigma resulta fundamental neste enfoque historicista e não é mais que uma macro teoria, um marco ou perspectiva que se aceita de forma geral por toda a comunidade científica (conjunto de cientistas que compartilham um mesmo paradigma e realizam a mesma atividade científica) e a partir do qual se realiza a atividade científica, cujo objetivo é esclarecer as possíveis falhas do paradigma ou extrair todas as suas consequências.
- ▶ A ciência normal é o período durante o qual se desenvolve uma atividade científica baseada num paradigma. Esta fase ocupa a maior parte da comunidade científica, consistindo em trabalhar para mostrar ou pôr a prova a solidez do paradigma no qual se baseia.
- ▶ Em determinadas ocasiões, o paradigma não é capaz de resolver todos os problemas, que podem persistir ao longo de anos ou séculos inclusive, e neste caso o paradigma gradualmente é posto em cheque, e começa-se a considerar se é o marco mais adequado para a resolução de problemas ou se deve ser abandonado. Então é quando se estabelece uma crise,
- ▶ Ciência extraordinária, o tempo em que se criam novos paradigmas que competem entre si tentando impor-se como o enfoque mais adequado.
- ▶ Produz uma revolução científica quando um dos novos paradigmas substitui ao paradigma tradicional. A cada revolução o ciclo inicia de novo e o paradigma que foi instaurado dá origem a um novo processo de ciência normal.

O discurso de Kuhn é inovador, na medida em que, desvalorizando os aspetos lógico-positivistas, lógico-empiristas, lógico-formais e racionais, trazendo para o debate, uma base sociológica, que poderá explicar, "por que razões se comportam os cientistas muitas vezes como se estivessem mais interessados em impedir o progresso científico do que em promovê-lo; porque é que certas teorias não são aceites ao tempo da sua descoberta e só o são muito mais tarde, dando-se como que a sua redescoberta; por que razão são aceites teorias cuja obediência aos padrões estabelecidos está longe de ser evidente; porque são negadas ou rejeitadas teorias assentes em experimentação que satisfaz plenamente esses padrões" (Boaventura, 1977:219).

O decurso da ciência normal, não é feito só de êxitos, pois se assim fosse, não poderíamos assistir às inovações profundas que têm lugar ao longo do desenvolvimento

científico e que, segundo Kuhn, ocorrem por mudança de paradigmas. "Ao cientista «normal» pode suceder que o problema de que se ocupa, não só não tem solução no âmbito das regras em vigor, como tal facto não pode ser imputado à impreparação ou inépcia do investigador" (Boaventura, 1977:215).

Para além disso, pode acontecer que o número de incongruências seja cada vez mais significativo e a dificuldade em solucioná-las aumente consideravelmente, o cientista pode confrontar-se com incongruências de impossível solução à luz do paradigma. "O efeito cumulativo deste processo pode ser tal que a certa altura se entre numa fase de crise. Incapaz de lhe dar solução, o paradigma existente começa a revelar-se como a fonte última dos problemas e das incongruências, e o universo científico que lhe corresponde converte-se a pouco e pouco num complexo sistema de erros onde nada pode ser pensado corretamente. Já outro paradigma se desenha no horizonte científico e o processo em que ele surge e se impõe constitui a revolução científica e a ciência que se faz ao serviço deste objetivo é a ciência revolucionária" (Boaventura, 1977:216).

Passando agora propriamente para a análise das redes sociais, a popularidade do conceito de rede e o reconhecimento das suas capacidades descritivas e explicativas ultrapassam, os limites das ciências sociais e estendem-se, cada vez mais, a outros domínios científicos. Desde os finais da década de 90 que diversas obras vêm defendendo a emergência de uma nova "ciência das redes" (Watts, 2003), que usa o conceito como forma de apreender as interconexões do mundo contemporâneo. Como já foi referido anteriormente, nas ciências sociais, a análise das redes tem sido sempre um campo, por excelência, de interdisciplinaridade. Os pioneiros dos estudos das redes sociais vêm da sociologia, da psicologia social, da antropologia, estes procuram soluções para problemas teóricos e empíricos que os investigadores não conseguiam resolver à luz dos quadros conceptuais dominantes nas suas disciplinas (Portugal, 2007).

Durante a segunda metade do século XX, o conceito de rede social tornou-se central na teoria sociológica e abriu caminho a inúmeras discussões sobre a existência de um novo paradigma nas ciências sociais. Os sinais do seu dinamismo e da sua consolidação institucional são evidentes: inúmeros artigos publicados nas principais revistas de ciências sociais; organização de eventos científicos sobre a temática; criação de revistas especializadas na matéria – *Connections*, *Social Networks*, mais recentemente em 2002, a *Revista Redes*, em língua espanhola; lançamento nos anos 80, de uma coleção especializada dirigida por Mark

Granovetter na Cambridge University Press; existência, de uma associação internacional – International Network of Social Network Analysis (INSNA), desde os finais dos anos 70 – que reúne os investigadores na matéria, edita a revista *Connections* e, desde 2000, o *Journal of Social Structure*; existência de um fórum de discussão – SOcNET – que reúne mais de 1800 assinantes; desenvolvido de programas informáticos que suportam os modelos teóricos e metodológicos desenvolvidos (o *Ucinet* e o *Structure* serão os mais conhecidos e divulgados). Esta recolha de informação foi realizada pela autora Sílvia Portugal (2007) apresentada no seu artigo “*Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica*”.

Um paradigma é constituído por leis, hipóteses teóricas gerais, métodos e técnicas, meios standardizados de aplicar leis fundamentais a uma grande diversidade de situações. Mitchell (1974) questiona se a análise de redes sociais constitui uma nova teoria sociológica, concordante com esta reflexão, Mercklé (2004) lança a questão: Será a análise de redes sociais realmente um novo paradigma sociológico? “ Para Mercklé, a análise das redes sociais “ não é uma técnica que procura simplesmente proceder a uma descrição das estruturas sociais, uma espécie de «sociografia» do mundo social (Fialho, 2008:54), José Molina, defende que a análise de redes sociais é uma técnica que permite fazer um diagnóstico sobre uma determinada situação, numa lógica macro ou micro, é também uma ferramenta que possibilita ao investigador localizar estruturas dentro de redes e construir novas perguntas e respostas (Fialho, 2008).

Segundo Molina (2001) a análise de redes sociais pode conceber-se como uma tentativa de descobrir formalmente a estrutura social, Molina cita o artigo de Radcliffe-Brown, “ On Social Structure” como um dos precursores da aproximação, onde sugere que existe, um ramo da ciência natural que tem como tarefa o descobrir das características das estruturas sociais cujas unidades são os seres humanos, no entanto deixava à margem o estudo da cultura como objeto de estudo da disciplina, centrando-se na rede de relações existente entre os seres humanos.

Por outro lado “ Mitchell, citado por Mercklé, refere que a rede se assume como um “ conjunto particular de interligações (linkages) entre um conjunto limitado de pessoas, com a propriedade suplementar que as características dessas inter-relações consideradas como uma totalidade, podem ser utilizadas para interpretar o comportamento social das pessoas implicadas.” (Fialho, 2008:55). Para Fialho a análise de redes sociais “parte dum postulado clássico que define a dimensão coercitiva dos fenómenos sociais e que define uma aproximação sociológica depois de Durkheim. Este postulado procura as causas dos factos sociais nas características dos desenvolvimentos estruturais em que eles se inserem (2008:54) ”.

Berkowitz citado por Fialho (2007) advoga que, a análise estrutural de redes sociais é um novo paradigma que trouxe uma revolução científica, pelo facto de ter vindo a desenvolver uma nova linguagem entre especialistas, possibilitando a comunicação entre eles de forma não ambígua. “Em suma, a linguagem especializada que sustenta a análise de redes sociais e, esta «espécie de elite» de cientistas sociais que vão regularmente criando novos métodos e técnicas de análise das estruturas sociais, dão corpo a um verdadeiro paradigma recheado de novas técnicas e teorias de análise e compreensão dos fenómenos sociais” (Fialho, 2007: 193).

1.4 LINGUAGEM E METODOLOGIA DAS REDES SOCIAIS

Torna-se imprescindível conhecer a linguagem e compreender as teorias, conceitos e formulações matemáticas de grafos que são utilizados nas métricas e medidas para análise de redes sociais. Neste capítulo serão abordados os conceitos gerais da análise estrutural que, na sua maioria, procedem da teoria dos grafos, com o intuito de serem utilizados mais tarde para o desenvolvimento da dissertação.

O centro da investigação em análise de redes sociais centra-se em quatro pontos fundamentais: a) A utilização de métodos estatísticos possibilita aferir proposições relativas às propriedades da rede em detrimento da simples explicação; b) O avanço no *software* estatístico que permite a visualização das redes; c) As significativas melhorias ao nível da recolha de dados, conseguindo-se uma informação mais preciosa e válida; d) Melhoria nos métodos de análise de dados longitudinais (Wasserman e Faust, 1994).

Neste capítulo serão abordados os conceitos que considere mais relevantes para o desenvolvimento da dissertação.

1.4.1 Modalidades e níveis de análise

Em algumas redes é possível estabelecer-se vários níveis de análise nos atores, ou seja, estabelecer duas ou mais grupos ou entidades que os atores pertencem e podem ser analisadas. Habitualmente estas entidades são agrupamentos de atores em estruturas hierárquicas (serviços, departamentos, divisões e secções). Após o agrupamento dos atores, as ligações também são agrupadas para mostrar como acontecem as interações entre os grupos ou entidades. Na literatura quando uma rede social pode possuir vários níveis de análise a depender da população que está a ser investigada, os atores podem estar envolvidos em varias entidades ao mesmo tempo, diz-se que a rede tem múltiplos níveis de análise e os dados têm múltiplas modalidades. De acordo com Castro (2005) quanto às múltiplas relações, atores em redes sociais são caracterizados por vários atributos que são conhecidos na teoria como variáveis de atributo, as ligações são medidas por variáveis estruturais sendo estas, relações de um tipo específico entre um par de atores. Para as ligações é comum descrever apenas um tipo de relação. Esta abordagem contrapõe-se à situação real em que ator normalmente apresenta múltiplos relacionamentos, a sua posição em um relacionamento pode reforçar ou contradizer a sua posição em outro. Quando abordamos a direção e peso das relações, cada ligação entre os atores pode ser direcional, isto é, indicar a origem e o destino entre um par de atores. Segundo Castro (2005) quando a ligação apresenta as duas direções então, acontece a reciprocidade na ligação. A importância de uma ligação poderá ser avaliada pelo seu peso ou intensidade, onde medidas como quantidade e a frequência de fluxo de informações são relevantes para a análise.

1.4.2 Redes egocêntricas

Redes egocêntricas ou locais são redes que focam-se no indivíduo (ego), fazem parte desta rede o ator em análise, os atores que se relacionam com ele, medidas de ligação entre o ego, seus vizinhos e entre eles. Esta modalidade de análise busca capturar a influência do grupo sobre o individuo, que posição cada ator ocupa na estrutura social local e também entender as oportunidades e restrições que cada individuo possui como resultado da forma em que ele está inserido na rede. A abordagem centrada no ego traz informações sobre toda a rede, são dados de micro redes, amostras de áreas locais que fazem parte da rede como um todo.

Os termos mais utilizados são *ego* e *alter*. *Ego* refere-se ao nó central da rede e os *alteres* aos outros nós conectados com *ego*. Alguns autores fazem a diferença entre a rede pessoal e rede egocêntrica, do ponto de vista destes autores a rede pessoal é uma rede de um *ego* e os *alteres*, onde se reflete um tipo de relação. O ponto de partida é *ego* assim, a relação com seus alteres deriva de *ego*. O ponto de partida de uma rede egocêntrica é uma rede social, através da qual um *ego* e seus *alteres* são selecionados, deste modo uma rede egocêntrica forma-se através das relações e os limites específicos da rede social não sendo necessário que contenha todos os *alteres* que pertençam a um *ego* específico dentro de uma relação em concreto (Molina, 2010).

Numa rede egocêntrica serão analisados como já foi referido, apenas o ator em foco e sua vizinhança. O tamanho da rede ego significa com quantas pessoas o indivíduo se relaciona diretamente, um valor alto nesta medida é positivo, pois quanto mais contactos o indivíduo possui maior será sua hipótese de obter o recurso de que necessita. Alta densidade em rede ego é um fator negativo, pois se todos os vizinhos são ligados entre si, isto representa uma redundância de relacionamentos (Borgatti, 1998).

Outro fator importante é a composição da rede ego que determina a qualidade dos vizinhos, ou seja, quanto mais bem posicionados forem os vizinhos em termo de centralidade, melhor será a rede do indivíduo.

1.4.3 Teoria dos Grafos

Uma rede social é um grupo de atores, conhecido na teoria dos grafos como “nós”, os atores estão conectados por ligações representadas pelas arestas. Os atores podem possuir vários atributos chamados de *variáveis de composição* que servem para enriquecer e caracterizar o ator. As ligações por sua vez possuem pelo menos uma variável, conhecida como *variável estrutural* que caracteriza o tipo de relação estruturada (Castro, 2005).

Quanto à direção e peso das relações, cada ligação entre os atores pode ser direcionada, indica a origem e o destino entre um par de atores. Quando a ligação apresenta as duas direções então significa que há reciprocidade na relação. Como dito anteriormente, os métodos matemáticos formais utilizados para representar as redes sociais, são os grafos (teoria

dos grafos) a as matrizes (álgebra matricial). Na área da sociologia os grafos são também conhecidos como sociogramas.

Um grafo é constituído por um conjunto de vértices e um conjunto de arestas conectando pares de vértices. Um grafo é representado matematicamente por $G = (V, A)$, onde V é o conjunto não vazio de vértices (nós ou nodos do grafo) e A é o conjunto de arestas, arcos ou ligações do grafo que representam pares $A = (v, w)$, onde v e $w \in V$.

Quanto à adjacência ou vizinhança, dois vértices v e w são ditos adjacentes ou vizinhos, se existir uma aresta $a = (v, w)$ em G . No caso de o grafo ser dirigido, a adjacência ou vizinhança é especializada em: sucessor ou antecessor. O vértice w é sucessor de v se existir uma aresta que parte de v e chega em w . O grau de um vértice é dado pelo número de arestas incidentes sobre este vértice. Em grafos direcionais, o grau se especializa em grau de saída ou de emissão, que corresponde ao número de arestas partindo do vértice, e grau de entrada ou de receção que corresponde ao número de arestas que chegam ao vértice (Castro, 2005). Quando nos referimos a uma cadeia esta é uma sequência de arestas adjacentes que ligam dois vértices. O tamanho ou comprimento de uma cadeia é o número de arestas (arcos) que a compõe. Nesta sequência um caminho é uma cadeia na qual todas as arestas possuem a mesma orientação. Aplica-se, apenas a grafos orientados. Segundo Castro, (2005), o tamanho de um caminho é igual ao número de arestas percorridas durante este caminho, o que também é igual ao número de vértices percorridos menos um.

Importa ainda abordar, que um grafo é dito conexo se existir pelo menos uma cadeia a ligar cada par de vértices, em contrapartida um grafo é considerado desconexo se existir pelo menos um par de vértices que não está ligado por nenhuma cadeia. De acordo com Mariani (2005) citado por Castro (2005), no caso de grafos orientados, um grafo é chamado de fortemente conexo se todo o par de vértices está ligado por pelo menos um caminho em cada sentido. Isto significa que cada vértice pode ser alcançável partindo-se de qualquer outro vértice do grafo. Ainda relacionado com este conceito, um ponto de articulação ou pontos de corte é um vértice cuja remoção (juntamente com arestas a ele conectadas) provoca uma redução da conectividade do grafo. Uma ponte é uma aresta cuja remoção provoca uma redução na conectividade do grafo (Castro, 2005).

Para a abordagem estrutural, análise da rede como um todo, são utilizados critérios vindos da teoria dos grafos como tamanho, densidade, distância média entre os atores, diâmetro, alcançabilidade e reciprocidade da rede social estudada.

1.4.4 Critérios fundamentais

O tamanho da rede é um fator importante para as possibilidades de ligações, quanto maior a rede mais difícil fica conhecer os outros e trocar informações, isto limita a capacidade que cada participante tem de construir e manter relacionamentos. O tamanho de uma rede é a soma de todos os seus atores de uma rede direcional. Se N é o tamanho da rede N^* ($N-1$) é o número de possíveis ligações entre os atores.

A densidade de uma rede direcionada é a relação entre o número de ligações existentes. A densidade é um índice do potencial de comunicação, uma medida que demonstra o quanto ainda a rede poderá crescer em conexões (Hanneman, 2001). Outra propriedade importante das redes é a distância entre os atores. Distância entre dois atores é definida como a menor soma dos pesos de uma sequência de ligações na mesma direção entre um ator de origem e um de destino.

Um caminho é a sequência de atores ligados numa mesma direção que começam e terminam em dois atores desejados. O menor caminho entre dois atores, também conhecido como caminho mais curto, é a menor soma dos pesos das ligações entre atores consecutivos encontrados entre dois atores. Caminhos mais curtos são conexões mais eficientes entre atores. As medidas de caminhos fornecem informações importantes para analisar as distâncias entre os atores. Distâncias podem dar ideia do poder das ligações. Atores conectados com pequenas distâncias ou através de vários caminhos são fortemente conectados, as suas conexões estão menos sujeitas a descontinuidade sendo estas mais estáveis e confiáveis.

O diâmetro é a maior distância entre dois atores quaisquer da rede. Para determinar o diâmetro, seleciona-se o maior valor de cada linha da matriz de distância. O maior de todos estes valores é o diâmetro. Então, o diâmetro é o maior número de atores que deve ser transpassado para percorrer de um ator a qualquer outro na rede, na mesma direção.

A reciprocidade evidencia o grau de conversação estabelecido numa rede. Ela pode ser medida por ator ou para toda a rede, atores em relação a sua vizinhança está a ocorrer de forma recíproca.

A visão da rede olha para cada ator da rede. O objetivo principal é encontrar o papel que cada um desempenha na manutenção e expansão da estrutura da rede. A centralidade é a

principal medida para avaliar um ator, nela mede-se quão acessível e qual a importância de um ator para os demais atores de uma rede. A centralidade é uma função, não apenas do tamanho da rede, mas também da maneira como os diversos atores estão interligados. Atores com mais importância ou mais proeminentes usualmente estão em posições estratégicas da rede (Hanneman, 2001)

As três medidas de centralidade: grau, proximidade, intermediações que serão apresentadas a seguir são citados na literatura como os principais indicadores de poder na análise de redes sociais.

1.4.5 Métricas em redes sociais

O mapeamento de grafos e matrizes, apresentam e resumem informações de forma fácil e rápida, forçam uma abordagem sistemática e completa, permitem o uso da computação, têm regras e convenções que promovem uma clara comunicação dos resultados.

Um dos principais usos da análise de redes sociais é medir a importância de um vértice dentro da rede. Um nó da rede é considerado importante ou proeminente se os seus relacionamentos o tornam particularmente visível aos outros nós da rede (Wasserman e Faust, 1994). Então, existem duas classes de proeminência (Wasserman e Faust, 1994):

1. Centralidade do ator: um ator central é aquele que está intensivamente envolvido em relacionamentos com outros atores, seja como transmissor ou como receptor. Este envolvimento torna-o mais visível aos outros. Existem quatro tipos de métricas de centralidade (Wasserman e Faust, 1994):
 - ▶ Centralidade de grau ("degree centrality"): a centralidade do nó na rede está relacionada ao grau do nó. Esta métrica foca a visibilidade do nó na rede. O nó mais central é aquele que possui o maior grau. Assim, ele está em contato direto com muitos outros nós e acaba ocupando um lugar central na rede. Em contrapartida, nós com grau pequeno ocupam uma posição periférica na rede. Ainda segundo Hanneman (2001), a centralidade de grau mede a quantidade de ligações de um ator. Quanto mais ligações

um ator possui, maior são as suas oportunidades de escolha, maior a sua autonomia em relação aos outros e conseqüentemente maior o seu poder.

- ▶ Centralidade de proximidade ("closeness centrality"): esta métrica é baseada em distância e foca em quão próximo um ator se encontra em relação aos demais atores da rede. Um ator é central se ele pode interagir rapidamente com os demais. No contexto de uma rede de comunicação, por exemplo, os atores centrais podem ser muito produtivos no partilhar de informações com o resto do grupo, pois possuem um caminho de comunicação rápido com os demais. Neste caso, a centralidade está inversamente relacionada com a distância. Assim, quanto mais aumenta a distância de um vértice para o restante da rede, mais diminui a sua centralidade de proximidade. Segundo Hanneman (2001), A centralidade de proximidade de um ator mede-se pelo número mínimo de passos que ele deve executar para entrar em contacto com os outros atores da rede. Quanto mais central for um ator, mais ele está próximo dos outros, e mais rapidamente entra em contacto ou interage com os outros. É uma medida de autonomia, da independência em relação ao controle exercido pelos outros.
- ▶ Centralidade de intermediação ("betweenness centrality"): as interações entre dois nós não adjacentes dependem dos nós que se localizam no caminho entre eles. Estes outros nós potencialmente têm controle sobre as interações entre os dois nós não adjacentes. Para ter uma alta centralidade de intermediação, um nó deve estar no caminho entre diversos outros nós (Wasserman e Faust, 1994). A centralidade de intermediação está baseada no controle exercido por um ator sobre as interações entre dois outros atores. Desde que dois atores não sejam adjacentes ou vizinhos, eles dependem de outros atores do grupo para realizarem suas trocas. A posição de intermediação determina influência através da possibilidade de controle do fluxo e indica uma situação preferencial de um ator, pois a intermediação permite a combinação de diferentes ideias que podem influir para a criação de soluções inovadoras. Hanneman (2001), acrescenta a centralidade de intermediação está baseada no controle exercido por um ator sobre as interações entre dois outros atores.
- ▶ Centralidade de informação ("information centrality"): generaliza a noção de centralidade de intermediação em todos os caminhos entre os nós, concedendo pesos às arestas

dependendo do tamanho de cada caminho. Nesse sentido, a informação é o inverso do comprimento do caminho.

2. Prestígio do ator: um nó de prestígio é objeto de muitos relacionamentos, desde que ele seja o receptor destes relacionamentos. Obviamente, o conceito de prestígio é mais restrito que o de centralidade e só pode ser medido em um grafo direcionado.

Apesar dessas métricas focarem nos nós, elas também podem ser combinadas entre os nós para obter a medida da rede como um todo ou de determinados sub-grupos. Assim, essas métricas podem ser úteis para comparar diferentes redes sociais facilmente. A ferramenta Ucinet pode ser utilizada para facilitar os cálculos dessas métricas.

CAPITULO 2

2 ENFOQUE EM TORNO DAS REDES DE APOIO SOCIAL

Este capítulo aborda o tipo de apoio das redes de apoio social, e as funções e efeitos das redes de apoio social como papel protetor sobre o homem e a sua influência no seu bem-estar e qualidade de vida. Esta revisão da literatura sobre as questões ligadas ao apoio social mostra, que a terminologia utilizada nos diferentes estudos está associada a uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista, como seguidamente podemos verificar.

2.1 TIPOS DE APOIO DAS REDES DE APOIO SOCIAL

Apesar de apenas a partir dos anos 70 o apoio social constituir um quadro teórico integrado e consistente, encontram-se anteriormente inúmeros estudos ligados à psicologia, cujos contributos foram decisivos para o seu desenvolvimento. Martins (2004)

Foram abertos caminhos ao desenvolvimento e conceptualização no campo do apoio social, pelas investigações realizadas por Caplan (1974); Cobb (1976); Barrón (1996); Vaux (1988); Faria (1999); Vaz Serra (1999) e Matos e Ferreira (2000). Pelos estudos das redes sociais nos seus aspetos estruturais e funcionais, foi possível conhecer os efeitos sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações, sejam elas íntimas ou de integração social.

A definição de apoio social não é consensual. Na definição de Bowling (1997); Sherbourne e Stewart (1991); Cohen e Wills (1985), citados por Chor (2001), trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções.

Na revisão da literatura sobre as questões ligadas ao apoio social, apresentam-se uma diversidade de conceitos e terminologias, como refere Nunes (1999) vão desde o apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interação positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação etc. (Martins 2004).

Existe uma visão de pluralidade conceptual relativamente à definição de apoio social. Assim para Barrón (1996), o apoio social é um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos. O apoio social pode ser definido como qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por pessoas e/ou grupo (s) que se conhecem e que conferem, como resultado dessa interação, efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Ele pode ser classificado, de acordo com a sua função, em apoio emocional, ou instrumental (Barrón,1996). Ainda de acordo com o mesmo autor, o apoio emocional refere-se ao facto da pessoa ter a sua disposição alguém para falar e desabafar, incluindo atitudes que fomentem o bem-estar afetivo, relacionando-se ao sentimento de estima, de sentir-se querido e respeitado, de poder confiar em alguém. Já o apoio instrumental, diz respeito ao fornecimento de informações dar conselhos e orientações. O apoio material ou instrumental vincula-se ao fornecimento de bens e serviços que ajudam a resolver problemas.

Concordante com este conceito Cruz (2001) é definido como a utilidade das pessoas, que nos dão valor e se preocupam connosco e nas quais podemos confiar ou com quem se pode contar em qualquer situação. O apoio assume-se nesta perspetiva como um processo promotor de assistência e ajuda, no sentido de assegurar o bem-estar físico e psicológico.

A complementar esta definição, Vaz Serra (1999) apresenta uma visão análoga ao definir apoio social como, qualidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo. Tratando-se de uma influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio é um processo dinâmico e transaccional, Loreto defende que neste contexto apresentam-se duas componentes, por um lado o “apoio” refere-se as atividades dos domínios instrumental e expressivo, em contrapartida o “social”, reflete o vinculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo (Martins, 2004).

Na opinião de vários autores, podemos dizer que neste processo dinâmico e transaccional estão implícitas, a participação dos indivíduos grupos e comunidades e assentam em ligações entre os recursos e os processos de apoio. No sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objetivos. São apontadas como necessidades sociais por Matos e Ferreira (2000), o afeto, a presença, a identidade, a segurança e a aprovação que podem satisfazer-se através da ajuda Sócio - emocional e instrumental. Se a ajuda emocional engloba o afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas a ajuda

instrumental compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica.

Alguns autores como Fridfinnsdottir em 1997 define suporte social como, transação individual que envolve apoio emocional, informação, e/ou ajuda tangível, e que melhora o *coping* e /ou modera o impacto dos fatores de *stress* (Ferreira, 2004).

Por sua vez McNally e Newman (1999), ampliam esta definição a nível conceptual, ao distinguem o suporte social quer, como entidade objetiva quer, como entidade subjetiva. Na perspectiva objetiva o suporte social inclui a exigência e extensão das ligações sociais, como o cônjuge, família, religião, ou outros grupos de afiliação, onde a avaliação da estrutura das ligações sociais compreende a composição e organização da rede social individual. Como entidade subjetiva, é visto como um construto multidimensional, compreendendo distintos componentes, tais como, já foi referido a ajuda emocional e a ajuda instrumental. Assim estes autores defendem que o conceito assenta nas perceções subjetivas e apreciações individuais. A proteção e apoio da família, reduzem o isolamento social, a família como grupo de cooperação económica, de convivência, de divisão de responsabilidades e obrigações entre seus membros favorece o dar e receber apoio e cuidados.

Na opinião dos autores Matos e Ferreira (2000) as perceções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade depende de variáveis situacionais, defendem que passam pelo que acontece nas transações sociais, pelos aspetos cognitivos, pelos aspetos da sua própria personalidade, por exemplo pela capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social.

É importante sublinhar que a subjetividade e individualidade do apoio social, depende da perceção pessoal de cada indivíduo (Martins, 2004). Segundo a autora “a perceção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.” (Martins, 2004:3). A subjetividade é questionável pois, a perceção pode não corresponder à realidade. Vaux (1988) defende, que a perceção corresponde na maioria das vezes à realidade no entanto, o que importa esclarecer é que, o que conta realmente para a pessoa é a sua perceção.

É importante distinguir dois conceitos, o de rede social e rede de suporte, mencionado por Martins (2004) enquanto a rede social refere-se às relações sociais e às características morfológicas e transacionais, caracteriza a interação social da pessoa, a rede de suporte pressupõe uma ajuda concreta à pessoa. O conceito de apoio social, como defesa individual, descarta as moldagens culturais, a interferência da organização social, dos valores, normas e regulações sociais. Para Cobb (1976) o apoio social remete à informação, à crença de ser amado e estimado conforme a percepção cognitiva dos indivíduos, detendo carácter protetor para eles. Implica compromissos mútuos dos indivíduos entre si e com os grupos, as trocas recíprocas e as obrigações sociais.

O apoio proveniente da rede social pode ser recusado e reduzido, a mero recurso descontextualizado das mudanças estruturais e da dinâmica das sociedades modernas onde se transformam os mecanismos de sociabilidade e cooperação, sustentados na cultura e valores; nos elos entre as pessoas, no maior individualismo, estes valores poderão afetar a disponibilidade do apoio.

Minkler (1985) defende que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controlo sobre suas vidas. Lemieux e Ouimet (2008) acrescentam ainda que, as redes de apoio são constituídas por pessoas ajudadas às quais pessoas ajudantes dão apoio sob a forma de bens ou serviços, de informação ou de laços de solidariedade. O apoio será geralmente maior quanto maior for o capital social das pessoas ajudadas.

Englobadas na expressão "laços sociais", destacam-se dois conceitos, rede social e apoio social. As redes são definidas como "teias" de relações sociais que circundam o indivíduo bem como as suas características (por exemplo, disponibilidade e frequência de contacto com amigos e parentes), ou como os grupos com quem a pessoa tem contacto ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (Bowling, 1997). Além desses dois aspetos, Hanson e Östergren (1987), adicionaram a "ancoragem social" (*social anchorage*), que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence o indivíduo (ambiente de trabalho, área de moradia, família, por exemplo).

Estudos associam o apoio social ao tamanho das redes sociais, à integração social, ao desempenho de papéis sociais e às demandas de cuidados aos doentes. Nas redes sociais constrangidas e restritas, as pessoas possuem menos hipóteses de receber apoios, na condição de pobreza e de isolamento social. Como sublinha Wellman em 1991, citado por Portugal (2007) o que diversos estudos sobre redes sociais mostram é o modo como o desenho das redes condiciona o acesso dos indivíduos a diferentes recursos, permitindo constatar que a morfologia das redes abre ou fecha possibilidades a indivíduos com posições semelhantes na estrutura social.

Sob as abordagens simultâneas, macro e micro analíticas, o apoio social pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda que repousa, de um lado nos intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os atores neles envolvidos, nas suas respectivas experiências quotidianas e contextos. Por outro lado, o dar, receber e retribuir apoio influenciam-se e são influenciados pelas mudanças económicas, sociais, políticas e culturais que afetam as mudanças das sociedades modernas

Algumas teorias recentes preocupam-se com as transformações estruturais destas sociedades, cujos valores individualistas e competitivos impõem maiores obstáculos à operação das relações solidárias e cooperativas, por onde pode circular o apoio social. Para Castells (1997) as sociedades globalizadas e informatizadas são profundamente desiguais e marginalizantes. Prossegue Castells (1997) neste enfoque admite-se que o apoio social não é uma experiência necessariamente fixa, cujos valores morais e éticos que a alimentam mostram-se flexíveis, mutáveis e em permanente construção.

O apoio como mecanismo de solidariedade, participação e cidadania está associado ao benefício mútuo, oferecido ou mobilizado pela rede de apoio, estudos ressaltam a importância das organizações não-governamentais, do associativismo, das redes de solidariedade e participação social.

2.2 FUNÇÕES E EFEITOS DAS REDES DE APOIO SOCIAL

Na análise das funções do apoio social verificam-se à semelhança do que acontece com os conceitos, divergências entre os atores

Em 1985 Wills citado por Martins (2004) sugere quatro tipos de apoio social, nomeadamente:

- Apoio à estima, em que um grupo de pessoas contribui para aumentar a autoestima do próprio indivíduo;
- Apoio informativo, em que existem pessoas que estão disponíveis para oferecer conselhos;
- Acompanhamento social, que engloba o apoio conseguido através de atividades sociais.
- Apoio instrumental, diz respeito a toda a ajuda do tipo físico.

Vaz Serra (1999) aponta seis funções do apoio social, designando-as por:

- Apoio afetivo, faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a autoestima;
- Apoio preceptivo, ajuda o indivíduo a realizar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objetivos mais realistas;
- Apoio emocional, corresponde aos sentimentos de apoio de segurança que o indivíduo pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;
- Apoio informativo, constitui o conjunto de conselhos e informações que ajudam os indivíduos a compreender melhor as situações complexas, facilitando a tomada de decisão;
- Apoio instrumental, ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços e
- Apoio de convívio social, conseguindo através do convívio com outras pessoas em atividade de lazer ou culturais, aliviar as tensões.

Ainda relativamente à função do apoio social, Barrón (1996) sublinha três funções:

- O apoio emocional – refere-se à disponibilidade de alguém com quem se pode falar e recorrer, diz respeito ao bem-estar afetivo. Este tipo de apoio faz com que a pessoa se sinta querido, aceite, amado e respeitado e integram expressões de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia e estima;

- O apoio material e instrumental – Caracteriza-se por ações, ou materiais proporcionados por outrem e que ajudam a pessoa a resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas do seu dia-a-dia,
- O apoio de informação reporta-se ao processo através do qual as pessoas recebem informação ou orientações precisas que as ajude a compreender o seu mundo e/ou a adaptar-se mais adequadamente a ele.

Quanto aos efeitos de apoio social Barrón em 1996 propõe o efeito direto e o efeito amortecedor ou protetor, referindo-se ao efeito direto sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico vivenciado e quando menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos. Defende que o efeito amortecedor ou protetor, manifesta-se sempre que este atua como moderador de outras forças que também influenciam o bem-estar. Neste caso, as situações indutoras de stress só teriam efeitos negativos nos indivíduos que possuíssem um apoio social baixo.

O papel protetor sobre o homem e a sua influencia no bem-estar e qualidade de vida são apontadas como razões plausíveis por Vaz Serra (1999) o facto de:

- ✓ Estabelecerem elos afetivos mais consistentes aumentando a seguranças do indivíduo;
- ✓ Ao favorecer o reconhecimento, valor e competência do indivíduo contribuem para a sua integração social;
- ✓ Possibilitam o dar e receber de concelhos e informações orientadoras;
- ✓ Reforçam sentimentos de utilidade, proporcionando aos seres humanos a prestação de cuidados a outras pessoas.

Para Paúl (1991) as redes de apoio social, referem-se a formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. Apontando dois tipos de redes, as redes de apoio informal e formal, segundo o autor no grupo constituído pelas redes de apoio informal incluem-se as famílias do próprio indivíduo, os amigos, e os vizinhos. E agrupou na rede de apoio formal os serviços estatais, serviços de segurança social e os serviços organizados pelo poder local como, os lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário e centros de dia.

Reconhece-se a importância da cultura e do sistema de valores regulando as trocas, obrigações e a prestação do apoio social pela família e instituições religiosas. Na sociedade Portuguesa, existem na religião e na família, manifestações do apoio como recurso protetor, afetivo, de informação e assistencial.

A proposta de incluir o apoio social na política de proteção social das organizações não-governamentais, visa estimular as práticas solidárias nos grupos socialmente fragilizados e vulneráveis, como meio de participação social, exercício de cidadania e democracia. Esta proposta minimiza a presença de conflitos nestas práticas, que impõem às intervenções, contínuas negociações entre os atores sociais neles envolvidos, assim como às investigações a análise das relações de poder e especificação das diferentes instituições.

CAPITULO 3

3 REDES SOCIAIS E CUIDADOS DE SAÚDE

Neste capítulo serão abordadas as vivências do doente, como a doença é vivenciada pelo doente, as transições segundo Meleis (1991) as quais segundo a autora implicam, uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas e nas capacidades e o aparecimento de novas necessidades ou necessidades já existentes mas até ai não reconhecidas. Serão também focadas as redes sociais no acesso aos cuidados de saúde, onde a opção por um sistema de cuidados de saúde público ou privado é fortemente influenciada pelos laços que compõem a rede de relações sociais da família. E por fim a aplicação da análise de redes sociais em estudos na área da saúde em Portugal

3.1 VIVÊNCIAS DO DOENTE E ASPECTOS SOCIAIS DA DOENÇA CORONÁRIA

A doença inesperada com a notícia imprevista da necessidade de hospitalização constitui para qualquer pessoa, independente da idade e do sexo, um terramoto pessoal. O E. A. M. segundo Thelan et al (1996) resulta de um desequilíbrio entre o aporte de oxigénio ao coração e as necessidades que ele tem devido a um estreitamento ou oclusão das artérias coronárias. Síndrome coronária aguda, define-se como um conjunto de sinais e sintomas relacionados com o diagnóstico de isquémica aguda do miocárdio, sendo o seu principal sintoma é a dor precordial, tipo aperto que pode irradiar para face interna do membro superior esquerdo. Pode apresentar sintomas associados como sudorese e dispneia.

Os subtipos da síndrome coronária aguda incluem angina instável, e duas formas de enfarte agudo do miocárdio. Esses tipos de enfarte são diagnosticados de acordo com o electrocardiograma, como um enfarte do miocárdio sem elevação do segmento ST, ou um enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST (onde estão agrupados o EAM ântero-lateral, anterior, inferolateral, ínfero-posterior, inferior, lateral, posterior, e localização indeterminada). O termo enfarte do miocárdio indica o desenvolvimento de uma área de necrose

do miocárdio que resulta da isquemia local, sendo que na maioria dos casos, como indicam os estudos angiográficos, tem como causa a trombose de uma ou mais artérias coronárias. Referido por Kumar (2003), a rutura de uma placa aterosclerótica subjacente serve como ponto de partida para a obstrução coronária.

É uma doença silenciosa, no entanto quando surge a sintomatologia, a doença instala-se de forma abrupta. Como refere Claudino (2004:48) “o aparecimento do E.A.M. é um acontecimento tipicamente repentino e inesperado, não normativo que antes não fazia parte da vida destas pessoas. O seu aparecimento é súbito, doloroso, desconhecido e potencialmente ameaçador da vida”.

Fidalgo (1992) descreve o conceito de vivência como sendo a consequência imediata do vivido carregado de significado que perdura no tempo. A vivência é o mundo da experiência, tal como é vivida. Van den Berg citado por Morrison (2001) descreveu quatro domínios principais que segundo o autor, têm de ser considerados quando se procura uma compreensão da vivência de outra pessoa.

As áreas mais importantes são:

- A relação entre o indivíduo e o seu mundo material.
- A relação entre o indivíduo e o seu corpo.
- A história da vida do indivíduo no tempo.
- A comunicação que ocorre entre as pessoas.

Parafraçando Morrison (2001) as pessoas referem-se constantemente a estes aspetos vivenciais, porque eles proporcionam uma forma de estruturar significativamente as experiências pessoais e de as pôr em relação com outras. Estes aspetos vivenciais constituem uma base para comunicar com as pessoas e compreendê-las.

Antes da admissão no hospital, na fase inicial dos sintomas o doente pode reconhecer esses sintomas como sendo um ataque cardíaco, após ter eliminado potenciais causas para os seus sintomas. Este processo cognitivo salienta o papel crucial da adaptação dos sintomas, na medida em que elabora uma explicação satisfatória e orienta a pessoa para estratégias de *coping* (Figueiras, 1999).

Logo desde o aparecimento dos sintomas a pessoa vivência momentos de incerteza. A avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas inicialmente é apreciada como perigo, que põe a vida em risco.

Quando Mishel iniciou a sua investigação sobre a incerteza, o conceito ainda não tinha sido aplicado no contexto da saúde e da doença. A autora aplicou a estrutura de *stress* / apreciação / luta / adaptação (subjacente na teoria original do trabalho de Lazarus e Folkman) à incerteza enquanto fator de stress no contexto da doença, o que tornou a estrutura significativa para a enfermagem. A autora define a incerteza como a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença, que ocorreu quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e / ou é incapaz de prever os resultados com precisão.

Segundo Claudino (2004) no seu trabalho os “Estudo das representações da doença”, as medidas seriadas de ansiedade feitas a doentes coronários admitidos no H. E. S. E, dizem que a ansiedade é elevada na admissão à unidade de cuidados coronários e imediatamente após saberem que são transferidos para a enfermaria.

Tal como já tinha sido referido anteriormente o E.A.M. é uma doença que se instala de uma forma abrupta e tempestuosa, alterando significativamente a vida da pessoa. De acordo com Marques (2003) saber que tem uma doença grave é uma situação que provoca alterações a nível de futuro na concretização de planos e projetos de vida, ainda segundo a mesma autora o doente teme a morte, a mutilação ou a incapacidade provocadas pela doença ou pelo tratamento.

O facto de o doente ser o “Chefe de família” e ficar impossibilitado temporariamente, gera reações emocionais negativas de medo, relativas à perda de poder económico e de *status* social. Segundo Bolen (2001) os medos são de natureza variada, desde o medo do futuro incerto, medos pela segurança e proteção dos filhos, principalmente quando estes são ainda menores. Para além disso a doença na opinião de Goleman (1997) agudiza a consciência de cada pessoa da sua vulnerabilidade, fragilidade e finitude. Vivencia-se assim de uma forma mais intensa e consciente o facto de sermos seres vulneráveis, frágeis e de certa forma valorizando mais que nunca as redes de apoio social, sobretudo o apoio proporcionado pela família e amigos.

Uma das maiores preocupações nos adultos de meia-idade, em particular os homens é o regresso à atividade profissional após o E.A.M. Os doentes expressam preocupações relativamente as capacidades para cumprir as atividades profissionais, em particular as que requerem esforços físicos Croog & Levine citado por Claudino (2004).

De acordo com Marques (2003), os itens na escala de medos mais pontuados são os medos relacionados com situações pessoais e interpessoais. Com médias globais mais elevadas destaca-se o medo “sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida. Ainda segundo a mesma autora o doente fica com a sensação de perda de controlo, sem saber se voltará a ser a mesma pessoa e se poderá voltar a fazer o que fazia antes.

Os doentes referem receios de não conseguirem cumprir as indicações que lhe são dadas durante o internamento. Se por um lado têm medo de sentir de novo a dor que os levou ao hospital (Marques 2003), por outro lado têm receio relativamente às alterações subsequentes relacionadas com os hábitos e estilos de vida. Os doentes sabem que têm de fazer algumas mudanças.

3.2 TRANSIÇÕES: CONCEITO CENTRAL DE MEILES⁴

Chick and Meleis definiram transição como a passagem ou o movimento de um estado, condição, ou lugar para outro, propuseram uma série de propriedades e dimensões de transição, e examinaram a sua relação com a intervenção de enfermagem, o ambiente, o doente e a saúde (Meleis 1994). Para a mesma autora, os encontros enfermeiro – doente ocorrem durante períodos transitórios de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação, ou de saúde – doença. Estas mudanças podem produzir alterações profundas nas vidas das pessoas e têm implicações importantes no bem-estar e na saúde.

As transições têm um interesse particular para os enfermeiros devido às suas consequências para a saúde. Na transição saúde – doença, ocorre a passagem do estado de

⁴Meleis, Alaf., Schumacher, Karen.(1994). *Transitions: A Central concept in nursing, image*. Journal of nursing scholarship, volume 26, number 2, summer.

saúde para o estado de doença, a transição de casa para o hospital (súbita), transições no próprio hospital assim como a transição do hospital para casa.

Meleis (1991) uma transição implica uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas e nas capacidades e o aparecimento de novas necessidades ou necessidades já existentes mas até ai não reconhecidas.

O que é que afeta o processo da transição?

Meleis (1994) refere que os fatores que influenciam as transições são os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e capacidade, o ambiente, o nível de planificação e o bem – estar emocional e físico. O significado refere-se a uma avaliação subjetiva de uma transição antecipada ou sofrida e à avaliação dos efeitos prováveis na vida de um indivíduo. Compreender a transição a partir da perspectiva daqueles que a sofrem. O nível de conhecimento e informação para uma transição constitui outra condição que influencia o resultado da saúde e podem ser insuficientes para fazer face às exigências da nova situação. Quando a transição é acompanhada por um desconforto físico, podem existir problemas na assimilação da informação (Meleis 1994)

A compreensão do contexto sócio cultural na compreensão de uma transição permite os enfermeiros desenvolver intervenções a nível do grupo, da comunidade e da sociedade. A autora defende que o nível de planificação que ocorre antes e durante uma transição é outra condição que influencia o sucesso da transição. Uma planificação eficiente pressupõe uma identificação rigorosa dos problemas e das necessidades (que poderão ser necessidades de ajuda a qualquer nível) que possam advir da transição. As transições são acompanhadas de emoções, alguns autores referem que surge ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão.

De acordo Condi et al, Majewski e Rice, Meleis aponta que também podem estar presentes um conflito de funções e um baixo nível de auto – estima, e tal como o bem-estar emocional é também importante o bem-estar físico e social durante a transição.

3.3 REDES SOCIAIS NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Portugal é um dos países em que a institucionalização dos direitos sociais e os instrumentos necessários ao exercício de uma política social pelo Estado, ocorreram mais tardiamente e de forma problemática relativamente ao contexto europeu. (Portugal 2005). Portugal só a partir de 2 de Abril de 1976 garante aos seus cidadãos que "todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e de a promover" e, que "o direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito". Passa então a incumbir ao Estado a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica, assegurando uma cobertura do país em recursos humanos e em unidades de saúde.

O "Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS" relativo ao ano de 2010, divulgado pelo Ministério da Saúde, dá cumprimento à Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto – Carta dos Direitos do Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O presente documento avalia o posicionamento das instituições em relação ao cumprimento da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, que fixa os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência. Além disso, procedeu-se também a recolha de dados a partir de sistemas de informação centrais, designadamente no âmbito da produção hospitalar, cirurgia programada, da primeira consulta de especialidade hospitalar e do cateterismo e *pacings* cardíacos.

A pressão sobre o acesso aos cuidados de saúde faz-se sentir também, como consequência do aumento contínuo de utilização do serviço de saúde pela população portuguesa. A melhoria do acesso aos cuidados de saúde continua a ser uma expectativa legítima e importante para uma parte substancial da população portuguesa.

As redes informais de solidariedade e, sobretudo a família, são um elemento importante no apoio social e, portanto, a ter em conta quando se trata de discutir a produção total de bem-estar numa sociedade, onde o informal, as redes sociais tem um papel fundamental na provisão de recursos e facilitadoras no acesso aos cuidados de saúde.

Na descrição das redes são consideradas variáveis como a dimensão, a densidade, a lateralização, a polarização. Segundo Granovetter citado por Portugal (2005) a força dos laços é proporcional à duração da relação isto é antiguidade da relação, tempo despendido, à

intensidade emocional, à intimidade e aos serviços recíprocos. Há autores que acrescentam ainda um outro critério, a pluralidade dos conteúdos de troca.

Segundo Portugal (2005) a morfologia das redes, o tipo de laços ativados, depende do recurso em jogo, isto é consoante o problema em jogo e o tipo de resposta que necessita. Para uns domínios a família é essencial e recorre-se apenas aos laços fortes, para outros domínios é necessário que a rede ultrapasse as relações, e os laços fracos revelam-se fundamentais nos cuidados de saúde.

Quanto à centralidade das redes no acesso aos recursos a autora afirma que a centralidade é clara nalguns casos (por exemplo, no emprego, em que a via informal supera qualquer outra forma de acesso quer no primeiro emprego, quer ao longo da trajetória), mas revela-se também em domínios em que outras esferas de produção de bem-estar parecem dominar, caso do Estado na saúde.

3.3.1 Serviços Públicos e Serviços Privados

No acesso à saúde, a escolha entre os serviços oferecidos pelo Estado e pelo mercado faz-se em função de três variáveis: a proximidade geográfica dos serviços, nomeadamente a disponibilidade da oferta pública, os níveis de rendimento familiar e as características da rede relacional da família. (Portugal, 2005)

As maiorias dos consumidores exclusivos dos serviços públicos são pessoas de rendimentos mais baixos que não têm capacidade económica para recorrerem aos serviços privados. A opção por um sistema de cuidados de saúde público ou privado é fortemente influenciada pelos laços que compõem a rede de relações sociais da família.

Os laços fracos são mais eficazes no sistema público do que no sistema privado, onde os laços fortes têm uma maior eficácia. Na opção pela exclusividade do Estado, na prestação de cuidados de saúde identificam-se dois modelos distintos, os que utilizam o sistema público porque não têm capacidade económica para entrar no mercado e, aqueles que podem recorrer aos serviços privados, têm acesso aos serviços do Estado através da sua rede social, sem custos económicos. Os laços informais iludem as formalidades burocráticas, modificam a forma de prestação dos cuidados e quebram barreiras entre sistema público e privado (Portugal, 2005).

No seu estudo a autora afirma que o acesso privilegiado aos serviços privados só se consegue através de laços fortes. As relações próximas do parentesco ou amizade conseguem, no sistema privado, aquilo que os laços fracos conseguem no sistema público. Os únicos a obter privilégios no sector privado, são os que têm familiares ou amigos próximos dos profissionais de saúde.

Prossegue ainda, os laços fracos são importantes sobretudo no aconselhamento das vias a seguir e dos profissionais a contratar, no acesso ao sistema privado. Se no sector público, a seleção do profissional de saúde é feita pelo próprio sistema, no sector privado existe uma liberdade de escolha, que é condicionada pela rede social da família.

Portugal (2005) conclui que, é a posição do elemento na rede no interior do sistema de saúde, que determina a ativação do laço. Sem dúvida que os laços fortes e fracos têm um papel estruturante no acesso ao sistema de saúde. Enquanto os laços fortes são igualmente eficazes em ambos os sistemas, os laços fracos apenas demonstram a sua eficácia no sistema público. No sistema privado, os laços fracos são usados essencialmente no aconselhamento. A autora refere também que os laços fortes, familiares ou de amizade, permitem sempre um acesso mais facilitado e de qualidade do que os laços fracos, no sistema público ou privado.

É de sublinhar o estabelecimento de laços fracos no interior do sistema privado, nomeadamente a relação doente - médico, permite obter garantias no acesso ao sistema público. É frequente quando o profissional de saúde trabalha nos dois sistemas, os contactos com a classe médica permite o acesso ao sistema público com garantias de qualidade e sem custos. Uma das características do sistema de saúde português, tem como um dos seus principais motores o funcionamento das redes sociais (Portugal 2005).

A autora acrescenta ainda, as deficiências da provisão dos cuidados públicos são colmatados pela das relações informais. A análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: “a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadãos. Os indivíduos conseguem através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e de qualidade” (Portugal, 2005).

3.4 AS REDES SOCIAIS PROMOTORAS DA SAÚDE E BEM-ESTAR

Diversos são os estudos que buscam explicar a diferença na distribuição de certas doenças entre as pessoas e a relação destas com o apoio social recebido pelas redes sociais. Muito embora não haja consenso quanto ao conceito, advoga-se a ideia de que o apoio social recebido pelas redes sociais, guarda sim uma relação com o bem-estar das pessoas, pois proporciona proteção contra o aparecimento de doenças, como também a melhoria das dimensões físicas, mental e emocional.

Desde a década de 1970, as redes sociais nas quais as pessoas se inserem interessaram à Saúde Pública, relacionando-as, posteriormente ao apoio social, como resultado da integração do indivíduo em diferentes redes, oferecendo suporte material, cognitivo, afetivo e emocional.

Diferentes correntes analíticas subsidiam a discussão da importância da rede social e apoio social em relação à saúde/doença/cuidado, a literatura dialoga com a psicologia social, (teorias do *stress* e cognitivas) com as várias correntes sociológicas (funcionalismo; estruturalismo; construtivistas; relacionais e comportamentais).

Estudos com animais na década de 1930, feitos pelo médico Hans Selye desafiaram Cassel a investigar sobre os agentes e as relações do *stress* assim como os processos biológicos, ambientais e sociais. O apoio social associado ao *stress* e os fatores psicossociais na etiologia das doenças, abordadas por Cassel (1976) e Cobb (1976) derivam da psicologia social norte-americana com forte influência na sociologia médica e epidemiologia social.

A relação entre laços sociais e saúde foi sugerida, na década de 70, por estes autores quando compilaram evidências de que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade à doenças. Postularam que as relações sociais contribuem para o bem-estar do indivíduo; moderam os efeitos do *stress* psicossocial; servem de amortecedores, reduzem a vulnerabilidade dos indivíduos aos agentes que provocam *stress*.

Diversos pesquisadores identificaram que portadores de doenças tão diversas como hipertensão arterial, depressão e ainda vítimas de acidentes, referiam com maior frequência o fato de não estarem, ou não se sentirem, inseridos em uma rede, ou ainda de terem

experimentado perdas importantes de laços sociais (e.g. viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de moradia) (Minkler, 1985).

Na teoria do *stress*, segundo Almeida Filho (2004), os processos de origem social podem produzir *stress*, aumentando a suscetibilidade de certos organismos diante de um estímulo nocivo direto (o agente), mediante alterações do sistema neuroendócrino. Os agentes de *stress* diretos, referidos por Cassel (1997) podem diretamente determinar quadros psicopatológicos (ansiedade, depressão), comportamentos de risco e, no plano biológico, fragilizar o sistema imunitário; enquanto os indiretos atuam sob mediação de diferentes graus de vulnerabilidade.

Os agentes de *stress* podem indirectamente determinar: quadros psicossomáticos e doenças crónicas não transmissíveis: hipertensão arterial, acidentes vasculares e enfarte do miocárdio, diabetes, outras doenças infetocontagiosas e neoplasias” (Almeida Filho, 2004: 868). Weinberger et al (1987) alegaram que na exposição dos indivíduos aos agentes de *stress*, o forte sistema de suporte social, proporcionado pela rede social, reduz os efeitos negativos sobre a saúde.

A literatura gerontológica e sociológica sobre as doenças crónicas, norte-americanas abordam as estratégias e o comportamento de *coping* entre idosos para enfrentar e ajustar-se ao *stress*, às doenças crónicas, manter a qualidade de vida, buscar atenção médica; prestar ajudas financeiras e afetivas aos idosos, cujos contactos sociais são menos frequentes nas condições de viuvez; ausência de filhos ou quando residem sozinhos. Expressam a capacidade de *coping*, capaz de responder e gerir os recursos disponíveis no ambiente social para satisfação de necessidades, bem-estar e regulação dos efeitos negativos dos agentes de *stress*.

O *coping* é qualquer resposta às tensões externas da vida para evitar ou controlar o sofrimento emocional. É defesa individual que usa recursos sociais (redes interpessoais), psicológicos (características de personalidade), comportamentos, cognições e a perceção das pessoas para conviver ou tolerar a doença.

Postulam-se os efeitos positivos das redes sociais, nos comportamentos, ajustamento e gestão da doença crónica; nas relações dos doentes com os serviços e profissionais de saúde; na adesão aos tratamentos, melhora da qualidade de vida, adoção de novos estilos de vida e prevenção dos riscos à doença. (Tilltson e Smith, 1996). Ainda segundo o mesmo autor, a ausência de parentes (cônjuges e filhos) de idosos associou-se à doença e à mortalidade. A

família centra-se, na administração da doença; na humanização do cuidado e na assistência domiciliária (Adam, 2001).

Ideias de que a condição de maior isolamento social ou de menor integração social afetam a saúde mental e física ou que indivíduos solteiros e isolados possuem maiores índices de tuberculose, acidentes e desordens psicológicas do que os casados, estão presentes na literatura sociológica e epidemiológica.

A literatura internacional de psicologia e sociologia médica sobre o apoio e saúde entre idosos, a revisão da literatura realizada por Ramos (2002) reporta-nos à influência durkeimiana, nos estudos que atribuem ao apoio, funções de integração e coesão social à medida que rompem o isolamento social. Durkheim não se preocupou com as relações pessoais, mas com as relações dos indivíduos com a sociedade, reportou os contactos e vínculos sociais a dois fatores: integração social – ligação com os outros dentro da sociedade e regulação social – ligação com os outros e com as normas sociais. A frequência e intensidade dos contactos sociais expressam o maior grau de integração social e o sentimento de pertencer a um grupo, apresentando benefícios no bem-estar social e na saúde.

O apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos 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 de apoio social. Redes sociais são teias de relações e trocas de obrigações postas pela organização social e cultura e não somente elos entre indivíduos favorecidos somente pelos vínculos e ligações afetivas entre eles. Consequentemente não são recursos abstratos, mobilizados como apoio ou ajuda no cuidado e na proteção à saúde

As avaliações estruturais e dinâmicas, identificam os vínculos do doente e os seus relacionamentos no espaço familiar, mostrando as redes de apoio social e as funções que desempenham no quotidiano do doente. As redes sociais podem considerar-se como recurso terapêutico importante, pois possibilitam um tratamento direcionado para o projeto de vida da pessoa, considerando a sua cultura, e também ampliam as ações de cuidado.

Nos últimos anos, existem grande preocupação no que refere às patologias da população idosa, especialmente as crónicas não transmissíveis e/ou crónico degenerativas, que mais infringem esta população. Entre elas estão a hipertensão, a diabetes e as doenças

respiratórias. Essas últimas têm significado especial em decorrência da principal sintomatologia que apresentam, a dispneia (“falta de ar”), que repercute enorme e negativamente na vida quotidiana desses indivíduos, impossibilitando-os de realizar um grande número de atividades que rotineiramente praticavam antes de surgir a doença. Um estudo que teve como objetivo, analisar características estruturais da rede social pessoal de idosos com patologia pulmonar crónica. Os dados quantitativos foram complementados com a avaliação qualitativa das dimensões do apoio social proporcionado pela rede social, traçando posterior relação com o favorecimento da manutenção/recuperação da saúde dos idosos (Martins, 2007).

O número e qualidade, dos membros da rede social em saúde dos doentes devem ser estimulados, principalmente pelos profissionais de saúde, que também devem fazer parte dessa rede. Martins (2007) verificou que é de grande importância a utilidade da rede de apoio social, na saúde dos idosos com patologia pulmonar crónica, população essa fragilizada pela idade e doença crónica.

Embora os mecanismos de ação exercidos pela rede e apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido verdadeiramente demonstrados, esta perspectiva é partilhada por Rodin (1986) quando afirma que o apoio social recebido pela rede social, pode reforçar a sensação de controlo sobre a própria vida, o que por sua vez tem um efeito positivo sobre a saúde.

Ferreira et al (2004) acrescenta ainda que o conceito de suporte social assenta nas perceções subjetivas e apreciações individuais, esta dimensão subjetiva da perceção proporciona maior ou menor nível de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social, variável que melhor explica os resultados de saúde.

No seu estudo Navalhas (1998) conclui que a quantidade, tipo e fonte de apoio social diferem nos diferentes momentos ou fases do ciclo saúde - doença, assim como, a influência de outras variáveis como os fatores ambientais ou genéticos, impacto temporal, especificidade da fonte e o nível de consciência da disponibilidade de apoio, e apoio recebido.

Através do estudo realizado por Holahan et al foi analisado a influência da satisfação com o apoio social sobre a adaptação psicológica à doença, verificaram que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual, quanto à incidência de sintomas depressivos, numa população de doentes cardíacos crónicos, beneficiando os esforços adaptativos com o suporte garantido pela rede social (Ferreira et al 2004).

A forte e consistente associação inversa entre um índice multidimensional de laços sociais e a taxa geral de mortalidade, foi um dos primeiros efeitos identificados da rede e apoio social sobre a saúde. Investigações confirmaram a relação inversa entre a magnitude de índices de rede e apoio social e o risco de morrer por doença coronária, acidente vascular cerebral e também por neoplasias (Dalgard & Haheim, 1998). Além da forte relação com a redução da mortalidade, dimensões de rede e de apoio social associam-se também, de forma direta, com a sobrevivência após diagnósticos de doença coronária, neoplasias e acidente vascular cerebral (Vogt et al., 1992), e de maneira inversa com a incidência de insónia, com a frequência de hipertensão arterial, com a aquisição de hábitos como o tabagismo e consumo de álcool, e também com o risco de demência (Fratiglione et al., 2000).

Investigações a respeito de rede e apoio social colocam perguntas extremamente relevantes para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde. Existe a tendência de priorizar a pesquisa de fatores de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, na pesquisa etiológica, ao invés do ambiente psicossocial. No entanto, não há dúvida de que a saúde individual ou coletiva resulta de relações complexas entre inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais.

3.5 A APLICAÇÃO DA ARS EM ESTUDOS NA ÁREA DA SAÚDE EM PORTUGAL

O objecto rede social tem vindo a tornar-se cada vez mais operativo para os estudos das sociedades contemporaneas, tal operacionalidade pode ser verificada em estudos nos campos da sociologia, da antropologia, e mais recentemente, no campo da saúde e da saúde mental. Neste último campo, a rede social tem ocupado o lugar de um dos fatores que mais contribuem para a sustentabilidade da vida cotidiana de pessoas com distúrbios mentais severos.

A caminhada da análise de redes sociais foi sempre pautada por aplicações e incursões pelo campo da saúde. Embora não seja um domínio privilegiado da investigação na saúde, os resultados que nos têm chegado representam um enorme contributo para o conhecimento deste campo. (Silva, 2011). Concordante com este autor Fialho (2007) refere que os estudos desenvolvidos na área da análise de redes sociais representam um importante contributo para o desenvolvimento na área da saúde. Por meio da metodologia de redes, as comunidades

organizadas buscam melhorar as condições de saúde, que podem ser concretizadas na perspectiva de promover apoio social através da troca de experiências e informação das ofertas de serviços e cuidados de saúde como no contexto de Programas de saúde familiar.

A relação entre redes sociais e saúde, na perspectiva da busca de melhoria para a população, emerge com mais força nos países em desenvolvimento, onde o acesso aos recursos de saúde se mostra mais restrito, em decorrência da insistência de políticas públicas e de sistemas de segurança social (Molina 2005).

A relação entre redes sociais e saúde tornou-se possível a partir do momento em que a saúde passou a ser compreendida enquanto um fenómeno social, produto de interações humanas. A partir dos anos 1980, afirmou-se a tendência a superar a conceção simplista de saúde como apenas negação da doença, para uma visão mais completa na qual a saúde passou a ser definida a partir de uma série de determinantes sociais, culturais, afetivos, económicos etc. (Fontes, 2004). A definição de saúde possui implicações legais, sociais e económicas dos estados de saúde e doença; sem dúvida, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde: a saúde é *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças*.

No fim da Segunda Guerra Mundial, quando a Organização Mundial de saúde foi criada, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde etc. O "bem-estar social" da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial. A OMS foi ainda a primeira organização internacional de saúde a considerar-se responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo.

Em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi apresentada uma outra definição de saúde: "A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde." Nesta definição, pode-se perceber a ênfase nas condições sociais para uma vida digna como condição para a saúde. A partir desta definição, a saúde deixa locais específicos como os hospitais e centros de saúde para ir para outros lugares: a nossa casa, a nossa escola, o ar que respiramos, a água que bebemos, os alimentos que ingerimos, o salário que recebemos, o que fazemos nas horas de lazer, e na liberdade que temos. É claro que saúde também resulta da responsabilidade que cada pessoa precisa ter com o seu próprio bem-estar. É o que chamamos

de auto-cuidado: saber prevenir, evitar as situações que colocam a saúde em risco, prestar atenção à sua alimentação e higiene. Resumidamente saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um bem estar físico, mental e social, envolve a construção social o desenvolvimento humano integral, os direitos humanos fundamentais e constitui-se como bem público como pré-requisito para o desenvolvimento socioeconômico.

O processo saúde doença é pois um fenómeno social, a saúde e a doença não se reduzem a uma evidencia organica e objectiva, mas estão intimamente relacionados com as características de cada sociedade. Segundo Minayo (1991), cada sociedade tem um discurso sobre saúde-doença, que corresponde à coerencia ou às contradicções da sua visão do mundo e da sua organização social. A linguagem da doença não é, portanto, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais.

Como já foi referido, embora ainda recente a analise das redes sociais tem a potencialidade de possuir na área da saúde um vasto campo de análise que pelos estudos realizados contribui sem dúvida para a melhoria da gestão da qualidade neste sector. É de salientar os estudos relacionados com a sida, de acordo com Molina (2001) o estudo de redes associadas a pessoas, grupos de risco, constituem-se fundamentais para melhorar as politicas de prevenção, dado que esta doença se transmite em contextos que envolvem relações pessoais associadas a comportamentos de risco.

Em 1966 já o estudo de Colmen incidiu sobre a difusão de informação entre a classe médica. Molina (2001) assim como Fialho (2007) apontam os estudos realizados em 1995 por Klovdah, Berard e Latkin, como contributos extremamente importantes para a implementação destas politicas de prevenção, através da identificação das redes de propagação do virus e desenvolvimento de projectos de prevenção na ação comunitária (Fritz 2010). Klovdah realizou um estudo desenvolvido no Centro de controlo de Doenças em Atlanta, que foi fundamental para a determinação do potencial epidemico/pandemico da SIDA. Referido por Fialho(2007) Klovdah procurou com base na lógica da abordagem de rede, representar os contactos sexuais entre os homossexuais masculinos portadores de SIDA, proporcionando-nos o conhecimento da estrutura das relações para a identificação da taxa e extensão prevesivel da doença. Através do desenho da rede, conclui ainda que a taxa e a extensão da disseminação da doença transmitida através de relações pessoais, dependeria da estrutura das redes relevantes.

Latkin, Mandell e colaboradores desenvolveram uma tecnica que consistia na realização de sessões de grupo utilizando o paciente chave como ponto de referencia para a reconstrução

e formação progressiva da rede, o paciente era incentivado pelo terapeuta e a manter a sua rede social, desenvolvendo técnicas de negociação para a adopção de relações sexuais seguras (Fialho,2007). Estes autores demonstraram, benefícios, quando profissionais incluem nas suas intervenções terapêuticas outros componentes da vida de relação dos seus pacientes, estas poderão possibilitar uma maior capacidade adaptativa , a optimização das suas relações com o meio ambiente e a potencialização de recursos para uma melhor qualidade de vida e diminuição de exposição a situações de risco.A identificação e a sensibilização de elementos chave da rede social do consumidor de drogas, têm vindo a ser discutidas como um recurso terapêutico adicional a ser utilizado por profissionais que trabalham na área da saúde mental. Os processos de integração psicossocial, de promoção de bem-estar, do desenvolvimento de identidade e de potencialidades, parecem estar fortemente relacionadas ao ambiente e à rede social com os quais a pessoa interage.

É de referir também a investigação realizada por Kadushin que se debruçou sobre a relação existente entre rede social e a promoção da saúde. Para Kadushin (2004), segundo Molina (2001) e Fialho (2007) a teoria de redes é talvez a única teoria não reducionista em ciências sociais, aplicando-se a várias níveis de análise, desde os pequenos grupos até aos sistemas globais. Mais recentemente é de referir ainda o contributo de Hides em 1998 que investiu no estudo dos cuidados pessoais como complementares dos serviços institucionalizados de saúde(Molina, 2001 e Fialho, 2007).

A aplicação da Análise de Redes Sociais no contexto português permitiu por exemplo, o mapeamento das redes de acesso à saúde, é sem dúvida como refere Silva (2011) um campo que se reveste de um enorme potencial de investigação. Segundo o referido autor “ A nova configuração do sistema nacional de saúde (SNS) Português e as suas implicações nos doentes dos serviços públicos de saúde configuram uma reorganização das redes de acesso, cujo recurso à análise de redes sociais tornará evidentes os potenciais buracos estruturais da rede, bem como os laços fortes e fracos no acesso ao Sistema.” (Silva, 2011: 23).

A descrição da morfologia das redes, através da utilização da teoria dos laços fortes e fracos de Granovetter em 1973 e 1982, veio desencadear, em Portugal, uma investigação sobre o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde (Silva, 2011). A investigação apresentada no artigo “ quem tem amigos tem saúde” em 2005 Sílvia Portugal veio evidenciar uma clivagem, no acesso à saúde, pelos serviços oferecidos pelo Estado ou pelo mercado.

Entre as principais conclusões do estudo, evidenciam-se em três variáveis (Silva, 2011):

- ▶ Proximidade geográfica dos serviços ao nível da disponibilidade da oferta pública;
- ▶ O nível de rendimento familiar;
- ▶ As características da rede relacional da família.

O estudo realizado em 2009 por Mafalda Fortuna “ Diagnóstico e análise da rede social: o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica”, teve como objetivo: - Analisar as redes sociais existentes no apoio à criança com doença crónica do conselho do Barreiro e sinalizadas pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário. Tratou-se de um estudo de caso, que utilizou uma metodologia qualitativa/ quantitativa, onde a autora envolve todos os profissionais responsáveis pelo apoio à criança com doença crónica.

Fortuna (2009) ofereceu resultados e foi uma referência para o desenvolvimento do estudo de Fritz (2010):

- ▶ Foram identificados como atores da rede as unidades de cuidados: Urgência Pediátrica, Consulta de diabetes, Internamento de Pediatria, Nutrição, Psicologia, Saúde Escolar e Saúde Infantil;
- ▶ Foram reconhecidas como potencialidades da rede a Consulta de Diabetes, o envolvimento dos profissionais, a formação profissional e a articulação entre os profissionais de saúde;
- ▶ A formação foi realizada na sua maioria na APDP (Associação Protetores dos Diabéticos de Portugal) tendo sido necessário a realização de formação em Serviço. Os atores consideraram a formação insuficiente, referindo a necessidade de investir na formação de outros profissionais.
- ▶ Para obtenção de formação a rede estabelece parcerias com a APDP, entidades patrocinadoras de congressos, consulta de diabetes e associação de nutrição;
- ▶ Relativamente às estratégias de prevenção, a grande maioria não realiza qualquer tipo de prevenção, A maioria dos atores aponta a não existência de parcerias nesta área, no entanto alguns reconhecem como parceiros a Câmara Municipal, a Consulta de Diabetes e o Serviço de Cardiologia;
- ▶ No que respeita ao controlo da doença, a Consulta de Diabetes é referenciada como o recurso mais importante, a articulação da rede no controlo da doença é considerada pela maioria dos atores como eficaz;

- ▶ A Consulta de diabetes ocupa uma posição central na rede, nenhum ator se encontra excluído da rede, emitindo-se fluxos entre todos os atores, prevalecendo a existência de laços fortes na rede;
- ▶ Na rede verifica-se a existência de uma maior percentagem de fluxos de entrada que fluxos de saída, esta consulta possui um baixo nível de intermediação, isto é, não consegue exercer a sua influência através de alianças com outros atores;
- ▶ Como aspetos menos positivos foi apontado o facto de apenas ter sido abordada a rede formal prestadora de cuidados, podendo-se alargar o estudo à identificação da rede informal nos cuidados a esta população.

Em 2010 o estudo desenvolvido por Isabel Fritz no âmbito do seu mestrado, “ Dinâmicas e relações Interorganizacionais nos cuidados as crianças/Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, a autora abordou a temática da diabetes em crianças e adolescentes, numa instituição hospitalar de referência, o Hospital Dona Estefânia.

Analizou as dinâmicas e relações na rede prestadora de cuidados, que surgiu da constante perceção da necessidade de articulação dos diferentes elementos que prestam cuidados à criança/adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1, bem como em contexto de trabalho da observação da existência de interação entre os diferentes elementos envolvidos. Como refere a autora o estudo da rede social que engloba os cuidados a esta população, torna-se pertinente no sentido em que poderá permitir uma organização na mesma, obtendo-se contributos fundamentais para uma melhoria na gestão da qualidade dos cuidados. É pois necessário o envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar, cuja relação de cooperação adquirem neste contexto um papel fundamental (Fritz 2010).

Neste estudo Fritz (2010) concluiu que:

- ▶ Serviços facilitadores do processo de articulação entre os elementos da rede.
- ▶ A rede analisada é uma rede onde estão presentes inúmeros laços entre os atores, verificando-se que a mesma se encontra ainda muito centrada em si, havendo relações entre quase todos os atores.
- ▶ Do ponto de vista da própria rede prestadora de cuidados, os vários elementos consideram que na mesma, existe um isolamento de cada elemento da rede, partilha de conhecimentos e das práticas de cuidados de cada um.
- ▶ Como potencialidades, trata-se de uma rede criativa e dinâmica, motivada que baseia as suas práticas em *guidelines* internacionais.

- ▶ A formação profissional está muito centrada em cada elemento/serviço, não sendo por isso abrangente a toda a rede, este facto pode condicionar a articulação na rede e a uniformidade dos procedimentos.

Recentemente apresentado no XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais em 2011, no artigo “ Análise de redes sociais dos serviços de saúde: A ação organizada das organizações de serviços de saúde e sociais no apoio a criança com doença crónica” o autor Carlos Silva (2011) e col, referem “ tentamos ilustrar uma análise sociológica e critica das políticas das redes organizacionais na área dos serviços de saúde, para doenças crónicas em crianças com diabetes, e discutir algumas limitações das estratégias em saúde portuguesa e a sua ação organizada a nível hospitalar, local, e regional” (Silva, 2011: 31). Ainda segundo os autores a análise de redes sociais é sem duvida uma metodologia inovadora e pertinente nesta temática, pois permite expressar, através da estrutura de relações, das dinâmicas e dos constrangimentos existentes na articulação entre os diversos profissionais fornecer informações úteis para a posterior criação de soluções tendo como finalidade, a melhoria da gestão da qualidade dos processos.

Os estudos apresentados não sendo certamente os únicos realizados na área da saúde, são sem dúvida exemplos consistentes da aplicação da análise de redes sociais nesta área. Como refere (Fritz, 2010: 27) “ fica patente a aplicabilidade desta metodologia não só na área da epidemiologia e prevenção de doenças inoficiosas, como também em áreas mais abrangentes como a acessibilidade ao sistema de saúde e redes de comunicação entre elementos da mesma profissão”. A bibliografia apresentada será indiscutivelmente uma referência para o caminhar desta dissertação.

CAPITULO 4

4 OPÇÃO METODOLOGICA

Quando uma pessoa sofre uma doença cardíaca e dá entrada no hospital, abre-se a porta de uma nova realidade, quer ao doente quer à família. Esta nova experiência, tem implicações na sua vida atingindo a interação com o seu contexto social, obrigando-o a equacionar a sua rede de apoio. As redes de apoio social, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistema de apoio e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. De acordo com o trabalho etnográfico estas redes existem, a rede de apoio social ao satisfazer necessidades quanto ao apoio instrumental, promove e complementa os recursos pessoais, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objetivos. É importante perceber onde residem as possíveis falhas, em que dimensão de ajuda o doente apresenta uma rede mais fragilizada, podendo vir a comprometer os cuidados e a sua reabilitação física e psicossocial o mais precocemente possível.

É então imperioso compreender as redes sociais de apoio nos seus aspetos estruturais, tendo como pertinência possibilitar fazer um diagnóstico sobre esta problemática, Sociologicamente pretende -se, analisar propriedades do grupo em função das relações que os seus membros estabelecem, no sentido dos profissionais como atores sociais que deverão também pertencer a esta rede de apoio social destes doentes em particular, orientarem a sua atividade profissional no sentido de oferecerem respostas eficientes.

Uma vez feita uma reflexão aplicada sobre a disponibilidade da informação (estudos já realizados) e tempo, recursos indispensáveis à pesquisa, recorda-nos Carmo (1998) que “planear é definir rumos e que sem se conhecer o rumo da pesquisa não se pode dizer que ela venha a alcançar qualquer bom porto.”Carmo (1998). Sugestivamente Raymond Quivy compara o processo de pesquisa nas ciências sociais ao da prospeção petrolífera, ninguém de bom senso defende que se façam perfurações indiscriminadamente no terreno, qualquer perfuração deve ser precedida de um estudo geológico prévio (Quivy, 2008). Do mesmo modo, mergulhar num processo de recolha de dados sem delimitar minimamente o objeto de estudo resulta numa perda de tempo e energia que reduzem naturalmente as condições objetivas para uma pesquisa com sucesso.

O tema desta investigação denomina-se “Rede de apoio social ao doente pós síndrome coronária aguda”, tratando-se de um estudo de caso. Esta investigação pretende abordar a estrutura da rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda. De acordo com o trabalho etnográfico, existem indícios de descontinuidade dos cuidados de saúde ao doente pós Síndrome coronária aguda. Após a alta clínica muitos são os doentes e famílias, que não apresentam recursos para assegurar essa continuidade de cuidados. Esta realidade tem como consequência inevitável, a permanência desses doentes nas unidades de saúde. Se por um lado propõe, a reintegração deste doente no seu contexto social, por outro lado aumenta as despesas da organização, numa altura em que impera a racionalidade económica. As redes sociais de apoio, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistema de apoio e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema, Paúl (1991) neste caso para manutenção e promoção da saúde destes doentes. Tal como sublinha Portugal (2005) no seu estudo, a análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre Estado e cidadão. Ainda de acordo com o meu trabalho etnográfico a rede social de apoio a doentes pós síndrome coronária aguda existe, é então imperioso compreender as redes sociais de apoio nos seus aspetos estruturais, tendo como pertinência possibilitar fazer um diagnóstico sobre esta problemática.

A Análise de Redes Sociais será utilizada como metodologia, para identificar a rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda e compreender a estrutura da rede. Sociologicamente pretende analisar as relações que os seus membros estabelecem. Permite ainda identificar propriedades do grupo e caracterizar a influência que cada ator ocupa no grupo. A Análise das Redes Sociais centra-se nas relações e não nos atributos dos elementos. “A ideia base que está subjacente a esta aproximação é de que a estrutura de relações têm poder explicativo maior que os atributos pessoais dos membros que compõem o sistema” (Molina, 2001:13). Serão trabalhadas as interconexões entre os atores sociais, num contexto real relativamente ao apoio de carácter instrumental. Como pertinência científica releva-se o facto, da não existência desta metodologia para identificar as redes sociais de apoio destes Doentes. Comumente, entende-se a rede social como um sistema composto por vários objetos sociais, funções e situações, que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, procurando dar resposta às suas diferentes necessidades. Entendendo-se o apoio instrumental como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades e informação prestada ao indivíduo.

Em qualquer processo de investigação considera-se necessário dispor de procedimentos empíricos controlados, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão para que as tomadas de decisão se apresentem corretamente adequadas ao estudo em causa. Sendo a metodologia “ a organização crítica das práticas de investigação, que nos conduzem à compreensão do procedimento científico “ (Pinto, 1990). Neste sentido, segundo Gil, pode-se definir um processo de pesquisa como “ um procedimento racional e sistematizado que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” (Gil, 2002:19). Para Quivy, “ a melhor forma de começar um trabalho de investigação é enunciar uma pergunta de partida. Com esta pergunta, tentar exprimir aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor” (Quivy, 2008:32). Relativamente a este estudo temos como pergunta de partida - Como se caracterizam e quais as propriedades da rede social de apoio ao doente pós Síndrome coronária aguda? Deste modo a pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor. Como refere Fialho “ se por um lado o tema apresenta uma radiografia da investigação, por outro, a pergunta de partida e/ou de investigação indica o caminho a seguir para prossecução dos objetivos” (Fialho, 2008:163).

Numa fase inicial da investigação é recomendável a precoce constituição de um corpo de perguntas ou de um conjunto de hipóteses que delimitem com progressiva clareza o objeto de estudo, funcionando como referência para a posterior definição dos rumos da investigação; a definição de uma estratégia de recolha de informação orientada por tais perguntas e hipóteses ainda que deixando algum espaço ao inesperado⁵ e a preocupação, com a definição rigorosa e clara das intenções da investigação traduzidas num discurso simples.

Decorrente da pergunta de partida, os objetivos definidos assenta numa ótica compreensiva e explicativa do fenómeno. Segundo Fialho (2008), “em qualquer processo de investigação social, a etapa da escolha da opção metodológica, assume contornos fundamentais para a prossecução dos objetivos” (Fialho, 2008:164).

Identificaram-se como objetivos gerais desta investigação:

- ▶ Conhecer a rede de apoio social do doente pós Síndrome coronária aguda.
- ▶ Compreender a estrutura da rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda.

⁵ De acordo com Peter Drucker, uma das figuras mais importantes da Teoria e da Metodologia da Gestão, a gestão do facto, do fracasso e do êxito inesperado, constituem uma das principais fontes de inovação.

Uma vez identificados os objetivos da investigação há que desmultiplica-los até à sua concretização em tarefas precisas, bem definidas, articuladas e calendarizadas⁶. Consequentemente identificaram-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Identificar a localização dos atores na rede;
- ✓ Medir a coesão e homogeneidade da rede;
- ✓ Identificar os atores que deveriam estar presentes na rede (rede ideal);
- ✓ Definir o padrão de relacionamento;
- ✓ Identificar a rede de apoio formal e informal.

Uma vez definidos os objetivos gerais da investigação há que desmultiplica - los, em função da árvore de objetivos definida e operacionaliza-la em variáveis e indicadores.

Quadro 1 – Procedimentos para o atingir dos objetivos específicos correspondentes ao 1º Objetivo Geral

Conhecer a rede de apoio social do doente pós Síndrome coronária aguda	
Objetivo específico	Procedimento correspondente para o atingir do objetivo
Identificar a localização dos atores na rede	Centralidade
Identificar os atores que deveriam estar presentes na rede (rede ideal)	Densidade – medidas descritivas
Identificar a rede de apoio formal e informal	Através da obtenção da resposta- tipo de relação

Fonte: Autor

⁶ De acordo com a clássica proposta de Lasswell: o quê, quando, onde, quando, como e porquê. Harold Dwight Lasswell (1902 -1978) foi membro da escola de Chicago, aluno de Ciência Política na Universidade Yale, presidente da Academia Mundial de Arte e Ciência (*World Academy of Art and Science - WAAS*). Foi um cientista político e teórico da comunicação estadunidense. É considerado um dos fundadores da psicologia política.

Quadro 2 – Procedimentos para o atingir dos objetivos específicos correspondentes ao 2º
Objetivo Geral

Compreender a estrutura da rede social de apoio do doente pós Síndrome coronária aguda	
Objetivo específico	Procedimentos correspondente para o atingir do objetivo
Medir a coesão e homogeneidade da rede	Densidade - medidas estruturais
Definir o padrão de relacionamento	Comparar padrões de relacionamento com os atributos da população

Fonte: Autor

Para a identificação da rede formal e informal irá recorrer-se ao tipo de relação que o inquirido estabelece com a entidade e/ou pessoa que lhe proporciona ajuda. Neste estudo abordam-se dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, pós síndrome coronária aguda, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais. Neste contexto, a publicação *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, do ex-Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) esclarece: “Existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados: informal – em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar é a formal em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o doente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções.” (IDS, 2002)

As questões da autonomia versus dependência, revestem-se, cada vez mais de atualidade, sendo grande o debate ao nível europeu sobre os fins e os meios da proteção social face à dependência. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas. O estudo que se apresenta não tem a pretensão de se constituir numa análise aprofundada ou mesmo inovadora sobre as questões da rede social de apoio, permite refletir sobre esta temática, colocando em evidência a responsabilidade social e económica das redes de suporte e o papel do Estado, através das políticas públicas de proteção social, como garante da autonomia e apoio à dependência.

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária⁷. As “Atividades da Vida Diária” (AVD) e as “Atividades Instrumentais da Vida Diária” (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos autocuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão⁸ de plenos direitos.

Quanto à delimitação do objeto de estudo:

- ▶ *A delimitação do universo:* Todos os doentes internados na Unidade de Cardiologia com Síndrome coronária aguda, sem alterações do nível de consciência, cognitivas e/ou psíquicas e deem o seu consentimento informado depois de devidamente informados
- ▶ *A delimitação geográfica:* Unidade de Cardiologia do Hospital Central do Espírito Santo - EPE – Évora.
- ▶ *A delimitação temporal:* O questionário aplicado no período de 01 a 31 de Março de 2012

Tendo como critérios de inclusão: Doentes internados na Unidade de Cardiologia com Síndrome coronária aguda, sem alterações do nível de consciência, cognitivas e/ou psíquicas e deem o seu consentimento informado depois de devidamente informados.

⁷ União Europeia (UE), Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, 1998.

⁸ T. H. Marshall define cidadania como o status concedido aos membros de pleno direito de uma comunidade. Os seus beneficiários são iguais quanto aos direitos e obrigações que implicam. Com Marshall (Citizenship and Social, 1950), ocorre o primado da “cidadania como um direito social”, visão mais ampla que a mera concepção de cidadania política do século XIX.

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, como já foi referido anteriormente, segundo Yin (2010) “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade no seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes” (Yin, 2010: 39). Esta investigação assenta essencialmente na metodologia de estudo de caso pois, os dados recolhidos permitem apenas estudar a estrutura da rede social de apoio dos doentes pós síndrome coronária aguda internados naquela unidade, naquele período de tempo, tendo como intenção estudar este caso concreto, não podendo ser generalizável para outros casos.

Na investigação científica podem ser utilizados vários métodos ou abordagens de estudo, consoante o problema que se pretende estudar. Neste caso específico, optou-se por um estudo, que tem um carácter exploratório, descritivo de abordagem essencialmente quantitativa, dado existir pouca informação sobre esta temática, um estudo deste tipo poderá ser um ponto de partida importante para futuras pesquisas. Gil (1989) afirma acerca do estudo exploratório que “ (...) este tipo de pesquisa tem como finalidade, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos (...) é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado” Gil (1989:44).

Tem-se em vista retratar uma realidade social, neste caso, a rede social de apoio dos doentes pós síndrome coronária aguda, com intuito essencialmente descritivo a fim de entender a estrutura da rede social de apoio nesta realidade. As pesquisas descritivas, segundo Gil (1989:44) têm como objetivo primordial a “descrição das características de determinada população ou fenómeno, (...) dentro das pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características do grupo (...), levantar as opiniões, atitudes e crenças (...)”. Fortin, (1999) classifica ainda os métodos de investigação em dois, mencionando que “os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo” (Fortin, 1999:22). Com efeito, esta dissertação inscreve-se no paradigma quantitativo, uma vez que utiliza a metodologia da Análise de redes sociais. Para Fortin (1999) o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Este método tem como finalidade “ (...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 1999:22). Assim no âmbito da problemática é

importante que os dados recolhidos sofram a influência de uma orientação quantitativa, a fim de serem analisados, organizados, enquadrados e apresentados.

De acordo com as dimensões de análise preconizadas por Porras (2001), citado por Fialho (2008), esta investigação está estruturada pela dimensão estrutural e posicional. Nomeadamente, estrutural na medida em que, se pretende identificar o número de interações existentes entre os atores da rede em relação ao número potencial, a coesão da rede e posicional pois pretende-se estudar o posicionamento dos atores na rede.

4.2 TÉCNICAS DE RECOLHAS DE DADOS

Para avançarmos nas considerações relacionadas com a fundamentação das decisões relativas ao trabalho empírico, importa recuar e relembrar o fenómeno social onde assenta o estudo a “rede social de apoio”. Como referem Pinto (1999) e Almeida (1995), entre outros, a seleção dos métodos e técnicas a serem utilizadas na pesquisa científica está diretamente relacionada com o problema a ser estudado, as questões levantadas e com o tipo de informantes que se vai entrar em contacto.

Como afirma Molina (2001) “os métodos de recolha de dados utilizados na análise de redes sociais são os questionários, entrevistas em profundidade, observação e *registos documentales*⁹ “ (Molina, 2001:73) Como principal instrumento para a recolha de informação foi utilizado o questionário sociométrico, pois este tem como vantagem o facto de permitir recolher simultaneamente dados relacionais e dados sobre os atributos dos atores.

4.2.1 Inquérito por questionário

Com a finalidade de operacionalizar o estudo, foi elaborado um questionário, que segundo Pinto e Almeida é considerado “ um procedimento técnico que variadas ciências sociais tendem a privilegiar na prática da investigação empírica” (Pinto e Almeida, 1995:112).

⁹ Os registos documentais permitem-nos realizar investigações históricas, matrizes de quem cita a quem, etc. Esta fonte de relações é utilizada no estudo das organizações, e no estudo dos sistemas políticos.

Complementando esta definição Gil (1989) acrescenta ainda que o questionário é “ uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opinião, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, (...) ” (Gil, 1989:124). Sem dúvida que situações vivenciadas por cada doente em relação ao apoio que recebem, serão refletidas ao responderem no questionário, qual o ator social com quem podem contar nas várias áreas do apoio instrumental. Segundo Ghiglione (1993) “ a construção do questionário e a formulação das questões constituem, portanto uma fase crucial do desenvolvimento de um inquérito ” (Ghiglione, 1993:119). Ainda de acordo com Pinto e Almeida (1995) o questionário corresponde ao mais estruturado e rígido dos tipos de entrevista, visto que nele se recorre a um conjunto de perguntas inseridas no questionário sob uma forma e segundo uma ordem prévia estritamente programada.

O questionário permite recolher, com uma certa facilidade um grande número de dados de qualidade e é por definição, um instrumento estandardizado, que assegura uma comparação fidedigna de todos os sujeitos inquiridos. Além disso requer menos tempo, menos custos e garante o anonimato das respostas, não expõe os sujeitos à influência das opiniões do entrevistador, o que implica que estas sejam mais sinceras nas respostas. Estas são algumas das vantagens que me parecem relevantes tendo em conta o grupo com que se vai trabalhar.

Ferreira (1986)¹⁰ diz-nos que o inquérito baseia-se em três princípios: “o inquérito aplica-se a unidades sociais, mesmo quando a unidade é a família ou a unidade de alojamento¹¹, tende-se a considerá-la como uma identidade sem se tomar em atenção a sua estruturação interna. Todas as dimensões da estrutura social, como o sexo ou a classe social, são apropriadas como características pessoais dos indivíduos. Os padrões de atitude e comportamento são tratados de modo semelhante e não como modos de inserção numa determinada situação hierarquizada”, mais, “As unidades inquiridas são tomadas como equivalentes, este é um princípio indispensável à lógica da quantificação, ao cálculo de médias, quadros de distribuição” e “Os fenómenos sociais existem independentemente das relações sociais que os determinam. Os fenómenos sociais são considerados como algo exterior ao indivíduo que pode ser verbalizado” (Ferreira, 1986:169).

¹⁰ Ferreira, Virgínia (1986) “ O Inquérito por questionário na construção de dados sociológicos ” capítulo do livro Silva, Augusto Santos, Pinto, José Madureira (orgs), (2009) “ Metodologias das Ciências Sociais. 15ª Edição, Porto, Edições Afrontamento.

¹¹ Neste caso trata-se de um grupo de doentes em fchas etárias diferentes internados numa mesma unidade de saúde, previsivelmente pertencendo a classes sociais diferentes, com habitações diferentes etc.

Estes princípios, são inerentes à lógica própria do inquirido por questionário e por amostragem. Ainda como aponta Ferreira (1986) “As respostas obtidas a partir de um único questionário são tratadas como artefactos equivalentes. Isto é uma exigência da operação de agregação daquelas respostas, com a qual se espera alcançar a base de caracterização de vastos grupos sociais. Esta agregação só se torna possível quando se postula um único e determinado protótipo de inquirido” (Ferreira, 1986:169).

Nesta investigação o questionário é um gerador de nomes, daí ter sido necessária uma pesquisa bibliográfica relativamente ao tipo de geradores de nomes já disponíveis. Existem diferentes tipos de geradores de nomes, no estudo de Lumann¹² cujo objetivo da investigação foi demonstrar que as relações dos sujeitos, fundamentalmente com os amigos têm grande importância para explicar determinados traços no comportamento e atitudes das pessoas. O gerador de Lumann baseia-se numa pergunta acerca de quem são os três amigos considerados mais íntimos do inquirido, utilizou o seguinte item.

“ Ahora podría pensar en três hombres que sean amigos más íntimos y a quienes ve muy a menudo. Pueden ser parientes o no, como usted quiera” (Molina, 1996:35).

É um bom gerador de relações simples, no entanto tem a limitação de reduzir as relações a um único tipo de vínculo, o da amizade, por outro lado “os três amigos íntimos de uma pessoa não são representativos das outras relações que podem formar a rede pessoal mais imediata de um sujeito” (Molina 1996:36)

Por sua vez a investigação realizada por Fischer¹³, teve como objetivo estudar as consequências pessoais da envolvente residencial, Fischer e seus colaboradores desenharam um questionário que permitiu comparar os sentimentos de bem-estar dos inquiridos em vários tipos de comunidades. Com um conjunto de geradores de nomes que proporcionaram o que Fischer chama de “nucleo” da rede pessoal global. (Molina 1996). Em primeiro lugar surge um conjunto de perguntas sobre os nomes das pessoas com quem existe certa possibilidade de manter uma determinada interação importante, em segundo lugar selecionou um conjunto de perguntas para identificar os membros da rede pessoal, numa variedade de contextos sociais. Posteriormente obtinham-se os atributos de todos os nomes mencionados pelo inquirido, e por último obtinha-se informação de uma subamostra dos nomes citados pelo inquirido. Fischer desenhou um conjunto de perguntas reticulares aptas para abarcar o maior tipo de vínculos

¹² Modelo reticular utilizado por Laumann (1973) numa investigação realizada sobre a área de Detroit (*Detroit Area Study* – DAS)

¹³ O gerador elaborado por Fischer (1982) para o *Northern California Study* (NCCS)

possíveis, com o objetivo de localizar, o mais amplamente possível, a rede pessoal global de todos os elementos da amostra. (Molina, 1996).

Segundo Molina (1996), o gerador desenvolvido por Requena¹⁴ é a base de uma investigação cujo objetivo foi o estudo das relações que se utilizam para a obtenção de emprego. Estudaram-se não só as relações que partem do respondente, mas também as que chegam a ele, obteve-se assim a informação da direção do vínculo.

A ficha reticular desenhada por Willmott¹⁵ no seu estudo das redes de amizade no apoio social teve como objetivo principal, analisar a função da ajuda informal como forma de serviço social que a comunidade se presta a si mesma. O gerador de nomes desta investigação tem a seguinte forma:

“Me gustaria preguntarle cuánto tiempo hace que mantiene alguna relacion com personas que há conocido en diferentes momentos de su vida. Para comenzar, por favor, dígame si hay alguna persona que usted conociere cuando estaba en la escuela o durante su infancia y com la que se haya reunido usted socialmente en los últimos seis meses. Por reunirse socialmente entendo algo más que, simplemente, saludaria o estar un momento com ella” (Molina, 1996:43).

Resultante desta pergunta, surge uma lista de nomes das pessoas citadas na ficha pessoal, os itens desta ficha proporcionam informação sobre atributos e sobre características relacionais, de forma simples, rápida e sem ambiguidades. De acordo com Molina (1996), este gerador apresenta limitações como, está limitado as relações de amizade; gera pouca quantidade de atributos dos nós da rede; não proporciona informação concreta sobre a intensidade e fortaleza de cada vínculo nem sobre a sua origem.

O gerador elaborado pelo *National Opinion Reserarch Center de la Universidad de Chicago* para o seu programa de inquéritos anuais denominado *General Social Survey (GSS)*, é sem dúvida capaz de gerar a rede mais ampla obtida através de um questionário. O questionário tem módulos fixos que se repetem ano após ano, e módulos específicos, dentro destes módulos específicos encontra-se o módulo de redes sociais da GSS¹⁶. Os itens deste módulo proporcionam a rede pessoal dos entrevistados, com este gerador de nomes o entrevistado pode referir qualquer pessoa que tenha alguma importância para ele, independentemente do vínculo

¹⁴ O gerador desenvolvido por Requena (1991) permitiu recolher informação sobre a rede pessoal dos entrevistados, baseada em quatro vínculos: família, trabalho, vizinhos e amigos

¹⁵ Gerador desenvolvido por Willmott (1987), trata-se de dar nomes as pessoas que se conheceram na infância, e que se mantiveram relações recentemente.

¹⁶ O trabalho de Burt (1984) apresenta informação sobre o funcionamento e o conteúdo deste módulo da GSS.

que os una e a intensidade desse vínculo. “Este gerador identifica indivíduos que podem ser objeto de estudo como membros do núcleo da rede pessoal do respondente, dando lugar ao seu entorno interpessoal” (Molina, 1996:45). As seguintes perguntas proporcionam dados formais sobre as relações entre os diferentes “ alteres” da rede pessoal do ego como:

“ Para usted, son igual de íntimas todas estas personas?” (Molina,1996:45)

Na continuação formulam-se perguntas que permitem obter informação sobre a natureza dos vínculos que unem o *ego* com os *àlteres*: família, amizade, trabalho, lazer, *asesoramiento*, religião, etc. Por último, surgem um conjunto de perguntas sobre os atributos das pessoas com quem o ego se relaciona como o sexo, idade, raça, religião, tendências política, educação.

Após a pesquisa bibliográfica realizada não foi encontrado um gerador de nomes que se adaptasse e respondesse aos objetivos do estudo, por esse motivo foi necessário construí-lo. Existem diferentes tipos de geradores de nomes como já foram mencionados. Ainda de acordo com Molina (1996) qualquer investigador pode usa-los diretamente ou com algumas modificações, segundo as suas próprias necessidades.

Nesta investigação o instrumento de pesquisa apresenta essencialmente as seguintes áreas: Parte A, destina-se à caracterização sociodemográfica dos inquiridos, apresenta os itens sócio demográficos relevantes para uma posterior segmentação dos inquiridos como: a idade, estado civil, situação profissional, residência, e grau de ensino concluído. Deste modo como refere Molina (1996) “ pode-se examinar a relação da variável considerada com determinadas variáveis independentes: características sociais ou demográficas, nível educativo, ocupação, idade, etc. Estas variáveis não são só variáveis independentes correlacionadas entre si, algumas de elas podem ser qualitativas (por exemplo o sexo) ” (Molina, 1996:34). Acrescenta ainda a *analisi de clasificacion múltiple* “ Trata-se de uma técnica que se pode usar para examinar a relação entre uma variável independente e uma variável dependente ou as relações entre cada um dos conjuntos de variáveis independentes e uma variável dependente” (Molina,1996:34).

Para o desenvolver da parte B do questionário, foi imperioso ter presente o tipo de relação que nos interessa observar nesta investigação. A parte B refere-se propriamente à rede de apoio social dos doentes com síndrome coronária aguda, quanto à ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, ajuda na informação e ajuda psicossocial. O conjunto de perguntas inseridas no questionário visam conhecer, quais as relações que os diferentes atores na rede estabelecem com o inquirido, nas 4 dimensões: ajuda financeira, ajuda na divisão de

responsabilidades, ajuda na informação e ajuda psicossocial, para posteriormente identificar padrões de relacionamento e medir coesão e homogeneidade da rede.

Estes tipos de ajuda são sugeridos por alguns autores¹⁷ como Matos e Ferreira (2000) que defendem que a ajuda instrumental compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica. Complementando esta definição Barrón (1996) afirma que, o apoio instrumental diz respeito ao fornecimento de informações, dar conselhos e orientações. O apoio material ou instrumental vincula-se ao fornecimento de bens e serviços que ajudam a resolver problemas. Barrón (1996)

Um gerador de nomes, segundo Requena Santos, “um gerador de nomes é qualquer pergunta do questionário desenhada de tal forma que proporciona uma serie de nomes de pessoas relacionadas através de um vínculo com o inquirido” (Requena, 1996: 35) na sequência desta afirmação, o questionário é constituído por perguntas geradoras de nomes.

Os questionários podem classificar-se em:

- “Lista fechada de pessoas (organizações, eventos, etc.) no qual se pede à pessoa que responde que identifique se existem relações (ou de que tipo) com cada um dos membros da lista;
- Lista livre de pessoas, no qual se pede à pessoa que mencione livremente as pessoas com as quais tem relação” (Molina, 2001:73)

Nos casos referidos anteriormente o que se persegue “ é identificar relações diretas entre as pessoas que respondem e os membros de uma lista fechada ou aberta” (Molina, 2001:73). Estas técnicas podem-se combinar pedindo primeiro à pessoa uma lista livre, para depois elaborar uma lista fechada. Outra alternativa apontada por Molina (2001) “ consiste em pedir a uma pessoa que não somente nos diga, qual é a sua relação com as pessoas da lista, assim como informe quais são em sua opinião as relações existentes entre as pessoas da lista (matriz «*quién conoce a quién*») (Molina, 2001: 73). Existem outros tipos de questionários baseados na eleição de membros de uma lista como: “ Escolher um número livre de pessoas de uma lista fechada; Escolher um número limitado de pessoas de uma lista fechada; Ordenar a lista em um *ranking* segundo um critério preestabelecido e valorização das relações estabelecidas com os membros de uma lista fechada” (Molina, 2001:74).

¹⁷ Autores referidos no enquadramento teórico no sub capítulo *Tipos de apoio das redes de apoio social*

Nesta investigação, optou-se por uma lista livre de pessoas/entidades que proporcionam apoio ao inquirido nas quatro dimensões do apoio instrumental, é pedido ao inquirido que mencione o nome/entidade e refira qual o tipo de relação que estabelece com o nomeado. Assim, além de conhecermos a rede de apoio social do inquirido será possível, identificar a rede formal e informal pelo tipo de resposta obtida. (Anexo I)

Este tipo de investigação choca muitas vezes com a fadiga dos inquiridos, assim como com a ocultação de dados, Molina (2001) refere que estas listagens não deveriam superar os 30 itens. Aborda ainda a questão “ à que ter em conta que relações são poder e que nem todas as pessoas estão dispostas a revelar quais são as suas relações. Portanto, é conveniente informar adequadamente quais os objetivos da investigação, assegurar a confidencialidade dos dados e trabalhar com pessoas voluntárias” (Molina 2001: 73). Concordante com esta afirmação, na recolha de dados assim como em todo o processo, foram cumpridos os procedimentos éticos e legais, em conformidade com a Declaração de Helsinki de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Previamente à aplicação do questionário a cada inquirido, foi explicado o objetivo do estudo e garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados. Após este procedimento foi disponibilizado ao inquirido o consentimento informado, para assinar caso concordasse participar no estudo. (Anexo II)

4.3 DETERMINAÇÃO DA DIMENÇÃO DA AMOSTRA

Segundo a linha de pensamento de Quivy (2008) este diz-nos que “ (...) o campo de análise empírica é circunscrito a um espaço geográfico social e temporal, que condiciona o pesquisador no estudo de uma população ou de uma amostra dessa população”. Como foi referido anteriormente o inquérito por questionário, em toda a sua propriedade, remete necessariamente para um tratamento quantitativo de resultados. Face à impossibilidade de aplicar o instrumento a toda a população alvo, “ Os doentes com Síndrome Coronária aguda” é necessário restringir a recolha de dados a uma amostra.

Trata-se de uma amostragem não probabilística pois os elementos foram selecionados tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo e Ferreira, 1998). Utilizou-se assim um grupo de indivíduos que estavam disponíveis, logo os resultados não

poderão ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as podendo utilizar sem as devidas cautelas e reservas.

O processo de construção de uma amostra por seleção não probabilística é uma técnica de amostragem útil em determinadas circunstâncias, segundo Carmo e Ferreira (1998), numa fase exploratória do processo de investigação, quando o investigador quer averiguar se um problema é ou não relevante e quando o investigador está interessado em estudar apenas determinados elementos pertencentes à população, de características bem recortadas, neste estudo foram selecionados apenas os doentes com SCA. É necessário não esquecer que devido ao carácter subjetivo que envolve o processo de seleção, põe-se o problema da validade externa, não nos permitindo generalizar os resultados obtidos.

A amostra deve permitir a análise multivariada com a desagregação das categorias que se deseje. Quando a amostra é pequena corre-se o risco de se ter que prescindir de cruzamentos, face à não representatividade do escasso número de casos apurados. Do ponto de vista da interpretação sociológica, uma amostra é representativa se tiver elementos que permitam traduzir as diversidades e as *nuances* sociais suspeitadas por uma hipótese teórica, o investigador pretende descobrir novas categorias teoricamente pertinentes. Usualmente considera-se que quanto maior for a amostra, mais possibilidades tem de ser representativa da população. A dimensão aceitável da amostra varia com o tipo de investigação, parafraseando Carmo e Ferreira (1998) “ para um estudo descritivo, uma amostra que integre 10% do total da população considerada é julgado como a dimensão mínima a obter” (Carmo e Ferreira, 1998: 196) acrescentam ainda “ Para um estudo correlacional são necessários pelo menos 30 sujeitos para estabelecer se existe ou não uma relação entre variáveis” (Carmo e Ferreira, 1998: 196).

Quadro 3 – Doentes internados no Serviço de Cardiologia com SCA nos últimos 5 anos

Anos	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de doentes internados no Serviço de Cardiologia com o diagnóstico de SCA ¹⁸	238	259	257	213	180
Total do nºde doentes internados nos cinco anos	1147				
Média anual dos doentes internados relativamente aos cinco anos	229				
10 % da Média Anual	22,9%				

Fonte: Serviço de Estatística do Hospital do Espírito Santo EPE Évora

Para a seleção da dimensão da amostra, foi requerido ao serviço de estatística do Hospital do Espírito Santo de Évora o número de doentes internados no serviço de cardiologia com o diagnóstico de SCA, referentes aos últimos 5 anos. Posteriormente calculou-se a média Anual dos doentes internados com o referido diagnóstico, para os últimos 5 anos. E por último procedeu-se ao cálculo dos 10% da média anual. Obtendo-se um resultado de 22,9% de doentes. Perante os dados apresentados o questionário foi aplicado a 23 doentes internados no serviço de cardiologia com o diagnóstico de Síndrome Coronária aguda, no período de 1 a 31 de março.

¹⁸ Diagnóstico Síndrome Coronária aguda

4.4 CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO

Quando o questionário é lançado já deve ter havido um trabalho de pré codificação de todas as respostas fechadas e um esforço de codificação das perguntas abertas. Depois da primeira versão do questionário ficar redigida é necessário garantir a sua aplicabilidade no terreno e avaliar se está de acordo com os objetivos do estudo. Deste modo foi realizada a carta de pedido de autorização à administração do HESE (Anexo III), tendo sido a resposta positiva (Anexo IV)

A primeira versão deve ser validada, isto pressupõe verificar, se:

- Todas as questões são compreendidas pelos inquiridos da mesma forma;
- As respostas alternativas às questões fechadas cobrem todas as respostas possíveis;
- Existência de perguntas inúteis, inadequadas à informação pretendida, demasiado difíceis ou que um grande número de sujeitos se recusa a responder, por serem desencadeadoras de reações de autodefesa;
- Não faltarão perguntas importantes;
- Os sujeitos consideram o questionário longo¹⁹;
- É clara para todos os sujeitos, as informações que acompanham o questionário.

Este procedimento, designado por pré-teste permite também averiguar as condições em que o questionário deverá ser aplicado. Em suma, o pré-teste é um instrumento de colheita de dados que tem como objetivo principal avaliar a pertinência e a eficácia do questionário. De acordo com Fortin (1999) o pré-teste “ consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...) ” (Fortin, 1999:253). Esta amostra deve ter semelhanças, mas nunca deverá ser aplicado à população alvo do estudo.

O questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de 6 doentes, intencionalmente, pertencendo a diferentes faixas etárias, níveis de escolaridade, géneros e diferenciação socioprofissional, com a finalidade de realizar a análise semântica que consiste em verificar se, os itens dos questionários são inteligíveis para todos os inquiridos. E como referem

¹⁹ Segundo Ghiglione (1992) o questionário deve ser limitado em extensão e em finitude. Este instrumento de pesquisa deve ter cerca de trinta perguntas e demorar 30 minutos para ser respondido. No entanto alerta ainda, que este número de questões e tempo não são fixos, varia de acordo com o estudo e com os inquiridos.

Pires et al (2010), os instrumentos devem ser sujeitos a um estudo piloto cujos participantes partilhem características semelhantes com a população futura a que se destina aplicar.

As perguntas foram construídas de forma simples e claras, de forma a responderem-se rapidamente, previsivelmente o único problema reside nas possíveis ambiguidades inerente aos conceitos de *divisão de responsabilidades* e *informação para compreender uma determinada situação* (relacionada com a sua situação de doença). É de salientar que a quando da aplicação do questionário foi feita a monitorização junto dos doentes com a finalidade de eliminar essas possíveis ambiguidades na interpretação dos conceitos e conceções contidas nas perguntas. Foram também retiradas notas de campo, para melhor interpretação das relações. Assim foi explicado a cada inquirido, que quando se pergunta, quanto à divisão de responsabilidades deve referir quem o/a ajuda nas tarefas de casa, ir fazer as compras, ir levar e buscar os filhos à escola, ir pagar a luz, ir ao banco, quando não está ou está impossibilitado/a de as realizar. Relativamente à conceção *informação para compreender uma determinada situação*, foi identificado a necessidade de definir e explicar ao inquirido que deve referir quem o/a ajuda a compreender o que é a sua doença, qual o prognóstico, que exames irá fazer em que dia e onde, como marcar os exames e consultas, quanto aos hábitos de vida o que deve alterar, quem o informa quanto às ajudas existentes dentro da organização e na comunidade etc.

Quanto às perguntas referentes à caracterização da amostra, na pergunta *Onde reside?* Optou-se por registar apenas se residia, numa cidade, vila, aldeia ou lugar, para não identificar diretamente o inquirido através da sua residência, salvaguardando o seu anonimato.

Como já foi referido anteriormente o pré-teste permite também averiguar as condições em que o questionário deverá ser aplicado, identificou-se que o questionário deveria ser aplicado num ambiente de privacidade, dado a natureza das perguntas e as possíveis dúvidas que poderiam advir. Foi necessário encontrar um local que oferecesse privacidade e minimizasse as interferências. Associadas às perguntas frequentemente surgiram desabafos sobretudo relativos as dificuldades financeiras, e problemas familiares. Intencionalmente a investigadora aplicou os questionários desfardada com a finalidade de ser reconhecida pelos doentes como a investigadora e não como um elemento pertencente à equipa daquele serviço.

Após essa etapa de análise, procedeu-se propriamente à análise de conteúdo do questionário. Esta fase, compreende encaminhar o questionário para peritos na área. Esses peritos, individualmente, ajuízam os itens, e analisam se estes se referem ao que realmente se pretende avaliar com o instrumento (Pires, 2010)

Para a realização desta etapa, a versão do questionário foi encaminhada e solicitada a colaboração de um perito doutorado em sociologia com trabalhos na área da análise de redes sociais, a fim de avaliar a adequação do conteúdo do mesmo ao tema a ser investigado. Após a apreciação do questionário o perito sugeriu a inclusão da dimensão da ajuda psicossocial, enquanto aspeto psicossociológico essencial à (re) integração social do doente após a vivência de uma situação patológica e em alguns casos limitadora.

4.5 ANALISE E TRATAMENTO DE DADOS

Bogdan e Biklen citados por Fialho (2008) referem-se à análise de dados como o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”

Reporta-se Quivy (2008) “A análise das informações, compreende múltiplas operações, onde três delas constituem em conjunto, uma espécie de passagem obrigatória: primeiro a descrição e a preparação (agregada ou não) dos dados necessários... depois a análise das relações entre as variáveis; por fim, a comparação dos resultados observados ...” (Quivy 2008:216). Ainda segundo Quivy (2008) os dados que constituirão o objeto da análise são as respostas-informações obtidas para cada indicador durante a observação, estes dados apresentam os diferentes estados de uma variável. Acrescentando “ Chama-se variável a todo o atributo, dimensão ou conceito suscetível de assumir várias modalidades. Quando um conceito apenas tem um único atributo ou indicador, a variável identifica-se com o atributo (por exemplo, a idade). Quando um conceito é composto por várias dimensões ou atributos, a variável é o resultado da agregação das dimensões e atributos (como a crença)” (Quivy 2008:217).

Os processos de análise ou de agregação das variáveis são muito diferentes, consoante os problemas colocados e as variáveis em jogo. Além disso, cada método de análise das informações implica procedimentos técnicos específicos. Segundo Quivy “ Trata-se, no entanto, em todos os casos, de revelar a independência, a associação (correlação) ou ligação lógica que pode existir entre variáveis ou combinações de variáveis” (Quivy 2008:219). Para a análise de dados deste estudo optou-se para a análise e visualização de redes o programa de análise *Ucinet 6* -versão 6.378 e o programa *Netdraw* versão 2.28 respetivamente. O programa funciona

em ambiente Windows XP e *Netdraw* e encontra-se disponível em <http://www.analytictech.com/ucinet.htm>, foi necessário obter a licença legal para o tratamento dos dados.

Os programas de uso geral, utilizados na análise de redes sociais destacam-se: a *Multinet*, *Pajek Econete* e *Ucinet*. A *Multinet* tem como característica integrar no mesmo programa um pacote estatístico *standard* e um pacote de análise de redes, o qual permite combinar análises de dados dos atributos e relacionais. *Pajek* está desenhado para questionar grandes redes, apresenta uma complexa gama de opções para a manipulação e transformação de grafos, assim como para a sua análise. No entanto, não é possível realizar operações à escala multidimensional o *Concor*, como permite o *Ucinet*. Segundo Molina (1996) uma das principais vantagens de *Pajek* é a possibilidade de visualizar grafos de maneira dinâmica e modifica-los. A opção pelo *Ucinet*, deve-se ao facto de ser o programa conhecido pela investigadora, pois devemos utilizar o instrumento sabemos explorar, e porque, permite a gestão de ficheiros, gestão de matrizes e grafos, transformação de matrizes e grafos, ferramenta de análise de dados multidimensionais, *clusters*, estatísticos, álgebra de matrizes, é essencialmente uma ferramenta para a análise de redes tais como rotinas de coesão, de equivalência estrutural e de centralidade.

Na plataforma do *software Ucinet* a representação das interações entre os diferentes atores de uma rede faz-se por meio de gráficos, oferecendo uma visibilidade e tornando as interações mais compreensíveis e com uma representação mais agradável para a sua interpretação. Cada grafo resulta de uma matriz²⁰ na qual se introduz previamente a informação, colocando os atores nas filas e nas colunas. Na matriz ao introduzir a relação entre os atores, neste caso dá-se o valor “1” à existência de interação e “0” à não existência dela. O *Ucinet* possibilita a visualização da estrutura da rede através de *cluster*, técnica que será aplicada na análise dos dados. A análise de *cluster* assenta num conjunto de técnicas estatísticas cujo principal objetivo é agrupar objetos segundo as suas características.

Partimos da rede de relações, para as diferentes matrizes, sendo considerada como a rede de relações de ajuda, o número de alteres isto é, o número de nomes de pessoas/entidades citados no gerador de nomes pelo inquirido, para as diferentes matrizes: Ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, ajuda na informação prestada ao individuo e ajuda psicossocial. Após a colocação dos dados nos respetivos programas, foram

²⁰ Conjunto quadrado de elementos dispostos em linhas horizontais (filas) e verticais (colunas)

construídos os sociogramas: representações gráficas das redes de apoio social para as diferentes matrizes e quadros demonstrativos do grau de centralidade, densidade e proximidade.

Quadro 4 – Medidas da Rede

Tipo de Indicadores	Ator	Rede Completa	Descrição
Densidade (<i>density</i>) <i>Medidas estruturais</i>	Sim	Sim	Mostra-nos o valor em percentagem da Densidade da rede, isto é, mostra-nos a alta ou baixa conectividade da rede. A Densidade é uma medida expressa em percentagem do quociente entre o número de relações com as relações possíveis. Mede o grau de coesão e homogeneidade da rede.
Densidade (<i>density</i>) <i>Medidas descritivas</i>	Sim	Sim	É a proporção de laços efetivos entre os laços possíveis. Uma medida do grau de inserção dos atores na rede.
Centralidade (<i>centrality</i>)	Sim	Não	O grau de Centralidade consiste no número de atores com os quais um ator está diretamente relacionado.
Proximidade (<i>closeness</i>)	Sim	Sim	Trata-se da capacidade de um ator para alcançar todos os nós da rede.

Fonte: Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais

Para obtermos a análise mais detalhada das características da rede e de cada uma das suas componentes, teremos que recorrer à análise dos indicadores de rede. Estes indicadores podem ser calculados de forma individual (para cada nó) ou de forma conjunta (para toda a rede)

Existem programas de visualização como *KrackPlot*, *Mage*, *Moviemol* e *NetDraw*. O Programa *KrackPlot*, relacionado com o *Ucinet* permite representar e analisar redes relativamente grandes, tanto direcionadas como recíprocas, de acordo com Molina (1996) a sua principal vantagem reside nas alternativas automáticas da representação dos dados. Os programas *Mage* e *Moviemol* utilizados em química para a análise das estruturas moleculares dinâmicas, revelou-se como a ferramenta de visualização mais interessante para a análise de redes sociais. Permite obter imagens tridimensionais de uma estrutura e uma animação da sua evolução no tempo. Molina (1996) refere como principal vantagem, o programa permitir “ modificar a visualização da rede simplesmente clicando na variável que nos interessa estudar... ao mesmo tempo podemos obter todos os ângulos de visão da estrutura fazendo-a girar. Por último, podemos encadear uma série de imagens que nos permitem obter uma animação de uma rede” (Molina,1996:98).

Optou-se pelo programa *NetDraw* para ilustrar a rede de apoio social dos doentes pós síndrome coronária aguda. Este programa usa diferentes tipos de algoritmos para criar gráficos a duas e três dimensões, é capaz de ler ficheiros criados no *Ucinet*, os gráficos podem ser guardados em diferentes formatos (BMP,WMF, JPG). Para podermos visualizar um gráfico que distinga um nó do outro, poderemos recorrer a características atributivas como a idade, género e profissão, etc. Uma das possibilidades que o *NetDraw* nos oferece para visualizar os gráficos é a mudança das cores dos nós e se desejarmos dar outra apresentação e diferenciação dos nós ou atores, também nos oferece a alternativa de mudar a forma do nó de acordo com o atributo.

Referido por Molina (2001) “Possivelmente uma das chaves do interesse despertado pela análise de redes sociais é a sua capacidade de oferecer representações de sistemas sociais” (Molina, 2001:98). Através dos sociogramas podemos inferir a existência de grupos e de estruturas. No entanto a representação de uma matriz é sugestível de diferentes alternativas, são possíveis representações diferentes dos mesmos dados. Qual a representação correta, é difícil de se dizer, de acordo com Molina (2001) “ a representação dos dados influencia decisivamente no número de grupos identificados e no tempo necessário para a sua identificação” acrescentando ainda “ Atualmente, os conhecimentos disponíveis sobre o efeito da

disposição gráfica sobre a percepção de estruturas somente nos permite estabelecer uma regra de uso geral: que as distâncias sociais e as distâncias espaciais, sejam as mais parecidas possíveis” (Molina, 2001:99).

CAPITULO 5

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Pretende-se retratar uma realidade social, neste caso, a rede social de apoio dos doentes pós S.C.A, com intuito essencialmente descritivo a fim de entender a estrutura da rede social de apoio nesta realidade. As pesquisas descritivas, segundo Gil (1989:44) têm como objetivo primordial a “descrição das características de determinada população ou fenómeno. Fortin, (1999) classifica ainda os métodos de investigação em dois, mencionando que “os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo” (Fortin, 1999:22). Com efeito, esta dissertação inscreve-se no paradigma quantitativo, uma vez que utiliza a metodologia da Análise de redes sociais. A avaliação qualitativa será realizada tendo como suporte as notas de campo que foram recolhidas no momento do aplicar do gerador de nomes, assim como o conhecimento etnográfico do contexto e doente.

Como referido na opção metodológica, neste estudo abordam-se dois tipos de redes de apoio à pessoa, pós S.C.A, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais cuja relação que o ator social estabelece com o doente é profissional e qualificada. Os tipos de ajuda foram facilmente identificados, pelo tipo de respostas dadas pelos inquiridos.

Existe uma visão de pluralidade conceptual relativamente à definição de apoio social. Assim para Barrón (1996), o apoio social é um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos. Foi assumido que as relações são bidirecionais para todo o tipo de interação, pois o doente quando interage fá-lo com alguém da sua proximidade e recebe sempre resposta. Minkler (1985) defende que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controlo sobre suas vidas.

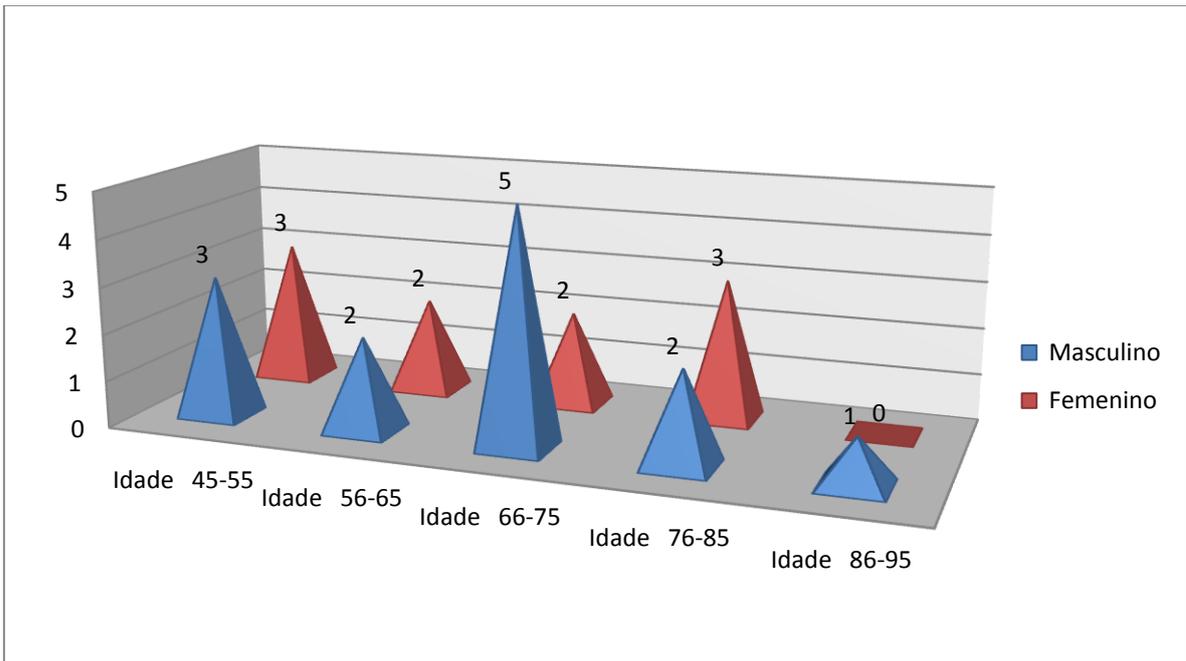
No sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, os doentes após a doença identificam necessidades de ajuda para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objetivos. São apontadas como necessidades sociais por Matos e Ferreira (2000), o afeto, a presença, a identidade, a segurança e a aprovação que podem satisfazer-se através da ajuda Sócio - emocional e instrumental. Se a ajuda emocional engloba o afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas a ajuda instrumental compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica. O apoio instrumental diz respeito ao fornecimento de informações, dar conselhos e orientações, vincula-se ao fornecimento de bens e serviços que ajudam a resolver problemas.

Importa recordar esta definição para sublinhar que entendendo-se o apoio instrumental como ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades e informação prestada ao indivíduo tendo sido ainda acrescida por sugestão do perito doutorado em sociologia com trabalhos na área da análise de redes sociais, a dimensão psicossocial. Por esse motivo surgirão os subcapítulos referentes às quatro dimensões de ajuda. Será inicialmente realizada uma análise da caracterização sócio demográfica do grupo em estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRAFICA

Os gráficos seguintes pretendem enumerar os atores sociais neste caso os doentes, num total de 23, bem como realizar uma breve caracterização quanto às variáveis de atributo, nomeadamente, idade, género, estado civil, situação profissional, local de residência e habilitações. Trata-se de uma amostra de 23 doentes inquiridos no período de 1 a 31 de Março internados no Serviço de Cardiologia com o diagnóstico de SCA.

Figura 1 - Distribuição dos doentes inquiridos por género e idades



Fonte: Questionário

Segundo o Quadro – Caracterização da amostra (Anexo V), dos 23 atores participantes neste estudo, no que diz respeito à distribuição por género, verificaram-se 10 doentes do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Os doentes situam-se quanto à idade entre os 45 e os 88 anos verificando-se, 17 doentes com idades compreendidas entre os 45 e os 75 anos de idade.

Esta amostra apresenta uma média de idades de 66 anos, valor bastante inferior comparado com os 73 anos²¹, média de idades correspondente aos últimos 5 anos dos doentes com S.C.A. Constatando-se uma média de idades para o sexo feminino de 60 anos e para o sexo masculino de 64 anos, ao contrário do que seria espectável a média de idade do sexo feminino é inferior ao valor apresentado pelo sexo masculino, neste grupo no entanto esta diferença não se apresenta muito acentuada.

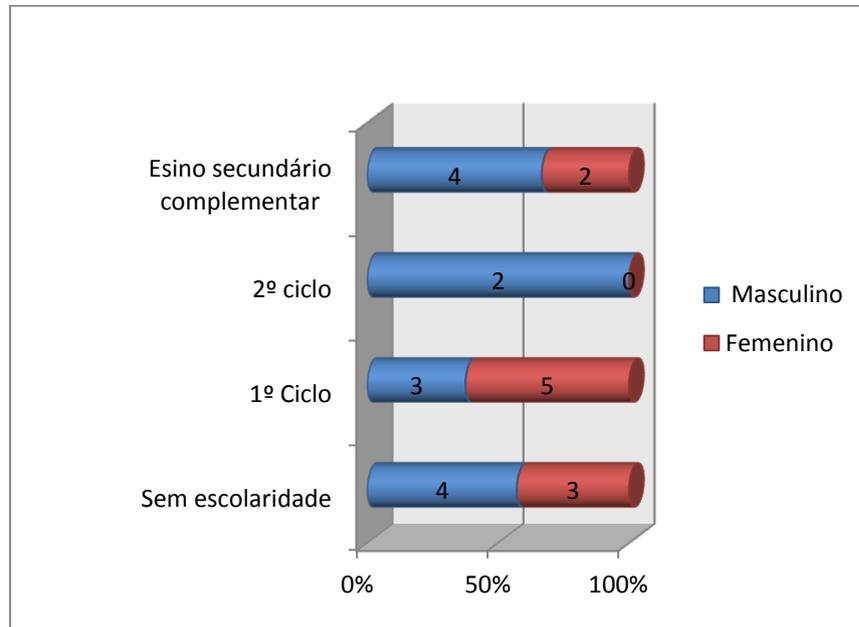
²¹ Serviço de Estatística do Hospital do Espírito Santo EPE Évora

O número de internamentos por EAM ainda é maior entre os homens, dados epidemiológicos do Framingham Heart Study²², o maior estudo observacional sobre o assunto, mostram que o EAM é mais incidente em homens, com morbidade 6 vezes maior do que as mulheres, na faixa etária dos 35 aos 44 anos, Entretanto, após os 45 anos, a frequência no sexo feminino acelera rapidamente e a diferença é reduzida ao fator de 1 após os 75 anos, com tendência a superar o sexo masculino em idades avançadas. Ainda hoje, guarda-se a ideia, amplamente aceite, de que o EAM é uma condição exclusiva do homem de meia-idade, simplesmente pela sua maior prevalência no sexo masculino, na falsa suposição de que as mulheres, estão de certa forma, protegidas da doença. Segundo o estudo referido o aumento do índice de mulheres com EAM pode ser explicado pelo facto de a menopausa poder ser um fator causal, pois o EAM surge especialmente em mulheres a partir dos 50 anos. Este estudo de caso não pretende estudar os fatores de risco que poderão ser responsáveis pela doença. No entanto é pertinente voltar a referir e suportado no que foi referido anteriormente, não seria espetável que a média de idades dos homens fosse superior à apresentada pelas mulheres, este facto poderá dever-se ao facto de algumas das mulheres do grupo em estudo, apresentarem outros fatores de risco associados, socorrendo-me das notas de campo, 3 das mulheres são fumadoras, (1 é também diabética) e no total 4 são diabéticas.

Sem atividade profissional encontram-se 73,9 % dos doentes, em contraposição com os 26 % dos que mantem uma atividade profissional. Este facto deve-se ao facto da maioria dos doentes, se encontrar na idade de reforma, mas para além deste motivo é frequente que os doentes com patologia cardíaca, sejam reformados antecipadamente por motivos da doença, sobretudo se a sua atividade profissional envolvia esforços físicos.

²² O Heart Study de Framingham realizado nos EUA em colaboração com a Universidade de Boston é dirigido pelo Nacional Heart Lung and Blood Institute e a perspectiva que usa é a epidemiologia, ou seja, o estudo de grupos de indivíduos. Trata-se de um estudo de incidência, que pretende apurar quais os atributos ou fatores relacionados com o desenvolvimento de doença cardiovascular num largo grupo de indivíduos que ainda não apresentam sintomas de doença cardiovascular a coorte incluiu inicialmente 5.209 indivíduos de ambos os sexos entre os 32 e os 62 residentes na povoação de Massachusetts a que vieram a juntar-se a partir de 1971 os descendentes destes. A 3ª geração da primeira coorte iniciou o recrutamento em 2007 (Lima, 2007)

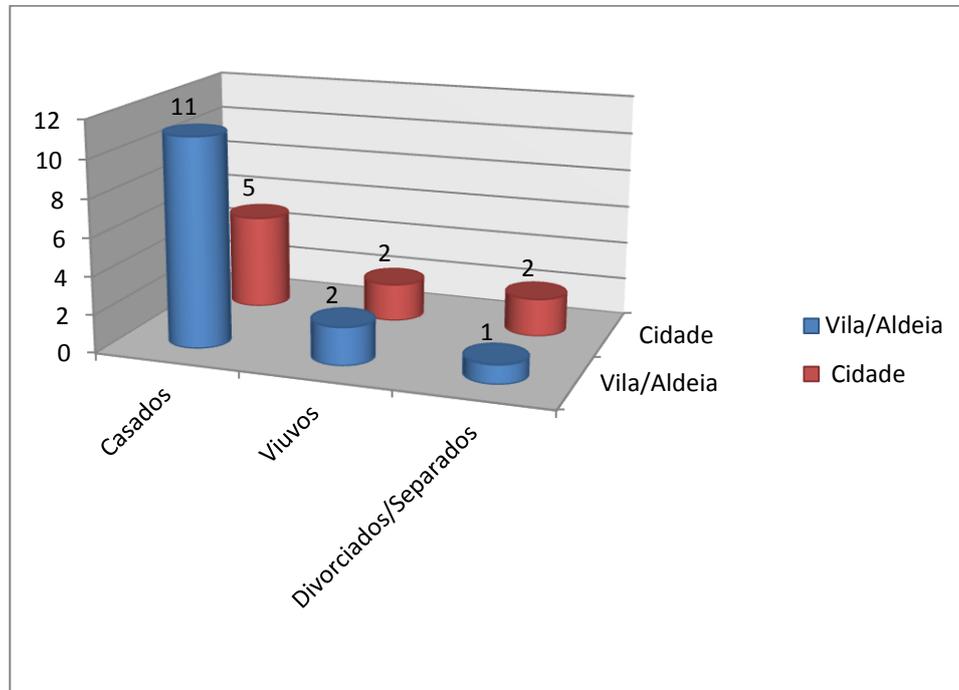
Figura 2 – Distribuição dos doentes por Género e Grau de Ensino Concluído



Fonte: Questionário

Trata-se de um grupo com baixas habilitações, apresentado 7 dos atores sociais sem escolaridade. Verificou-se ainda que, os doentes que possuem o 1º ciclo, apresentaram sérias dificuldades na compreensão do questionário e até mesmo no assinar o consentimento informado. Alguns destes doentes são iletrados, não conseguem extrair informações de um texto e tirar uma conclusão a respeito do mesmo, o que os torna mais frágeis na procura da informação e ajuda.

Figura 3 – Distribuição dos doentes inquiridos por Estado Civil e Local de Residência



Fonte: Questionário

Através deste gráfico é possível visualizar a relação entre as variáveis de atributo, estado civil e local de residência, o gráfico é revelador do predomínio dos doentes casados a residirem na cidade. Quando foram introduzidas estas questões no questionário, pretendia-se perceber se existiam doentes a viverem sozinhos e isolados, que influenciasses as dimensões da ajuda. Estes resultados apontam para o não isolamento dos doentes deste grupo em estudo, dos quatro viúvos, apenas um não tem família, encontrando-se institucionalizado num lar. Os restantes, três doentes apesar de viverem sozinhos, dois dos doentes viúvos de acordo com as notas de campo recolhidas, sabe-se que vivem na mesma localidade vários familiares, como filhos e netos, apenas um doente viúvo, tendo um único filho que reside noutra localidade. Quanto ao grupo dos divorciados, verificou-se que um dos doentes vive com os filhos, relativamente aos outros dois divorciados ambos vivem sozinhos, no entanto na mesma localidade vivem familiares constituindo-se como nós das redes de apoio destes doentes, foram enumeradas pelos doentes a mãe, prima e irmãs.

Por sua vez McNally e Newman (1999), como foi referido no enquadramento teórico defendem que a proteção e apoio da família, reduzem o isolamento social, a família como grupo

de cooperação económica, de convivência, de divisão de responsabilidades e obrigações entre seus membros favorece o dar e receber apoio e cuidados.

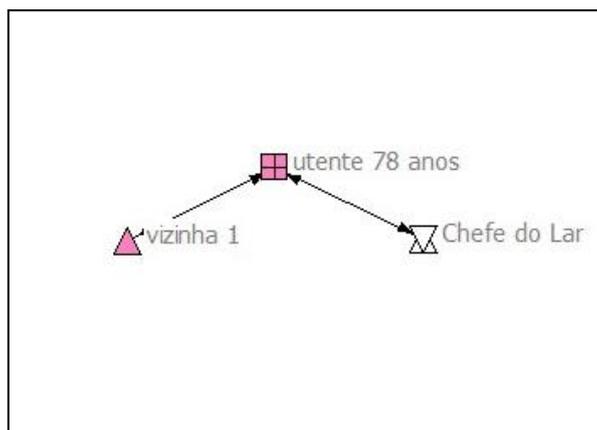
5.2 ANÁLISE DA REDE DE APOIO SOCIAL AO DOENTE PÓS SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

Neste subcapítulo e de forma a proceder à análise da rede social de apoio ao doente pós Síndrome Coronária Aguda, através da metodologia da Análise de Redes Sociais, foi utilizado a aplicação informática Ucinet, com a finalidade de construção da matriz, grafo e cálculo de medidas de análise. Com efeito foi construída uma matriz das relações estabelecidas entre o doente e o apoio recebido, esta matriz binária reflete a presença ou ausência de relação entre os atores sociais. As notas de campo recolhidas no momento do aplicar do gerador de nomes, permitiu completar informação e dar significado à representação da rede. Optou-se por uma organização da estrutura em círculos concêntricos, situando a ego no centro. Representando do centro para a periferia: o doente; familiares; amigos, vizinhos, colegas de trabalho e localizando mais na periferia os conhecidos.

5.2.1 Análise da ajuda financeira

Com base nas respostas dos doentes foram identificados os atores sociais referidos comumente pelos doentes como elementos integradores da rede de apoio responsável pela ajuda financeira. No que toca à dimensão ajuda financeira, importa salientar em primeiro lugar, que a maioria dos doentes possuem uma rede de pequenas dimensões, verificou-se dos 23 casos estudados, 18 doentes apresentam uma rede com um mínimo de 1 nó e um máximo de 4 nós.

Figura 4 – Grafo da Rede de Apoio Financeiro do Caso I



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: *Tring* – Ajuda Formal

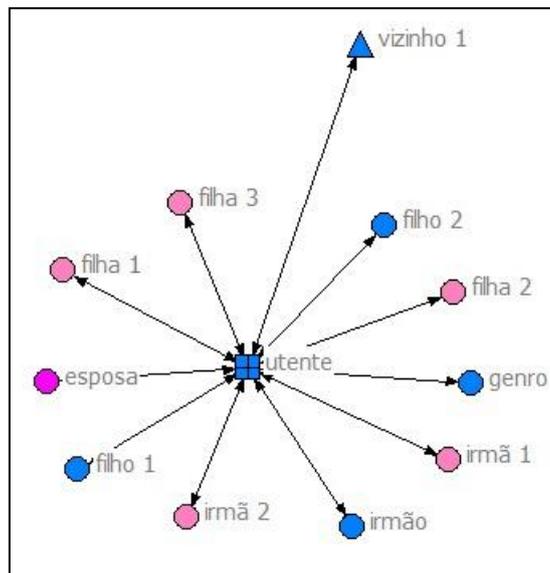
Triangle – Não Familiares

Box – Doente a residir na cidade

Estudos associam o apoio social ao tamanho das redes sociais, à integração social, ao desempenho de papéis sociais e às demandas de cuidados aos doentes. Nas redes sociais constrangidas e restritas, as pessoas possuem menos hipóteses de receber apoios, na condição de pobreza e de isolamento social. Como sublinha Wellman em 1991, citado por Portugal (2007) o que diversos estudos sobre redes sociais mostram, é o modo como o desenho das redes condiciona o acesso dos indivíduos a diferentes recursos, permitindo constatar que a morfologia das redes abre ou fecha possibilidades a indivíduos com posições semelhantes na estrutura social. O caso I, trata-se de um doente que não tem família e que o único recurso quanto ao apoio financeiro localiza-se apenas numa vizinha e na chefe do lar onde neste momento reside. Esta situação retratada no grafo (Fig.4), encontram-se os indivíduos cuja rede informal é mais frágil ou inexistente, recorrendo por um lado à rede formal procurando ajuda junto do ator social mais próximo e acessível e que conhece, e por outro lado recorre à rede informal, sendo esse apoio informal, quase sempre exercido por elementos exteriores à família, como os vizinhos ou amigos.

Esta rede tipo estrela (apresentando no mínimo de 5 e no máximo de 11 nós) resulta um posicionamento central do doente (Fig.4), situação que se verifica apenas em 5 dos 23 casos estudados

Figura 5 – Grafo da Rede de Apoio Financeira do Caso E



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: *Circle* – Familiares

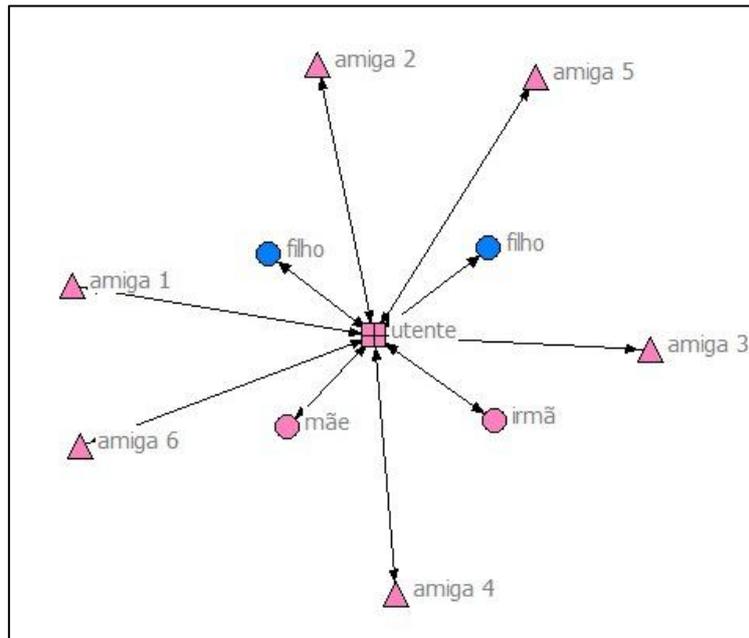
Triangle – Não Familiares

Box – Doente a residir na cidade

Quanto ao apoio financeiro, na maioria dos casos estudados baseia-se na solidariedade como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, com vínculo de parentesco, como de pais para filhos, e de filhos para pais, os recursos financeiros são partilhados entre os membros do sistema familiar. Apenas em 9 casos é disponibilizada ajuda por parte dos amigos ou vizinhos ou ajuda formal.

O grafo seguinte (Fig.5) apresenta um exemplo de rede de apoio financeira com um maior número de nós, tendo como recurso os amigos. Apenas dois dos doentes apontaram vários amigos como recurso para esta dimensão de apoio, coincidentemente ambos integram um grupo de apoio.

Figura 6 - Grafo da Rede de Apoio Financeira do Caso D



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: Circle – Familiares

Triangle – Não Familiares

Box – Doente a residir na cidade

Um dos doentes pertence à religião jeová, cujos membros deste grupo apoiam-se em vários aspetos, como ajuda monetária, e ajuda nas questões do quotidiano sempre que necessário. O outro doente pertence a um grupo coral, ligado à igreja católica, onde o doente estabeleceu laços de amizade existindo um espírito de solidariedade entre os membros.

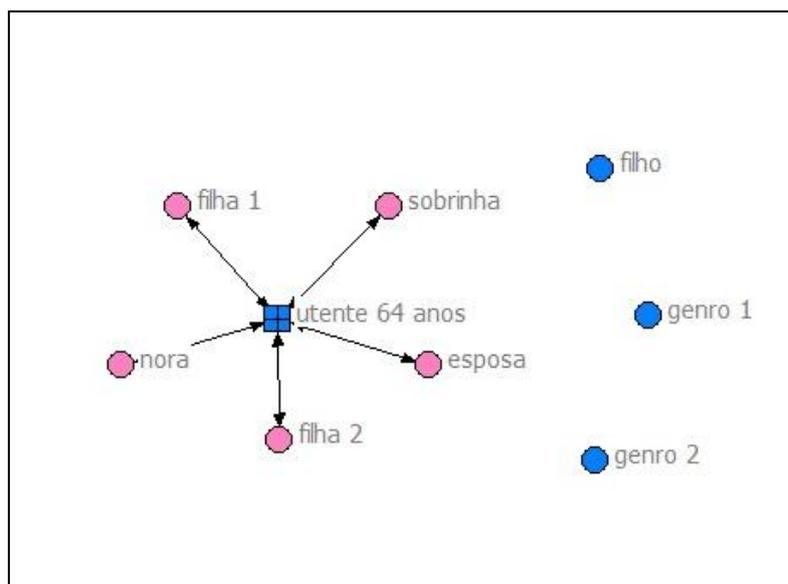
Segundo as notas de campo recolhidas um dos doentes referiu “ Sempre que existe um problema na minha vida, estes meus amigos ajudam-me, já chegaram a emprestar-me dinheiro”

Lemieux e Ouimet (2008) defendem que, as redes de apoio são constituídas por pessoas ajudadas às quais pessoas ajudantes dão apoio sob a forma de bens ou serviços, de informação ou de laços de solidariedade. O apoio será geralmente maior quanto maior for o capital social das pessoas ajudadas.

5.2.2 Análise da ajuda na divisão de responsabilidades

Este exemplo reflete os resultados obtidos pelos questionários, os doentes identificam o sexo feminino, familiares ou não como o seu principal apoio na dimensão ajuda na divisão de responsabilidades. O grafo apresenta a rede ideal do caso X, pelo doente foi identificado o filho e os dois genros como atores que segundo a perceção do doente o deveriam ajudar, chega a verbalizar “ eles bem me podiam ajudar na horta quando não posso”. É visível e destaca-se a relação do doente com as mulheres da família

Figura 7 – Grafo da Rede de Apoio na Divisão de Responsabilidades do caso X



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: *Circle* - Familiares

Box – Doente a residir na cidade

Este exemplo vai de encontro ao trabalho de Ana Paula Martins Gil que reporta para a questão da “feminização” dos cuidados, afirma que o modelo cultural dominante atribui à mulher em geral a responsabilidade e a exclusividade desses mesmos cuidados aos mais velhos ” (Gil,1999), levando a autora a considerar que a solidariedade intergeracional no apoio aos dependentes é essencialmente uma solidariedade feminina.

Verifica-se uma regularidade na rede nesta dimensão pois, 23 dos doentes dos 23 casos estudados enumeram a ajuda feminina, enquanto 12 doentes identificaram a ajuda masculina. Ainda dos 23 casos, 11 dos doentes possuem uma rede constituída apenas por atores sociais do sexo feminino em contraste com a não existência de doentes cuja rede de apoio na divisão de responsabilidades fosse constituída apenas por nós representados pelo sexo masculino. Não é evidente um padrão quando se relaciona esta dimensão com as variáveis de atributo, merece apenas destacar que, dos 11 doentes cuja rede de apoio na ajuda da divisão de responsabilidades é apenas constituída por nós do sexo feminino, constatou-se que 7 doentes são do sexo masculino e apenas 4 do sexo feminino.

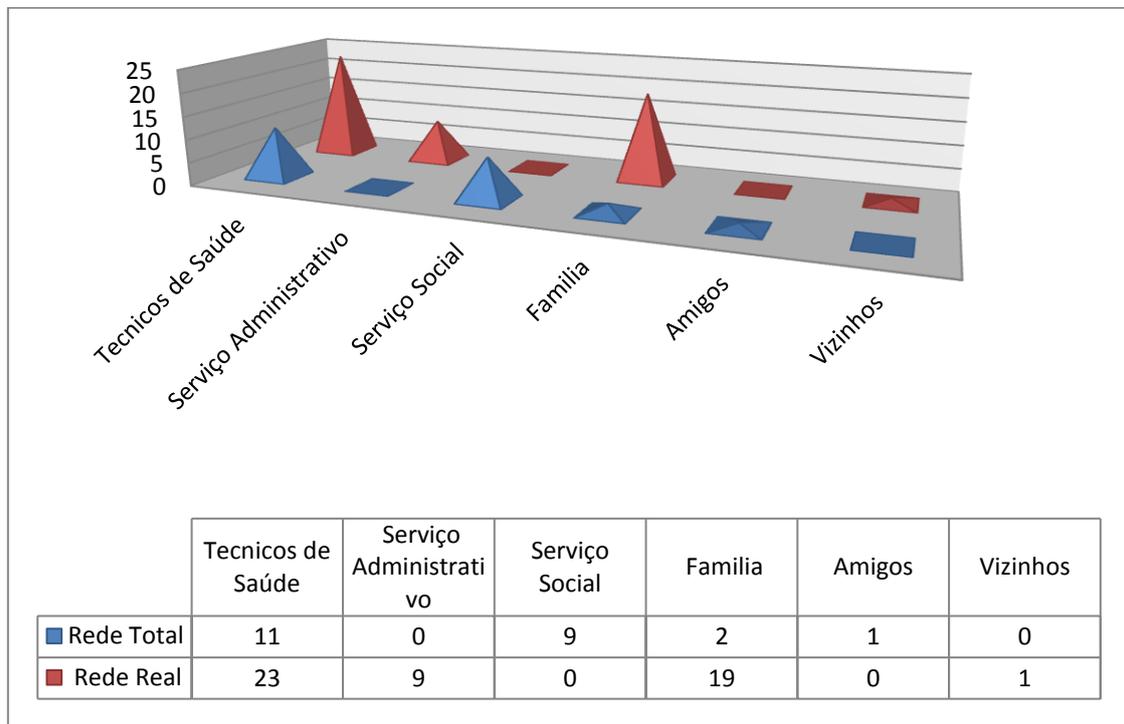
Foram identificados dois grandes perfis na prestação de apoio na divisão de responsabilidades, dos quais se destacam o perfil familiar, centralizado exclusivamente na família nuclear (pais, sogros, filhos) e o misto que combina os apoios familiares com os extrafamiliares não pagos (amigos e vizinhos). Segundo o Quadro - Perfil do apoio para a dimensão ajuda na divisão das responsabilidades para todos os casos (Anexo VI), dos 23 casos 12 recorrem exclusivamente ao apoio familiar, 8 doentes recorrem ao apoio misto, tornando-se evidente a participação da família neste apoio. Ainda apenas 5 doentes referem como recurso nesta dimensão de ajuda o apoio extrafamiliar pago (apoio domiciliário, pela equipa do centro de dia), um destes doentes não tem família, um outro o único filho não reside na mesma localidade, não sendo possível prestar-lhe apoio nas tarefas do dia-a-dia, e três dos doentes apresentam um grau de dependência elevado, o que obrigou as respetivas famílias a recorrerem a este tipo de apoio. Em relação aos doentes que recebem ambos os apoios (rede formal e informal) verificou-

se que a rede formal é suplemento da rede informal, isto é, referiram “ Vão lá a casa levar o comer e ajudam-me a tomar banho quando estou pior”, segundo as notas de campo recolhidas, verifica-se que os doentes recebem predominantemente apoio da rede informal (filhos, cônjuge, irmãos), embora recebam apoio formal (serviço de apoio domiciliário), principalmente no que concerne à alimentação, trabalhos domésticos ou higiene pessoal.

5.2.3 Análise da ajuda na informação prestada ao individuo

Neste subcapítulo será abordada a ajuda prestada ao doente quanto à informação, Barrón (1996) sublinha, o apoio de informação reporta-se ao processo através do qual as pessoas recebem informação ou orientações precisas que as ajude a compreender o seu mundo e/ou a adaptar-se mais adequadamente a ele. De acordo com o Quadro - Numero de vezes que os nomes foram mencionados (ajuda formal/ajuda informal) quanto à Rede Real e Rede Total, na ajuda informação prestada ao individuo (Anexo VII), olhando para a dimensão da ajuda na informação, constata-se que esta ajuda é essencialmente formal, constituída pelos profissionais de saúde e curiosamente os doentes referem a secretária de piso, existindo nós de relação entre o doente e o sector administrativo

Figura 8 – Distribuição do número de vezes que os nomes foram mencionados quanto à Rede Real e Rede Total na dimensão “informação prestada ao indivíduo”.

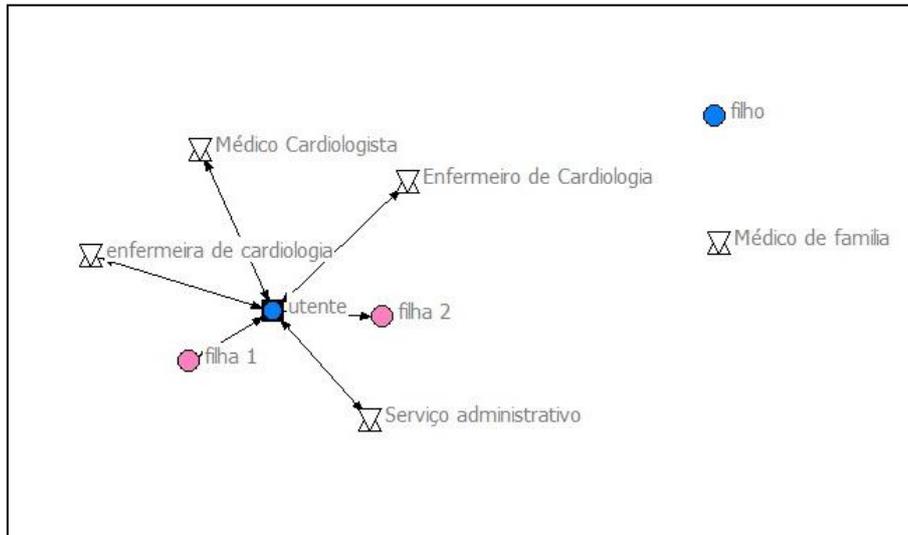


Fonte: Questionário

É visível na fig. 8, a referência aos técnicos de saúde, se por um lado os técnicos de saúde são identificados como recurso na ajuda na informação prestada ao indivíduo, apresentando um valor superior comparado com o número de vezes que foram mencionados os familiares, estes são também os mais referidos no gerador de nomes como atores que deveriam pertencer à rede. Os técnicos de saúde são responsabilizados por 11 doentes e o serviço social por 9, pela falta de informação sobre, a evolução do seu estado clínico, indicações pós alta e exames que irão realizar. Contraste notável com a responsabilização dos familiares por parte de apenas dois doentes. Tornando-se evidente na dimensão, ajuda na informação prestada ao indivíduo a ajuda formal como recurso destes doentes, mas verifica-se também esses mesmos doentes a responsabilizarem a ajuda formal pela falta de informação por parte da assistente social e técnicos de saúde.

O seguinte grafo representa mais um exemplo recorrente quanto a esta dimensão de ajuda. É exemplo do que foi analisado anteriormente, o caso R (Fig,9) o apoio formal é dominante sendo o recurso à rede informal apenas exercido como complemento.

Figura 9 - Grafo da Rede de Apoio na Informação prestada ao indivíduo do caso R



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: *Tring* – Ajuda Formal

Circle – Familiares

Circle-in-Box – Doente a residir em vila

Verifica-se ainda a responsabilização do filho e do Médico de família por parte do doente, reforçando a necessidade de apoio quer pela rede formal quer pela rede informal. No decorrer do aplicar do questionário desabafou “ o meu filho nunca tem tempo para ir ao médico comigo, ora eu já ouço mal ... depois não fico a perceber o que o médico diz”, acrescenta “ a minha filha é que depois vai lá a perguntar quando é a próxima consulta ou os exames”

Neste contexto também a ajuda é bidirecional, pois a disposição no compartilhar de informação entre os atores de uma rede, asseguram ganhos, pois cada participante recebe ajuda, valendo-se das informações às quais passa a ter acesso e que poderão reduzir as incertezas e dúvidas, promovendo a ajuda mútua. Segundo Marteleto (2001), para reduzir as dúvidas e consolidar a parceria, os atores precisam de ter informações confiáveis dos seus parceiros para a resolução de uma situação. Assim ambos os atores recebem ajuda que irá sem dúvida contribuir para o desenvolver de novas ações tendo como base as informações recebidas. Se por um lado os profissionais de saúde recebem informação para a decisão clínica, os doentes recebem informação para a decisão do seu projeto de saúde e dar continuidade à sua reabilitação.

Meleis (1994) defende, que o nível de conhecimento e informação para uma transição constitui uma condição que influencia o resultado da saúde e podem ser insuficientes para fazer face às exigências da nova situação. O nível de planificação que ocorre antes e durante uma transição é outra condição que influencia o sucesso da transição. Uma planificação eficiente pressupõe uma identificação rigorosa dos problemas e das necessidades (que poderão ser necessidades de apoio a qualquer nível) que possam advir da transição (Meleis 1994).

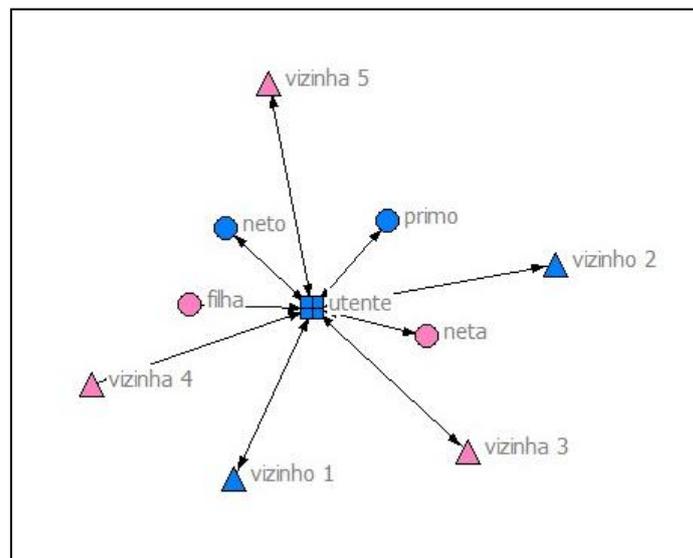
5.2.4 Análise da ajuda psicossocial

As transições são acompanhadas de emoções, alguns autores referem que surge ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão. Meleis (1994) de acordo Condi et al, Majewski e Rice, diz-nos que também podem estar presentes um conflito de funções e um baixo nível de autoestima, e tal como o bem-estar emocional é também importante o bem-estar físico e social durante a transição.

Discutem-se que capacidades humanas são sociais e quais são emocionais, como refere Golman (2011), os dois domínios confundem-se, tal como o território social do cérebro se justapõe aos centros emocionais. Defendido por Davidson (1996), “ Todas as emoções são sociais...não é possível separar a causa de uma emoção do mundo dos relacionamentos, são as nossas interações sociais que dirigem as nossas emoções” (Golman,2011: 131)

Olhando para a figura 10, constata-se a presença dos vizinhos no grafo. Segundo os resultados obtidos os vizinhos são sem dúvida apontados como ajuda psicossocial. Dos 23 doentes inquiridos, 14 referem os vizinhos como rede de apoio no que refere à dimensão da ajuda psicossocial. Talvez isto se deva ao facto de existir um clima de confiança consolidadas durante anos, pela proximidade e disponibilidade, pelo compartilhar quer de problemas quer de alegrias das suas vidas. Os vizinhos facilitam a expressão de sentimentos e emoções por vezes até difíceis de verbalizar com os familiares. Os doentes chegam mesmo a dizer “ a minha filha quando vem cá a casa é sempre a correr ... também tem a sua vida não é ... pergunta-me só se estou melhor e se preciso de alguma coisa ... quase que não temos tempo para conversar” outros acrescentam “ com as vizinhas é que me vejo e me distraio, no verão à tarde juntamos todas, umas fazem renda, conversamos sobre os nossos problemas e convivemos”

Figura 10 - Grafo da Rede de Apoio Psicossocial do caso N



Fonte: Questionários

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: Circle – Familiares

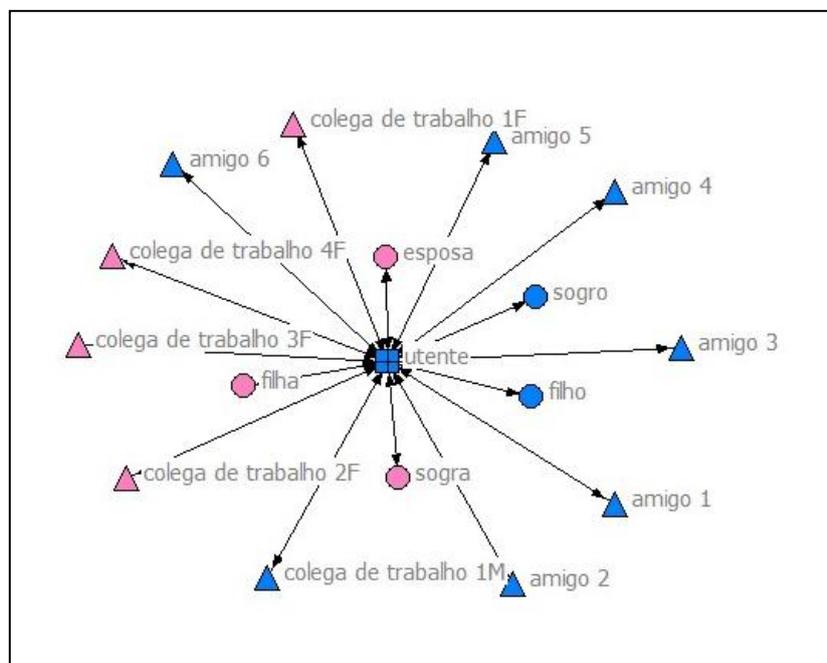
Triangle – Não Familiares

Box – Doente a residir na cidade

O apoio como mecanismo de solidariedade, participação e cidadania está associado ao benefício mútuo, oferecido ou mobilizado pela rede de apoio, estudos ressaltam a importância das organizações não-governamentais, do associativismo, das redes de solidariedade e participação social. Barrón (1996) ao definir apoio emocional refere-se ao facto da pessoa ter a sua disposição alguém para falar e desabafar, incluindo atitudes que fomentem o bem-estar afetivo, relacionando-se ao sentimento de estima, de sentir-se querido e respeitado, de poder confiar em alguém. Os doentes identificam os seus vizinhos como recursos para falarem, relativizando assim os seus próprios problemas e como ajuda na adaptação ao seu contexto social. As transições são acompanhadas de emoções, alguns autores referem que surge ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão. Meleis (1994) de acordo Condi et al (1992); Majewski e Rice (1991), diz-nos que também podem estar presentes um conflito de funções e um baixo nível de autoestima, e tal como o bem-estar emocional é também importante o bem-estar físico e social durante a transição.

Verificou-se que aos doentes com menor idade corespondiam redes de apoio mais amplas em termos de nós, sobretudo se mantinham atividade profissional, como o caso Q representado na figura 7.

Figura 11 - Grafo da Rede de Apoio Psicossocial do caso Q



Fonte: Questionário

Legenda:

— Masculino

— Feminino

Formas: *Circle* – Familiares

Triangle – Não Familiares

Box – Doente a residir na cidade

É importante sublinhar que a subjetividade e individualidade do apoio social, depende da percepção pessoal de cada indivíduo (Martins, 2004). Segundo a autora “a percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.” (Martins, 2004:3). A subjetividade é questionável pois, a percepção pode não corresponder à realidade. Vaux (1988) defende, que a percepção corresponde na maioria das vezes à realidade no entanto, o que importa esclarecer é que, o que conta realmente para a pessoa é a sua percepção. Não deixa de ser curioso, este doente, não ter referido outros membros da família, como por exemplo os irmãos na sua rede de apoio psicossocial

As redes de apoio social têm um papel protetor sobre o homem e a sua influencia no bem-estar e qualidade de vida são apontadas como razões plausíveis por Vaz Serra (1999) o facto de, estabelecerem elos afetivos mais consistentes aumentando a seguranças do indivíduo, favorecerem o reconhecimento, valor e competência do indivíduo contribuem para a sua integração social, possibilitarem o dar e receber de conselhos e informações orientadoras e reforçarem sentimentos de utilidade, proporcionando aos seres humanos a prestação de cuidados a outras pessoas.

5.3 METANALISE

Como foi referido no enquadramento teórico Meleis (1991) defende que uma transição implica uma mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas e nas capacidades e o aparecimento de novas necessidades ou necessidades já existentes mas até ai não reconhecidas.

Meleis (1994) refere que os fatores que influenciam as transições são os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e capacidade, o ambiente, o nível de planificação e o bem – estar emocional e físico. O significado refere-se a uma avaliação subjetiva de uma transição antecipada ou sofrida e à avaliação dos efeitos prováveis na vida de um indivíduo. Compreender a transição a partir da perspetiva daqueles que a sofrem

Os dados seguintes apresentados pela tabela 1, permitem uma leitura mais fácil e acessível da constituição da rede de apoio para cada doente com uma visualização dos nós existentes em cada uma das redes: Ajuda financeira, ajuda na divisão de responsabilidades, ajuda na informação prestada ao individuo e ajuda psicossocial.

Tabela 1 – Rede real e total para as quatro dimensões de ajuda para todos os casos

Casos	Total de Atores	Ajuda Financeira		Ajuda na divisão de responsabilidades		Ajuda informação prestada ao indivíduo		Ajuda Psicossocial	
		Rede Real	Rede Total	Rede Real	Rede Total	Rede Real	Rede Total	Rede Real	Rede Total
Caso A	15	4	5	3	5	3	4	4	6
Caso B	16	3	4	4	4	3	4	6	7
Caso C	12	1	3	4	4	4	4	5	8
Caso D	15	10	11	5	5	6	7	11	11
Caso E	20	11	11	6	6	9	9	6	8
Caso F	17	2	3	3	4	5	7	6	8
Caso G	11	4	5	7	8	3	4	1	1
Caso H	18	5	5	4	4	6	7	14	14
Caso I	14	2	2	2	2	5	8	9	9
Caso J	15	2	3	3	6	7	8	4	7
Caso L	26	3	4	9	11	7	9	14	16
Caso M	11	2	2	3	3	6	7	7	7
Caso N	13	2	3	3	3	6	6	9	9
Caso O	24	3	5	9	10	9	11	11	13
Caso P	17	6	7	4	5	8	9	9	9
Caso Q	22	2	3	1	1	6	7	16	16
Caso R	13	3	4	4	5	6	8	7	7
Caso S	11	2	2	2	2	3	3	7	7
Caso T	10	2	5	2	5	4	5	3	5
Caso U	22	3	8	3	8	6	6	16	16
Caso V	18	2	5	2	2	6	6	7	10
Caso X	26	5	6	5	8	9	11	12	12
Caso Z	24	3	4	8	10	5	7	13	17

Fonte: Questionários

Cruzando os dados apresentados na coluna total de atores como os dados representados no Quadro - Caracterização da amostra (Anexo V) convém registar que os casos cujas redes são constituídas por um número superiores a 20 nós, são redes que correspondem a doentes com idades inferiores a 67 anos de idade (registando-se apenas um doente com 73 anos), o elevado numero de nós pode dever-se ao facto destes doentes possuírem uma rede de atores familiares e amigos, alguns dos doentes com idades mais elevadas foi frequente referirem que as pessoas que conheciam e eram os seus recursos de apoio a maioria já tinham falecido, possuindo atualmente uma rede de apoio reduzida.

Com exceção do caso D e E a rede que apresenta menos atores é sem dúvida, a rede que corresponde à dimensão ajuda financeira, esta rede é constituída essencialmente por familiares e amigos muito próximos. O perfil dos atores que enquadram o grupo familiar são os pais, filhos, sogros, primos e cunhados. Destacam-se dois grupos, os que possuem uma rede constituída apenas por familiares e um segundo grupo que possui uma rede mista. Dos 23 casos, 12 doentes possuem uma rede constituída apenas por familiares e 8 dos doentes apresentam uma rede mista constituída por nós correspondente a familiares e amigos. Apenas 3 doente identificou a ajuda formal como recurso. Assim no âmbito desta ajuda destaca-se a ajuda informal, com o predomínio de redes constituídas por familiares, ainda segundo os resultados encontrados, 20 dos doentes têm a família como recurso para esta necessidade de ajuda. Numa tentativa de justificar os valores encontrados, segundo as notas de campo recolhidas, os comentários mais realizados pelos doentes foram, “ é preciso ter-se muita confiança para se pedir dinheiro emprestado a alguém” e “ nesta altura ninguém empresta dinheiro a ninguém...a vida está difícil para todos” e ainda “ isso só se pede a familiares ... até porque tinha vergonha de pedir a pessoas fora de casa”. A vergonha é um sentimento eminentemente social, colocando-nos em conformidade com o ambiente cultural, costumes, normas e regras. Para alguns destes doentes era uma questão de honra não pedir dinheiro emprestado.

Na rede total foram exclusivamente apontados por 17 doentes do total de 23 doentes o estado e ou a segurança social e ou a junta de freguesia e ou cruz vermelha, em contrapartida apenas 6 referem também os familiares. Existem ainda 5 doentes que não referiram qualquer ator social, como se verifica no quadro 5 para o caso E, H, I, M, e S a rede real em termos de número de atores apresenta-se igual à rede total. É revelador como os doentes que constituem esta amostra, não consideram os familiares como principais responsáveis por esta ajuda, considerando que deveria ser a ajuda formal a assumir esta responsabilidade, Como? Os

doentes apontaram sugestões: Através do aumento das reformas, cartões que oferecessem descontos num período após a doença, subsídios para utilizar apenas nas questões da saúde.

Comparando as redes reais e totais nas quatro dimensões, é notório a coincidência da rede real igual com a rede total nas dimensões “Ajuda na divisão das responsabilidades” e “Ajuda psicossocial” apresentada essa igualdade para 11 e 12 casos respetivamente. A coincidência dos perfis destas duas redes reside na existência de ambas a presença de uma forma consistente dos vizinhos. São resultados que apontam para a grande importância do papel desempenhado e assumido pelos vizinhos nestas duas dimensões. Na “Ajuda Financeira” e “Ajuda na informação prestada ao indivíduo”, inverte-se este dado, pela análise dos dados disponíveis na tabela 1, é visível que para ambas as ajudas apenas para quatro doentes a rede total se sobrepõe à rede real relativamente ao número de atores. Assim a maioria dos doentes nas duas dimensões de ajuda referidas anteriormente consideram que atores da rede total deveriam pertencer à rede real.

Na generalidade a rede que apresenta mais atores é a rede referente à ajuda psicossocial. Esta rede tem como perfil de atores sociais os amigos, os vizinhos, os colegas de trabalho e os familiares. Estão presentes no subgrupo “Familiares”, o cônjuge, filhos (não apresentando uma presença dominante) primos, irmãos, cunhados. Existe a tendência de priorizar a pesquisa de fatores de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, na pesquisa etiológica, ao invés do ambiente psicossocial. A doença na opinião de Goleman (1997) agudiza a consciência de cada pessoa da sua vulnerabilidade, fragilidade e finitude. Vivencia-se assim de uma forma mais intensa e consciente o facto de sermos seres vulneráveis, frágeis e de certa forma valorizando mais que nunca as redes de apoio social, sobretudo o apoio proporcionado pela família e amigos. O doente por se encontrar numa situação de fragilização necessita de apoio psicossocial para se adaptar à nova situação que a doença lhe impôs.

Segundo Golman (2011) acrescentar complexidade ao ambiente social de uma pessoa promove novas aprendizagens e a adaptação psicossocial. O apoio psicossocial, proporcionado pelo comunicar e relacionamento com os familiares, amigos e vizinhos, irá acrescentar complexidade ao ambiente social. Segundo Lemieux e Ouimet (2008) o apoio será geralmente maior quanto maior for o capital social das pessoas ajudadas. O Tamanho da rede é determinante assim como, conteúdo transacional, segundo Silva (2003) pelo conteúdo transacional, percebe-se qual a importância disponibilidade e investimento que os atores atribuem à relação.

Pelo estudo realizado por Gouveia (2004), “Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio”, verificou-se que as representações de doença influenciam a adaptação psicossocial à doença em várias dimensões, sendo a representação emocional o preditor mais significativo. As mulheres apresentam representações de doença mais negativas nas subescalas identidade, duração aguda crónica, controlo tratamento, e coerência da doença. A ansiedade durante o internamento e na alta aparece como o preditor mais importante do estado emocional pós alta, assim como da adaptação funcional ao nível das emoções. As análises exploratórias efetuadas com variáveis clínicas revelam que a dor no peito sentida anteriormente, a classe *Killip*, e o tempo de internamento influenciam a adaptação psicossocial pós enfarte agudo do miocárdio, sendo de particular importância a sua identificação para promover a recuperação e a adaptação psicossocial em homens e mulheres. Mais uma vez é evidente a importância do investimento dos profissionais de saúde na adaptação psicossocial dos doentes não só à doença como no contexto social do doente. São discutidas as implicações destes dados para o desenvolvimento de estudos futuros e para a reabilitação cardíaca em Portugal. Estes dados pilotos apontam para a necessidade de prestar atenção aos fatores psicossociais na reabilitação cardíaca das mulheres pós enfarte agudo do miocárdio.

Weinberger et al (1987) alegaram que na exposição dos indivíduos aos agentes de *stress*, o forte sistema de suporte social, proporcionado pela rede social, reduz os efeitos negativos sobre a saúde. Ainda a revisão da literatura realizada por Ramos (2002) reporta-nos à influência durkeimiana, nos estudos que atribuem ao apoio, funções de integração e coesão social à medida que rompem o isolamento social. A frequência e intensidade dos contactos sociais expressam o maior grau de integração social e o sentimento de pertencer a um grupo, apresentando benefícios no bem-estar social e na saúde.

As entidades identificadas como rede formal, no gerador de nomes como demonstra a, tabela 2 foram: Banco, Camara Municipal, Caritas, Centro de dia, Centro de dia, apoio domiciliário, Cruz Vermelha, Estado/Segurança Social e Junta de Freguesia. A entidade apontada com maior frequência na rede total, é de uma forma bastante diferencial o Estado/Segurança Social, no entanto em nenhum caso íntegra a rede real do doente. O centro de dia, apoio domiciliário foi a entidade mais referida na ajuda formal na rede real dos doentes.

Parece-nos que o doente/Família, só recorre ao sistema formal quando a rede informal é muito fraca ou inexistente, principalmente devido à indisponibilidade de tempo ou incapacidade dos elementos que a constituem em responder às necessidades efetivas da pessoa.

Tabela 2 – Ajuda formal, entidades referidas na rede social de apoio dos doentes com SCA

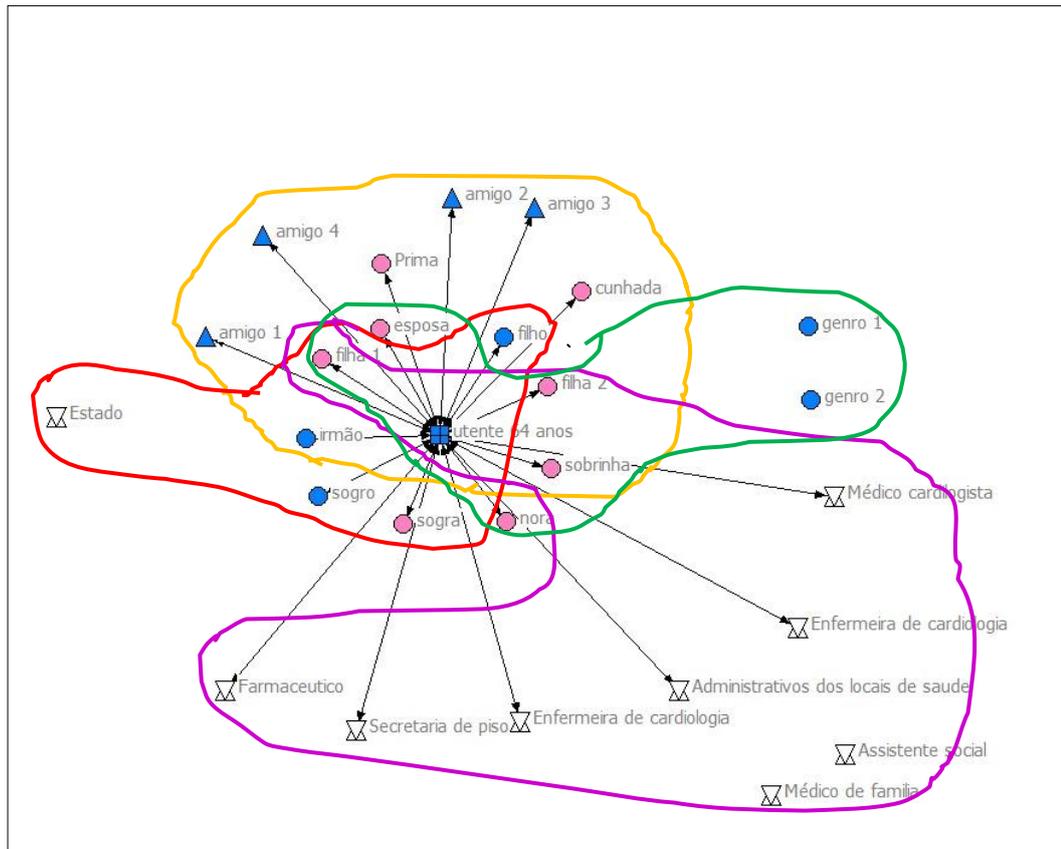
Entidades referidas na ajuda formal	Frequência	
	Rede real	Rede Total
Bancos	0	1
Camara Municipal	1	0
Caritas	0	2
Centro de dia	2	0
Centro de dia, apoio domiciliário	4	1
Cruz Vermelha	0	1
Estado/Segurança Social	0	16
Junta de Freguesia	0	1

Fonte: Questionários

Numa rede egocêntrica são analisados apenas o ator em foco e sua vizinhança. O tamanho da rede ego significa com quantas pessoas o individuo se relaciona diretamente, um valor alto nesta medida é positivo, pois quanto mais contactos o individuo possui maior será sua hipótese de obter o recurso de que necessita.

Como exemplo de uma rede com um valor alto quanto ao seu tamanho temos a rede relativa ao caso X, representada no grafo seguinte (Fig,12)

Figura 12 – Grafo de representação das quatro dimensões de ajuda do caso X



Fonte: Questionários

Legenda:

- Ajuda Financeira
- Ajuda na divisão de responsabilidades
- Ajuda na informação prestada ao individuo
- Ajuda psicossocial

Formas: *Circle* – Familiares

Triangle – Não Familiares

Tring – Ajuda Formal

Box – Doente a residir na cidade

Apresenta-se este grafo, por ser um dos grafos que nesta dissertação melhor representa as relações existentes na rede de apoio social. Este exemplo é representativo dos perfis do tipo de nós para a rede “Ajuda Financeira”, “Ajuda na divisão de responsabilidades”, “Ajuda na informação prestada ao individuo” e “Ajuda psicossocial”. A representação visual das relações tem um grande poder descritivo, para Freeman (2005), encontra-se entre os elementos da

análise de redes que suscita maior interesse e impacto junto dos destinatários da investigação. É visível a família nuclear como o principal apoio nas 4 dimensões de ajuda da rede de apoio social do doente pós SCA. O apoio prestado na informação prestada ao indivíduo é suportado essencialmente pela ajuda formal, por profissionais de saúde qualificados.

Santos e Sebastiani (2001), relatam três tipos de reação da família frente a uma situação de crise ocasionada pela doença e pelas limitações causadas: Paralisam frente ao impacto da crise, o sistema identifica benefícios com a crise e mobiliza-se para mante-la ou o sistema familiar mobiliza-se com o intuito de resgatar o seu equilíbrio anterior. Verifica-se uma mobilização da família a desenvolver flexibilidade para se reorganizar e atender as necessidades do doente, organizando-se de acordo com a mudança e negociam papéis. Este caso é também exemplo dessa divisão de papéis, na ajuda financeira verificam-se apenas nós correspondentes a familiares. Se por um lado, os elementos da família do sexo masculino participam principalmente na ajuda financeira, os elementos do sexo feminino participam na ajuda divisão de responsabilidades e psicossocial.

Quanto à medida de análise densidade, a alta densidade em rede ego é um fator negativo, pois se todos os vizinhos são ligados entre si, isto representa uma redundância de relacionamentos.

Tabela 3 – Densidade das redes para as quatro dimensões de ajuda do Caso X e Caso T

Casos	Número de atores	Densit Y	No of Ties	Avg De gree
Caso X	26	0,060	42,000	1,556
Caso T	10	0,127	14,000	1,273

Fonte: Questionário

Comparando a rede com maior e menor tamanho (Caso X e Caso T) com as respetivas densidades, podemos verificar que esta medida varia entre 0,060 e 0,127. A densidade representa a percentagem de relações que existem numa rede dentro do total de relações possíveis. Uma densidade de 1.0 implica que cada alter está conectado com todos os outros, uma densidade de 0 significa que nenhum alter estabelece relação com nenhum outro.

Tabela 4 – Centralidade do doente na rede de apoio social no Caso X e Caso T

Casos	Número de atores	Degree Centrality (Indegree)	Centralization (indegree)
Caso X	26	21	77.663%
Caso T	10	7	63.000%

Fonte: Questionário

O grau de centralidade (*Degree Centrality*) corresponde ao número de nós aos quais um ator está ligado diretamente, localizando o ator na rede (Fialho, 2007). Ainda segundo Hanneman (2001), a centralidade de grau mede a quantidade de ligações de um ator. Quanto mais ligações um ator possui, maior são as suas oportunidades de escolha, maior a sua autonomia em relação aos outros e conseqüentemente maior o seu poder. De acordo com os dados apresentados na tabela 4, podemos verificar que a *centralization (indegree)* correspondente ao caso x e caso t é respetivamente 77.663% e 63.000% o que significa que, o doente como ator apresenta na generalidade um nó de prestígio, pois é objeto de muitos relacionamentos, na medida em que é receptor destes relacionamentos.

O Grau de *centralidad (degree)*, é uma medida de atividades na rede. O doente tem uma alta centralidade de grau na medida em que está directamente conetado a muitos outros *alteri*. Mostrando uma alta coesão, pois o *ego*, por definição, está conetado praticamente com todos os *alteri* da rede.

Um grafo (uma rede) tem uma alta centralidade de grau na medida em que existe uma ampla variabilidade do ponto de vista da centralidade de grau entre os *alteri*. Uma rede em estrela, na qual um alter é o intermediário para todos os *alteri*, estaria centralizada em 100%. Uma rede em que todos os *alteri* têm o mesmo número de relações na rede, corresponderia a um grafo com uma centralidade de grau 0.

A densidade é uma medida das relações em toda a rede, enquanto que a centralidade é uma medida da coesão na rede.

6. CONCLUSÃO

As redes sociais referem-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa. Em contra partida a rede de apoio social visa uma ajuda concreta à pessoa, conseqüentemente não se trata de recursos abstratos, estes são mobilizados como apoio no cuidado e na proteção à saúde.

Numa dimensão micro social refletida neste estudo, o recurso à análise de redes sociais colocou em evidência os níveis de relacionamento entre o doente e a sua rede de apoio social, realçando os constrangimentos estruturais da ação coletiva e poderá permitir a definição de estratégias de rentabilização dos recursos humanos e materiais.

A Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à dependência, define-a como um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária²³. As “Atividades da Vida Diária” (AVD) e as “Atividades Instrumentais da Vida Diária” (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos autocuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão²⁴ de plenos direitos. Por outro lado, alguns autores têm considerado que existe um "universal cultural" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger, 1993)²⁵. Estando aqui presente e justificado o direito do doente a uma rede de apoio que sustente todas estas necessidades e direitos.

²³ União Europeia (UE), Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência, 1998.

²⁴ T. H. Marshall define cidadania como o status concedido aos membros de pleno direito de uma comunidade. Os seus beneficiários são iguais quanto aos direitos e obrigações que implica. Com Marshall (Citizenship and Social, 1950), ocorre o primado da "cidadania como um direito social", visão mais ampla que a mera conceção de cidadania política do século XIX.

²⁵ Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998

As questões da autonomia versus dependência, revestem-se assim, cada vez mais de atualidade, sendo grande o debate ao nível europeu sobre os fins e os meios da proteção social face à dependência. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas.

O estudo que se apresenta não tem a pretensão de se constituir numa análise aprofundada sobre as questões da rede de apoio social, permite refletir sobre esta temática, colocando em evidência a responsabilidade social e económica das redes sociais de apoio e a não participação do estado como ator social na rede de apoio social, visto na perspetiva do doente pós SCA.

Trata-se de um trabalho exploratório, não permitindo fazer generalizações, portanto não é de carácter conclusivo. O estudo de caso, não pretendendo retirar conclusões para outros grupos, no entanto dá visibilidade da fraca rede formal dos doentes internados no serviço de cardiologia. Situação que em Portugal é ainda atenuada pelo peso tradicional das redes informais. Estas redes de apoio revestem-se de uma importância acrescida para os doentes, na medida em que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigações recíprocas, leva o indivíduo a escapar ao isolamento e ao anonimato.

A rede informal, ancora na família ou vizinhos, para os doentes que integraram o estudo esta rede continua ativa não existindo ainda como noutros países, um problema de solidariedade intergeracional. A rede formal é baseada essencialmente nos apoios públicos privados, em espécies pelos lares e centros de dia. Devidas as mutações sociodemográficas, com o isolamento da família nuclear, irão surgir consequências nas redes sociais de apoio, o que poderá condicionar num futuro próximo algumas práticas sociais atuais de entreatajuda. Os doentes não podem ser apenas encaminhados para as famílias. Quando os doentes ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que são hoje comuns. Em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de atores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente. (Capucha, 2006).

Quando se colocava a questão “*Quem o deveria ajudar...*” nas quatro dimensões da ajuda, com a finalidade de se perceber na precensão do doente qual a rede ideal nas quatro dimensões da ajuda. É surpreendente como nenhum dos doentes mencionou as unidades e equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Será que os doentes estão adequadamente informados relativamente aos recursos existentes na comunidade. O estudo aponta para a necessidade de uma adequada informação fornecida de forma eficaz sobre os serviços e equipamentos sociais no âmbito das pessoas em situação de dependência, bem como dos benefícios sociais para os doentes e para os familiares que lhes prestam apoio.

Não se tratando de uma investigação ação mas por consequência deste trabalho e na sequência desta evidência, foi realizada uma reunião onde foi envolvido o Diretor de Serviço de Cardiologia, a Enfermeira Gestora do Serviço de Cardiologia e a Assistente Social, onde ficou definido que a Assistente Social iria participar da reunião/visita médica realizada semanalmente nas quintas-feiras. Esta medida tem como finalidade, serem referenciadas e avaliadas todas as situações que careçam de ajuda formal, de informação e encaminhamento quanto aos recursos disponíveis na organização e comunidade. Esta medida como estratégia foi implementada no mês de março, tendo como finalidade a reintegração o mais precocemente possível do doente no seu quotidiano e no seu contexto social. Fazendo uma avaliação não passando no entanto de uma avaliação empírica, desde o mês de março as situações são avaliadas todas as quintas feiras, as famílias são contactadas pela assistente social ou pela enfermeira gestora do serviço de cardiologia no sentido de serem diagnosticadas as necessidades de ajuda formal, e serem informadas quanto aos recursos existentes para em parceria serem definidas os recursos mais adequados para aquela família em concreto. Desta forma pretende-se assegurar os cuidados continuados dos doentes pós SCA, ainda pelo facto da alta hospitalar, ser planeada precocemente, permitiu nalguns casos coincidir a alta clinica com a alta hospitalar.

Em suma, no que concerne aos objetivos específicos ficam notórias as seguintes regularidades na rede:

- Quanto à localização dos atores na rede, verificaram-se redes tipo estrela resultante do posicionamento central do doente, dados espectáveis tratando-se de rede egocêntrica. *Ego* refere-se ao nó central da rede neste caso o doente, o ponto de partida é *ego* assim, a relação com seus alteres deriva de *ego*.

- A rede egocêntrica formou-se através das relações e os limites específicos da rede social do doente não contendo todos os *alteres* que pertençam a *ego* (doente) dentro desta relação em concreto. Verificou-se uma coesão e homogeneidade na rede, colocando os alteres em círculos concêntricos é unanime a presença dos familiares, e vizinhos no círculo junto ao doente, demonstrando um disponibilidade e prontidão no apoio. O doente é central está intensivamente envolvido em relacionamentos com outros atores, seja como transmissor ou como receptor.

- Na identificação dos atores que deveriam estar presentes na rede, os doentes apontaram de forma relevante, na dimensão ajuda na informação prestada ao individuo, a ajuda formal, referindo os profissionais de saúde. Na dimensão ajuda financeira, identificaram o estado como ator que deveria estar presente nesta rede de apoio.

- O padrão de relacionamento é de reciprocidade, e existe como que uma divisão e partilha de papeis, uns atores sociais responsabilizam-se por uma das dimensões de ajuda, enquanto que outros participam noutra dimensão, mobilizando-se esforço no sentido de atender as necessidades do doente.

- Foi identificada a rede de apoio formal e informal através do tipo de resposta do doente. A ajuda informal surge evidenciada na rede de apoio, divisão de responsabilidades, suportada pela família e vizinhos, contrastando com estes dados a ajuda formal é o recurso mais nomeado na rede relativa à ajuda informação prestada ao individuo.

Através das avaliações estruturais, é possível identificar os vínculos do doente e os seus relacionamentos no espaço social, mostrando as redes de apoio social e as funções que desempenham no quotidiano do doente. A compreensão da rede de apoio social do doente pós SCA, permite aos enfermeiros desenvolver intervenções a nível do grupo, da comunidade e da sociedade. Uma planificação eficiente pressupõe uma identificação rigorosa dos problemas e das necessidades (que poderão ser necessidades de ajuda a qualquer nível) que possam advir da nova situação. O número e qualidade, dos membros da rede social em saúde dos doentes devem ser estimulados, principalmente pelos profissionais de saúde, que também devem fazer parte dessa rede. As redes sociais podem considerar-se como recurso terapêutico importante,

pois possibilitam um tratamento direcionado para o projeto de saúde e de vida da pessoa, ampliando as intervenções de cuidados.

Por meio da metodologia de redes, as comunidades organizadas buscam melhorar as condições de saúde, que podem ser concretizadas na perspectiva de promover apoio social através da troca de experiências e informação das ofertas de serviços e cuidados de saúde.

Resumidamente saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um bem estar físico, mental e social, envolve a construção social o desenvolvimento humano integral, os direitos humanos fundamentais e constitui-se como bem público como pre-requisito para o desenvolvimento socioeconômico, fundamental para o desenvolvimento sustentável.

Por último registo algumas limitações para a concretização deste trabalho, estas prendem-se com a limitação do tempo e as pressões para concretizar o planeamento definido. Ao arriscar numa nova metodologia, surgiram algumas dificuldades na utilização da plataforma do *software* Ucinet, assim como no apreender dos conceitos inerentes a esta metodologia.

Em termos futuros, seria pertinente alargar o estudo as outras unidades de saúde, no intuito de compreender outras redes de apoio social para a partir da informação, planear o tipo de recursos adequados. Na linha de pensamento de Fialho (2008) a metodologia ARS está ancorada no estudo da estrutura social como espaço da ação coletiva dos indivíduos e/ou organizações, aspetos que não são lineares de descortinar numa primeira aproximação. A partir deste trabalho outras investigações podem surgir. A representação gráfica pode aplicar-se para obter nova informação, o feedback gráfico gera relações e comportamentos suscetíveis de análise. Por exemplo, a representação das redes pessoais é útil para a entrevista qualitativa posterior dos inquiridos (Molina, 2004). Seria pertinente estudar como percebem os doentes a representação gráfica das suas próprias redes, analisando os comentários dos doentes quando observam o grafo, partindo-se deste ponto para a entrevista qualitativa.

BIBLIOGRAFIA:

Adam P, e Herzlich C. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Edição Edusc. Bauru.

Almeida N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crónicas não transmissíveis. *Ciencias Saúde Colet* . **9**:865-884.

Almeida, J. e Pinto, J. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. Edição Presença, Lisboa.

Barron, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo Veinteuno. España Editores. Madrid.

Baptista, J. (1996). *A ideia de progresso em Thomas Kuhn, no contexto da nova filosofia da ciência*. Editora Afrontamento. Porto.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora. Porto.

Santos, Boaventura. (1977). *Da sociologia da ciência à política científica*. in *separata de Biblos*, Coimbra.

Bolen, J. (2001). *Até ao mais íntimo do ser*. Planeta Editora, Lda. Lisboa.

Brand, J. (1998). *Direcção e gestão de projectos*. 2ª edição, Lider Edições Técnicas. Lisboa.

Carrilho, M. (1994). *O que é Filosofia*. Difusão Cultural. Editora Afrontamento. Lisboa.

Carmo, H e Ferreira, M. (1998). *Metodologias de investigação*. Universidade Aberta. Lisboa.

Castro, I (2005). *Uma ferramenta para análise da comunicação organizacional através de redes sociais*, Tese de Mestrado em redes de computação, Universidade Salvador – Departamento de ciências exatas e de comunicação. Salvador.

Casttels M. (1997). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Fin de milenio*. Vol 3, Alianza Editorial. Madrid.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, **104**:300-314.

Chor, D. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pós-saúde: Pré-teste e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*. Vol 17, Julho/Agosto. Acedido em: 29/11/2011, em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102...script=sci.

Claudino, A. (2004). *Estudos das representações da doença, ajustamento emocional e adaptação funcional em pacientes com E.A.M. e angina instável*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Évora. Évora.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, **38**:300-314.

Dalgard, S. e Haheim, L.(1998). Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **52**: 476-481.

DGEEP/MTSS (2007). *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos*. Relatório 2005, DGEEP/MTSS, Lisboa.

Framingham study shows parents who live long pass on lower risk of cardiovascular disease. U.S. Department of Health and Human Services. Acedido em: 2/4/2012, em: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/Framingham/>.

Faria, C. (1999). *Comunicação e bem-estar no limite do século XXI*. Vol 1 e 2. Universidade de Coimbra. Coimbra.

Ferreira, T., Guerreiro, M. e Ribeiro, J. (2004). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social em doentes submetidos a revascularização do miocárdio. *Revista Pensar* nº 11, Março 2004.

Ferreira, V. (1986). O Inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. Em: Silva, Augusto Santos, Pinto, José Madureira (eds.), (2009). *Metodologias das Ciências Sociais*. 15ª edição, Edições Afrontamento. Porto.

Fialho, J. (2007). *Análise de redes sociais. Algumas pistas para aplicação à saúde*, Economia e Sociologia, 83, Évora.

Fialho, J (2008). *Redes de Cooperação Interorganizacional. O caso das entidades formadoras do Alentejo Central*. Tese de Doutoramento em sociologia. Universidade de Évora. Évora.

Fidalgo, A. (1992). *Vivência*, In Freitas. Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia. Vol 5, 5º edição, Editora Verbo. Lisboa.

Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação - da concepção à realização*. Décarie Éditeur, Lusociência. Loures.

Fritz, Isabel. (2010). *Dinâmicas e relações intra-organizacionais nos cuidados às crianças/ Adolescentes com diabetes Mellitus tipo I*. Tese de Mestrado em Políticas de administração e gestão de serviços de saúde. Universidade de Évora. Évora.

Ghiglione, R. e Matalon, B. (1992). *O inquérito. Teoria e prática*. Celta Editora. Oeiras.

Gil, António. (1989). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. 2ª edição, Atlas, S. Paulo.

GIL, Ana. (1999). *Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice*. Cadernos de Política Social – Redes e Políticas de Solidariedade, APSS. Lisboa.

Golmen, D. (1997). *Inteligência emocional*. Editora Temas e debates. Lisboa.

Golman, D. (2011). *Inteligência social. A nova ciência do desenvolvimento humano*. Editora Temas e debates. Maia.

Gouveia, J. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio*. Acedido em: 27/06/2012, em: repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/588.

Hanneman, R. e Riddle, M. (2005). *Introduction to Social Network Methods*. Riverside, CA: University of California, Riverside. California.

Hanneman, R. (2001). *Introducion to social network methods*. (versão em espanhol). Acedido em: 02/04/2012, em: [http:// www. Redes-sociales.net/](http://www.Redes-sociales.net/).

Kuhn, T. (1972). *The Structure of Scientific Revolutions*. 2ª edição, Chicago University Press. Chicago

Kuhn, T. (1975). *La estrutura de las revolutiones científicas, Trad de agustín contín*. Ed. Fundo de Cultura Económica. Madrid.

Kuhn, T. (2012). *O desenvolvimento da Ciência em Thomas Kuhn*. Acedido em: 07/02/2012 em: www.fernandosantiago.com.br/teia13.htm.

Kuhn, T. (2010). *Os paradigmas de Thomas Kuhn*. Acedido em: 01/02/2012 em: antoniocicero.blogspot.com/.../os-paradigmas-de-thomas-kuhn.html.

Kumar, V., Cotran, S. e Roblins L. (2003). *Basic pathology*. 7ª edição, Saunders. Filadélfia.

IDS. (2002). *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, Instituto para o Desenvolvimento Social, Lisboa.

Lazega, E. (2004). Racionalidad, disciplina social y estructura. *Redes- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, Vol. 5, Jan./Fev. Acedido em: 08/10/2011, em: <http://revista-redes.rediris.es>.

Lima, C. (2007). Avaliação Global do Risco - Aplicação do Sistema Score. *Revista fatores de risco*, jan./Mar. **4**: 86-94.

Marques, M. (2003). A Dialéctica do medo num contexto de comunicação humana, o medo do doente coronário no Hospital. *Pensar enfermagem*. **7**: 8-12.

Marteleteo, R. (2001). Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. 30 edição, Ciência da informação. Brasília

Martins, R. (2004). *A relevância do apoio social na velhice*. Acedido em: 28/09/2011, em: www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf.

Martinho, C. (2003). *Redes – Uma introdução da conectividade e da auto-organização*. 1ª ed. WWF, Edição Rebeca Kritsch. Brasil.

Matos, A. e Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a fiabilidade. *Psiquiatria clinica*, 21. **3**: 243-253.

McNally, S. e Newman, S. (1999). *Objective and subjective conceptualizations of social support*. nº 46, Psychosomatic Research. Paris.

Meleis, Alaf. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. 2ª edição, Lippincott. Philadelphia.

Meleis, A. e Schumacher, K. (1994). Transitions: A Central concept in nursing, image. *Journal of nursing scholarship*, nº 2, summer, **26**.

Minayo, M. (1991). Um desafio sociológico para a educação médica. *Rev Bras Educ Méd*, **15**.
Acedido em: 07/01/2012, em: rilvalopes.wordpress.com/.../o-processo-saude-doenca-e-um-fenomeno-social/.

Minkler, M. (1985). Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Outreach Project. *Health Educational Quarterly*, **12**:303-314.

Molina, J. (2001). *El análisis de redes sociales. Una introducción*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

Molina, J. e Maya, J. (2010). Elementos para el trabajo en red. Apuntes desde el análisis de redes sociales. *Redes, revista hispana para el análisis de redes sociales*. **Vol especial**: 8-16.
Acedido em: 06/03/2012, em: <http://revista-redes.rediris.es>.

Navalhas, J. (1998). Crise de Suporte Social. *Revista de psiquiatria*, **11**: 24-32.

Paúl, M. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Pires, M et al (2010). Questionário de estilos parentais para pais: Validação preliminar. Em: *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 4 a 6 de Fevereiro 2010. Lisboa.
Acedido em: 04/03/2012, em: www.actassnip2010.com/conteudos/actas/MetInV_1.pdf.

Portugal, S. (2005). Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Em: *Simpósio, Família, redes sociais e saúde*. Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo. Hamburgo.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª edição, Gravita. Lisboa.

Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Revista Sociologias*. **4**:156-175.

Reale, G e Antiseri, D. (1988). *Historia del pensamiento filosofico y científico*. vol 3, Trad. De Juan A. Iglesias, Editorial Herder. Barcelona.

Recuelo, R. (2006). Dinâmicas de Redes Sociais no Orkut e. Capital Social. *UNI revista* - Vol. 1, nº 3, julho. Acedido em: 31/10/2011, em :www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_daCunha.PDF.

Ribeiro, J. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social. Análise psicológica*. Pergaminho. Lisboa.

Ribeiro, L. (1998). *Comunicação global – a magia de influência*. Pergaminho, 145. Lisboa.

Rosa, C., Benício, D., Alves, P. e Lebrão, L. (2007). *Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo*. Cad Saúde Pública 2007. São Paulo.

Silva, A. e Pinto, José, M (orgs). (2009) *Metodologias das Ciências Sociais*. 15ª Edição, Edições Afrontamento. Porto.

Silva, C. (2011). Análise de redes sociais dos serviços de saúde: A ação organizada das organizações de serviços de saúde e sociais no apoio a criança com doenças crónicas. Em: *XI Congresso Luso Brasileiro de Ciências Sociais Salvador*. Universidade Federal da baia (UFBA) PAF I e II, 7 a 10 de Agosto de 2001, Campos de Ondina. Acedido em: 10/01/2012, em: www.xiconlab.eventos.dype.om.br/.../1306797716_ARQUIVO_Final_CSJFJS_Artigo_estudo_diabetes_f.pdf,

São José, J. e Wall, K. (2006). *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções*, Cadernos Sociedade e Trabalho VII – Protecção Social, MTSS/DGEEP, Lisboa.

Requena Santos, F. (2008). *Redes sociales y sociedad civil. Monografías, 256*. 1ª edição, Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

Requena Santos, F. (1996). *Redes sociales y cuestionarios. Cuadernos Metodológicos, 18*. 1ª edição, Centro de Investigações Sociológicas. Madrid.

Thelan, Lynne, et al. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção*. 2ª edição, Lusodidacta. Lisboa.

Thiollent, Michel (1985). *Metodologia da ação – Pesquisa*. Editora Cortez. S. Paulo.

Tilltson, T. e Smith, M. (1996). Lomis of control, social support and adherence to the diabetes regimen. *Educ*, **22**: 133-139

Tomey, Ann. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos de Enfermagem)*. 5ª edição Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda. Lisboa.

Vaux, A. (1998). *Social support. Theory, research, and intervention*. Praeger. New York

Vaz Serra, A (1999). *O Sress na vida de todos os dias*. Coimbra.

Vincent, L. e Ouimet, M. (2008). *Análise estrutural das redes sociais*. Editora Piaget. Lisboa.

Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida. (1998). (WHOQOL). Acedido em: 18/02/2012, em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html,.

Wassermann, S. e Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge University Press. New York.

Weinberger M et al. (1987). Assessing Social Support in elderly adult. *Soc. Sci Med*, **25**: 1049-1055.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de Caso - Planejamento e métodos*. 4ª edição, Bookman. Porto Alegre.

ANEXOS

Anexo I - Questionário

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Pedido de autorização para aplicar o questionário

Anexo IV – Autorização da administração do HESE

Anexo V – Quadro caracterização da amostra

Anexo VI - Quadro perfil do apoio para a dimensão ajuda na divisão das responsabilidades para todos os casos

Anexo VII – Quadro distribuição do numero de vezes que os nomes foram mencionados (ajuda formal/ajuda informal) quanto à Rede Real e Rede Total