



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

ANÁLISE DE REDES SOCIAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A ACÇÃO ORGANIZADA DAS ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SOCIAIS NO APOIO A CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÓNICAS

Um estudo sobre a rede intra-organizacional de dois hospitais públicos da Região Lisboa e Vale do Tejo, Portugal

Carlos Alberto da Silva
Univ. Évora, ECS, Dep. Sociologia / CESNova, FCSH-UNL
casilva@uevora.pt

colaboraram no estudo e na elaboração do presente artigo

José Manuel Leal Saragoça
Univ. Évora, ECS, Dep. Sociologia / CESNova, FCSH-UNL
jsaragoca@uevora.pt

Joaquim Manuel Rocha Fialho
Univ. Évora, ECS, Dep. Sociologia
jfialho@uevora.pt

Isabel Maria de Sousa Koch Fritz
Hospital D. Estefânea, Lisboa
Mafalda Isabel Carço Fortuna Silva
Hospital N. Sra Rosário do Barreiro

INTRODUÇÃO

A problemática das crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 surge por força da constatação de um aumento significativo do número de casos todos os anos, bem como da percepção de que, como doença crónica que é, os cuidados a esta população deverão ser objecto de um planeamento concertado e alvo de bastante atenção por parte de todos, sob pena de comprometer a sua saúde.

A reduzida aplicação da análise de redes sociais em Portugal em geral e, no caso particular da saúde, deixa em aberto um campo de investigação multidimensional.



Numa dimensão macro social, a aplicação da teoria dos grafos para mapeamento de relações intra-organizacionais nos serviços públicos de saúde, pode funcionar como uma ferramenta poderosíssima na identificação de estrangulamentos na oferta dos serviços. Por outro lado, o mapeamento de redes inter-organizacionais entre várias unidades, são alguns dos campos que podem beneficiar da utilização da análise de redes sociais.

Na dimensão micro social, o recurso à análise de redes sociais porá em evidência os níveis de relacionamento entre os profissionais de saúde, realçará os constrangimentos estruturais da acção colectiva organizacional e permitirá a definição de estratégias de rentabilização dos recursos disponíveis.

Foi nesta dimensão micro social, e partindo da escassez de trabalhos de investigação que cruzem a metodologia de análise de redes sociais e a sua aplicação no campo da saúde que, nos últimos em particular durante os anos de 2009 e 2010, os autores desenvolveram os trabalhos que sustentam este artigo. Esta necessidade surgiu da constante percepção da carência de articulação dos diferentes elementos que prestam cuidados à criança/ adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1, bem como da observação em contexto de trabalho da existência de uma interacção entre os mesmos. Com efeito, o estudo da rede social que engloba os cuidados a esta população tornou-se assim pertinente no sentido em que poderá permitir uma “optimização” da mesma, obtendo-se contributos fundamentais para uma melhoria na gestão da qualidade dos cuidados.

Abordar a temática das dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1, remete-nos assim para o objectivo major da sua identificação no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população. Por outro lado, para além da identificação das dinâmicas intra-organizacionais, procurámos estabelecer comparações entre duas unidades de saúde, que prestam cuidados idênticos, apenas separadas pelo Rio Tejo. Sendo Região de Lisboa e Vale do Tejo uma referência na implementação dos cuidados de saúde a nível da doença crónica e em Diabetes, o nosso objectivo centrou-se, para além da identificação das regularidades de interacção em cada hospital, no estabelecimento de comparações entre dinâmicas e práticas de articulação dentro de cada serviço.



A Diabetes enquanto doença crónica, precisa necessariamente de uma intervenção consistente por parte dos profissionais de saúde e pressupõe um planeamento concertado e alvo de bastante atenção por parte de todos profissionais, sob o risco de comprometer a saúde desta população. É pois necessário o envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar, cujas relações de cooperação adquirem neste contexto um papel fundamental sendo, para o efeito, a análise de redes sociais a metodologia que melhor se adequa.

1. DIABETES MELLITUS: UMA ABORDAGEM ENQUADRADORA

1.1 CONCEITOS E TIPOS DE DIABETES

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica “que resulta da deficiente capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia – a glucose” (APDP, 2005, p.3). Para que a glucose possa ser utilizada como fonte energética é então necessária a presença de insulina (produzida na células β dos Ilhéus de Langerhans do Pâncreas) para a transportar para o interior das células do organismo. Quando não existe produção de insulina ou existem alterações na produção ou acção desta ocorre a hiperglicémia (aumento de glucose no sangue), que quando não tratada produz graves consequências para o organismo humano (APDP, 2005). Na hiperglicémia prolongada surge, como principal complicação, a cetoacidose, que requer imediata hospitalização, podendo evoluir para coma ou morte quando não diagnosticada e tratada atempadamente (Saparapani & Nascimento, 2009).

Existem vários tipos de Diabetes Mellitus, ou seja, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos de diabetes. A Diabetes tipo 2, também conhecida como Diabetes Não-Insulino Dependente, tem uma predominância hereditária e ocorre em indivíduos que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados, “stress”, peso excessivo ou obesidade, falta de exercício físico, ou que consomem calorias em doces e/ou gorduras em excesso comparativamente com o que o organismo gasta na actividade física. Têm, com frequência, hipertensão arterial, hipercolesterolémia ou hiperlipidemia associados à Diabetes. A Diabetes Gestacional é um tipo de doença que surge em grávidas que não tinham patologia prévia antes da gravidez e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Os outros tipos de Diabetes, como por exemplo tipo



MODY, são uma situação rara que aparece maioritariamente em adultos jovens ou crianças e se caracteriza por uma mutação genética que causa alterações ao nível da tolerância à glicose (APDP, 2009a).

A Diabetes Mellitus tipo 1, também designada como diabetes insulino dependente, atinge maioritariamente as crianças e adolescentes, podendo também aparecer nos adultos. Neste tipo de diabetes, “as células β do pâncreas deixam de produzir insulina, pois existe uma destruição maciça destas células. (...) Estes diabéticos necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida” (APDP, 2005, p.4). Segundo a Internacional Diabetes Federation, em 2007, 0.02% da população total mundial, entre os 0 e os 14 anos, tinham diabetes, o que significa que em todo o mundo, 440 000 crianças têm diabetes, sendo diagnosticados 70 000 novos casos em cada ano (Hanas, Donaghue, Klingensmith, & Swift, 2009).

Segundo dados de dois estudos (DIAMOND da OMS e EURODIAB), a incidência de Diabetes tipo 1 em Portugal, na década de 90 situar-se-ia entre 5 e 9,9 casos em cada 100 000 habitantes por ano. Por outro lado, dados do Inquérito Nacional de Saúde, constataram uma prevalência de Diabetes tipo 1 em 1999 de 4.7% e em 2006 6.7%, verificando-se assim uma tendência crescente, estimando ainda para 2007 uma percentagem de 8.2% e para 2025 de cerca de 9.8% (DGS, 2007).

O objectivo primordial do tratamento da Diabetes tipo 1 é

“manter o açúcar (glucose) no sangue o mais próximo possível dos valores normais (bom controlo da diabetes), de modo a: sentirem-se bem, isto é, sem nenhuns sintomas; prevenir o desenvolvimento das manifestações tardias da diabetes – doença nos olhos, rins, perda de sensibilidade e má circulação dos membros inferiores e doenças cardiovasculares (enfartes do miocárdio e trombozes cerebrais); diminuir o risco das descompensações agudas – hiperglicémia e cetoacidose” (APDP, 2009b, p.1).

Assim, o tratamento engloba um conjunto de componentes interligados entre si, ou seja, o uso de insulina, alimentação adequada, exercício físico e educação da pessoa com diabetes (auto-vigilância e auto-controlo) (APDP, 2009b). Cabe ao sistema de saúde a implementação de estratégias que se apoiem nestes doentes e neste tipo de doenças crónicas, cujos custos para a sociedade são bastante elevados (Guerra, 2006).



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

Sendo uma doença crónica e desenvolvendo-se na sua maioria na infância, a diabetes tipo 1 acarreta uma vigilância a um tratamento muito prolongados, com inúmeras complicações associadas que se poderão tornar mais graves consoante o adequado ou não tratamento e vigilância destes doentes. O sistema de saúde em geral e as organizações e profissionais de saúde em particular, assumem assim uma importância primordial no sentido da prevenção e controlo da doença, bem como na melhoria da qualidade de vida destes doentes.



1.2 DOENÇA CRÓNICA E QUALIDADE DE VIDA

Após esta diferenciação da Diabetes, importa fazer uma curta abordagem à temática da doença crónica e consequente afectação da mesma na qualidade de vida dos utentes que a possuem.

Assim, segundo a OMS, as doenças crónicas são aquelas que possuem uma longa duração e têm geralmente uma progressão lenta. Com efeito, esta organização referencia também que doenças crónicas como Doenças Cardíacas, Enfarte do Miocárdio, Cancro, Doenças Respiratórias Crónicas e Diabetes, são as principais causas de morte no mundo, representando cerca de 60% de causas de morte (Organização Mundial de Saúde, 2009).

A definição de doença crónica não é unívoca, contudo e fazendo a ponte entre doença crónica e qualidade de vida,

“de um modo geral aceita-se que são doenças sem cura ou de tratamento muito prolongado que impõem ao sujeito doente muitas mudanças no estilo de vida de modo a poder conviver diariamente, minuto a minuto, com a doença, mantendo uma qualidade de vida elevada” (Ribeiro et al.,1998 p. 91).

A Diabetes Mellitus inserindo-se dentro deste grupo de doenças, apresenta assim elevados custos, tanto para o doente como para o Sistema Nacional de Saúde, devendo pois ser alvo de uma atenção particular e de uma intervenção consistente e adequada. Não só para a criança/ adolescente como também para os seus familiares ou cuidadores, esta doença crónica acarreta mudanças importantes da vida quotidiana de ambos, sendo que a sua qualidade de vida será sempre um foco primordial da atenção de todos os profissionais de saúde que deles cuidam.

Com efeito quando nos deparamos com uma criança/adolescente com doença crónica, torna-se necessário ter sempre presente que algumas fases da doença são mais previsíveis e outras mais incertas, sendo que todas acarretam grande impacto para a criança e família. Uma doença crónica como a diabetes

“implica modificações na vida da criança/adolescente e sua família, exigindo readaptações face à nova situação e estratégias para a enfrentar. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que eles se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio” (Vieira & Lima, 2002, p. 553).



Por ser uma doença que afecta as 24 horas do dia de uma criança e adolescente, bem como da sua família, esta tem uma influência substancial na sua qualidade de vida (Hanas, 2007). Com efeito, um acompanhamento que dê ferramentas ao próprio doente e sua família na gestão da sua doença tem como objectivo major uma maior adaptação à mesma, tornando-a compatível com um estilo de vida igual ao das crianças ditas “saudáveis”, com conseqüente melhoria da qualidade de vida das mesmas.

Neste sentido, há que ressaltar que quanto melhor o controlo da doença maior a qualidade de vida da criança e do adolescente. Num estudo realizado por Hoey e colaboradores (citado por Hanas, 2007), em 17 países, incluindo 2101 adolescentes com idades entre os 10 e 18 anos, um valor de glicémia médio (HbA1C) mais baixo e dentro dos padrões desejáveis estava associado a uma melhor qualidade de vida (na opinião dos próprios adolescentes), sendo o oposto também verificável, isto é, para valores mais elevados uma pior qualidade de vida.

De forma a promover uma melhor qualidade de vida aos portadores desta doença crónica, bem como aos seus principais cuidadores, cabe aos profissionais de saúde a promoção de cuidados de saúde de elevada qualidade, adaptados à realidade de cada utente, de forma a minimizar os impactos da doença no quotidiano e desenvolvimento naturais da criança e adolescente. Assim,

“os profissionais de saúde têm um importante papel para ajudar a criança e a sua família a desenvolver a sua capacidade de viver ou tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, através da normalização de experiências e da promoção de habilidades de adaptação” (Souto, 2008, p.9).

Uma adequada gestão da doença (conceito que de seguida será abordado de forma mais aprofundada), permitirá à criança/adolescente uma plena integração tanto a nível escolar como familiar, de forma a assegurar o pleno desenvolvimento das suas competências e capacidades.

“Perante uma sociedade, cada vez mais exigente e com direito a sê-lo, o caminho é a prossecução do objectivo da qualidade de vida, onde a saúde da criança diabética depende do resultado de uma série de estratégias e políticas relacionadas entre si e que cada vez mais terão que fazer parte de todas as instituições e profissionais de saúde, através de um processo de consciencialização pessoal e profissional” (Souto, 2008, p.9)



Em suma, por ser uma doença crónica e por isso mesmo arrastada no tempo, a qualidade de vida das crianças e adolescentes bem como da sua família poderá estar consequentemente em risco. Somente com uma adequada gestão da doença e atenção particular de todos os profissionais de saúde a esta temática, poderá esta população conviver adequadamente com a doença, vivendo com a Diabetes e não para a Diabetes.

1.3 A GESTÃO DA DOENÇA

O conceito de Gestão de Doença Crónica surge de forma a dar resposta e a abarcar este tipo de doenças crónicas. Este conceito surge pela primeira vez em 1993 com a Consultora Boston Consulting Group, associado à indústria farmacêutica. Contudo, somente em 1997, a criação da Disease Management Association of America vem sistematizar o conceito de gestão de doença definindo-o como “um sistema coordenado de intervenções e de comunicações para populações com condições em que os esforços de auto-cuidado do doente são significativos” (DMAA, 2009).

O conceito de Gestão de Doença Crónica envolve assim um conjunto de seis componentes: processos de identificação de populações; guidelines práticas baseadas na evidência; modelos de prática colaborantes que incluam médico e prestadores de serviços de apoio; educação do doente para a sua auto-gestão (devendo incluir a prevenção primária, programas de modificação comportamental e de adesão/vigilância); gestão, avaliação e medição de indicadores de processo e de resultados; relatórios de rotina/informação de retorno (devendo incluir comunicação com o doente, médico, plano de saúde, serviços auxiliares e perfis de prática) (DMAA, 2009; Guerra, 2006a; Guerra, 2006b).

Com efeito, a gestão da doença crónica inclui e suporta

“apoios ao plano de cuidados e à relação médico doente, ênfase na prevenção de exacerbações e complicações utilizando guidelines práticas baseadas na evidência e estratégias de empowerment dos doentes, avaliação de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objectivo de melhorar a saúde global” (Guerra 2006b, p.1).

A abordagem do conceito de Gestão de Doença Crónica

“organiza uma variedade de serviços à volta de uma doença ou combinação de doenças que coexistam num mesmo indivíduo e que esta organização e



coordenação elevam o nível dos cuidados que essa pessoa recebe. Não basta, por isso, acrescentar componentes aos já existentes” (Guerra, 2006b, p.2).

Encontrando-se também definidos critérios para inclusão de doenças em programas de Gestão de Doença Crónica em Portugal, a Diabetes enquanto doença crónica cumpre esses mesmos critérios de selecção devido a:

“os doentes de altos custos podem ser identificados facilmente através do padrão de utilização dos fármacos e de serviços (...), ou, mais modernamente através de modelos preditores da estratificação de risco, (...); disponibilidade de guidelines clínicas práticas consistentes com recomendações nucleares que se aplicam tanto a crianças com a adultos diabéticos e que são baseadas na evidência; medidas de resultados validadas (p.ex., admissões hospitalares, visitas a Serviços de Urgência) que podem ajudar a medir a efectividade das intervenções disponíveis; programas de comunicação disponíveis e que a evidência demonstra que funcionam no tratamento da diabetes; material de educação estruturada do doente, em abundância, tanto quantitativa como qualitativa; a informação de feedback necessária para a modificação comportamental dos prestadores de cuidados de saúde pode ser gerada facilmente” (Guerra, 2006a, p.23).

Neste contexto, a Direcção Geral de Saúde de Portugal elaborou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), em Novembro de 2007, com o objectivo do desenvolvimento de estratégias que visem

“obter o conhecimento epidemiológico da diabetes, a sua distribuição na população portuguesa, para ser reforçada a capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e serem melhorados os modelos de boas práticas na gestão da doença e para ser reduzida e incidência de diabetes e das suas complicações” (DGS, 2007, p.6).

Já existindo desde a década de setenta o Programa Nacional de Controlo da Diabetes português foi actualizado em 1992 e revisto em 1995, e foi assumida, em 1998, a necessidade de nova revisão do mesmo de forma a permitir uma aproximação ao modelo de gestão integrada da diabetes e estabelecimento de parcerias com todos os intervenientes no processo de vigilância da doença (DGS, 2007).

Neste PNPCD as estratégias de intervenção em saúde devem assentar numa sólida infraestrutura de saúde, de forma a garantir:

“profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar; disponibilidade de



tecnologias de informação, que facilitem o acesso atempado a informação indispensável à gestão do Programa; resposta organizativa das chefias dos serviços prestadores de cuidados de saúde” (DGS, 2007, p.7).

Neste contexto, este plano emana um conjunto de estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação cujo objectivo major é a promoção da qualidade da prestação de cuidados à pessoa com diabetes, melhorando a sua qualidade de vida, diminuindo os custos da doença tanto para o próprio indivíduo como para o sistema de saúde (DGS, 2007).

A International Diabetes Federation (IDF), na auditoria a 30 países membros da União Europeia realizada em 2008, também referencia o PNPCD e ressalta o seu valor e importância como política de saúde, bem como algumas políticas que melhoraram o acesso aos cuidados de saúde e formas de tratamento e auto-controlo da doença para os utentes. Contudo, citando Correia, apesar do Programa Português ser provavelmente o melhor programa de toda a Europa, existem ainda alguns problemas na implementação do mesmo (IDF, 2008).

No mesmo documento, que teve como principais incidências a prevalência da Diabetes, custos com a doença, existência de programas / políticas de saúde e ainda o acesso aos cuidados de saúde, encontram-se alguns dados interessantes que importam referenciar. Com efeito, os países com maior taxa de prevalência da doença são Alemanha (11,8%), Áustria (11,1%) e Chipre (10,3%) enquanto os que têm menor taxa são o Reino Unido (4,0%), Bélgica (5,2%) e Irlanda (5,6%). Contudo, e comparando com relatórios anteriores, existem pelo menos 13 países membros em que esta taxa de prevalência está a aumentar em mais de 9% (IDF, 2008). De notar que os números reflectem as idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Na verdade, embora não existam referências à idade pediátrica os mesmos reflectem de forma significativa o reflexo da doença e das políticas de saúde nos respectivos países.

Relativamente à existência de programas / planos de saúde, segundo o mesmo relatório, existem ainda 16 países que não possuem nenhum programa, alguns dos quais com elevadas taxas de incidência da doença. Contudo, relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, este na generalidade é considerado bom e satisfatório em todos os países analisados, embora com tendência a tornar-se mais restritivo devido aos cortes orçamentais na área da saúde na grande maioria destes países (IDF, 2008).



Por ser o país com menor taxa de incidência e possuidor de um programa de saúde para a Diabetes, importa agora fazer uma breve referência às políticas adoptadas pelo Reino Unido, como forma de contextualizar a “comparação” com a realidade de Portugal. Assim, neste país desde 2001 que existe o “National Service Framework for Diabetes” que, com algumas revisões posteriores, tem como objectivo primordial dar às pessoas com diabetes a capacidade de gerir a sua doença, adoptando para isso políticas de prevenção e tratamento da doença e complicações futuras (IDF, 2008).

Este programa tem como principais áreas alvo a prevenção da Diabetes tipo 2, educação terapêutica, tratamento dos adultos com diabetes, detecção e tratamento de complicações tardias da doença, sendo que as últimas políticas adoptadas têm o seu principal foco nas crianças e na diabetes tipo 1, diabetes gestacional e especial atenção aos emigrantes de forma a promover um acesso igual para toda a população. De forma a dar resposta aos objectivos do programa existem também inúmeras guidelines de práticas baseadas na evidência que orienta a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde (IDF, 2008).

Após a abordagem das políticas de saúde não só em Portugal mas nos restantes países da Europa, importa agora abordar o que idealmente deverá ser feito para o tratamento e controlo desta doença crónica

Sendo uma doença crónica, que se inicia na infância/adolescência e permanece para toda a vida, quanto melhor for a sua adaptação à doença e controlo da mesma, menos complicações existirão no futuro. Neste sentido, a pessoa com diabetes deve ter uma

“...formação em gestão da diabetes tornando-o capaz de assumir atitudes terapêuticas responsáveis. (...) O tratamento da diabetes assenta na alimentação, insulina e exercício físico. No entanto o grande factor de ligação entre as três componentes do tratamento é a educação do diabético, constituindo este um elemento-chave do tratamento da diabetes” (APDP, 2005, p.161).

A educação terapêutica consiste assim na formação do diabético relativamente aos diferentes elementos necessários ao tratamento da doença, caracterizando-se por uma transferência de responsabilidades para o doente na sua gestão da doença, numa perspectiva de o tornar mais autónomo e parceiro da equipa multidisciplinar (APDP, 2005).



Neste contexto e consoante a idade em que o diagnóstico da doença é feito, a educação terapêutica de uma criança constitui-se um desafio, sendo que a atitude dos pais assume uma importância crítica. São eles que numa fase inicial vão ter que saber gerir a doença, o tratamento e a vigilância, 24 horas por dia, 365 dias por ano (Pina, 2007). Através da educação terapêutica sistemática e programada da criança e família os profissionais de saúde deverão concentrar os seus esforços

“na optimização da qualidade dos cuidados assistenciais de modo a obter um bom controlo da diabetes capaz de prevenir complicações futuras e, simultaneamente, garantir que a criança percorra de modo ajustado todas as etapas do seu crescimento e desenvolvimento psicomotor, social e afectivo”
(Pina, 2007, p.12).

Segundo as novas guidelines emanadas pela Internacional Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), em 2009, os princípios universais da educação terapêutica devem assentar na premissa de que toda a criança/adolescente tem o direito a uma educação estruturada, profissional e compreensível, de forma a permitir que este, bem como a sua família, sejam capazes de assumir o controlo da sua doença (Swift, 2009). Neste sentido, defendem que

“as crianças/adolescentes bem como a sua família devem ter um acesso facilitado e ser incluídos no processo de educação terapêutica; a educação deverá ser oferecida por profissionais que possuam um claro entendimento sobre as necessidades especiais das crianças e família nas suas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento; (...) os educadores em diabetes (médicos, enfermeiros, dietistas e outros) devem ter acesso a treino contínuo e especializado em educação e métodos de educação terapêutica na diabetes”
(Swift, 2009, p.52).

Existem assim, quatro critérios fundamentais num adequado programa de educação terapêutica, que são eles: ser estruturado e acordado por todos, utilizado por educadores treinados, assegurar a qualidade dos cuidados e por último, possibilidade de ser auditado. Para que tal aconteça é necessário que a equipa interdisciplinar possua uma boa articulação entre todos de forma a que a linguagem entre todos seja uniforme (Swift, 2009).

Por fim, estas novas guidelines defendem que os cuidados às crianças e adolescentes deveram ser prestados em regime de ambulatório, em centros com um elevado grau de



especialização e que possua uma equipa solidamente treinada e especializada em diabetes. Também defende que em caso de crianças e adolescentes que vivam muito longe destes grandes centros, estes deveram ter o apoio da equipa de saúde local, mas que esta deverá estar sempre em contacto com os centros especializados de forma a que possa ser apoiada por estes últimos no adequado seguimento dos utentes e sua família (Pihoker, Forsander, Wolfsdorf, & Klingensmith, 2009).

Após o diagnóstico inicial de doença, deverá assim ser implementado um programa de seguimento, que deverá idealmente ocorrer em regime de ambulatório (domicílio, comunidade). Contudo, quando não existir a necessária especialização dos profissionais de saúde em diabetes a nível local, os mesmos deverão usufruir de programas de educação terapêutica e seguimento pela equipa multidisciplinar a nível hospitalar (Swift, 2009).

Assim, a equipa multidisciplinar especialista em cuidados a crianças e adolescentes com Diabetes, deverá incluir, segundo as guidelines emanadas pela ISPAD: Pediatra com especialidade em Diabetes ou Endocrinologia, Enfermeiro especialista em diabetes ou Enfermeiro educador em Diabetes, Dietista ou Nutricionista, Assistente Social, Psicólogo, e por fim e não menos importante a família e a criança/adolescente, como parte integrante da equipa (Pihoker, Forsander, Wolfsdorf, & Klingensmith, 2009).

Por sua vez, segundo a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, a equipa de saúde que acompanha o diabético é constituída por: Pediatra, Especialista em Diabetes, Enfermeiro educador, Nutricionista/Dietista; Psicólogo, Oftalmologista. Poderá também haver apoio de outros especialistas no tratamento, nomeadamente, Cardiologista, Nefrologista, Podologista, Urologista (APDP, 2004).

Com efeito, “a coordenação e integração de todos estes elementos não está, em geral, isenta de dificuldades mas torna-se fundamental para um bom acompanhamento do diabético” (APDP, 2004, p.201). Neste sentido, deverá assim existir uma comunicação e articulação adequadas e eficazes de todos os profissionais da equipa, que deverão partilhar dos mesmos objectivos e regimes de tratamento, sob pena de existir informações contraditórias que irão agravar a doença (Hanas, 2007).

Com efeito, independentemente do local, existe toda uma equipa de saúde multidisciplinar que deverá apoiar o tratamento desta doença, contudo nesta equipa o



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

primeiro elemento será sempre a criança / adolescente com diabetes e sua família que através das suas atitudes e comportamentos são os grandes responsáveis pela sua saúde e gestão da mesma (APDP, 2005).

Em suma, apesar da existência de inúmeras guidelines e políticas definidas não só por organizações internacionais como também pelo sistema de saúde português, o grande desafio consiste na implementação efectiva das mesmas e na mudança ou melhoria dos cuidados prestados a esta população. Não chega definir políticas e procedimentos, importa pois implementá-las e assegurar que os cuidados prestados seguem as linhas definidas, bem como assegurar o adequado acesso das populações aos cuidados de saúde, com igualdade e equidade para todos.



1.4 LÓGICAS DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Numa era de constante desenvolvimento económico e tecnológico e de competitividade cada vez maior entre as diferentes empresas na saúde, uma organização deverá adoptar um modelo de Gestão da Qualidade, “que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho” (Mezomo, 2001, p.47). Segundo Mezomo, “a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria contínua privilegia o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva, a relação de parceria e co-responsabilidade, a diversidade e mudança de pensamento ” (2001, p.53).

Neste sentido, abordar a temática da prestação de cuidados de saúde implica falar em qualidade e melhoria contínua, segurança, eficiência, racionalização, inovação permanente, equidade, centrando sempre nas necessidades do cidadão, com o objectivo da promoção da saúde, prevenção de doença, e reabilitação com qualidade de vida para o utente (Nogueira, 2005).

Os conceitos de Qualidade foram, ao longo dos anos, vastamente discutidos e definidos, destacando-se os contributos dados por quatro “gurus” nesta área. O primeiro a definir qualidade foi Crosby em que para o autor qualidade significava “conformidade com os requisitos”, introduzindo ainda a noção de zero defeitos como padrão de desempenho e a necessidade de fazer a coisa certa à primeira vez (Mezomo, 2001). Por sua vez, Juran define qualidade como a adequação ao uso, isto é, para o mesmo “a adequação ao uso tem duas dimensões: a primeira é o perfil do produto ou serviço que atende às necessidades do cliente (o que afecta a venda) e a segunda é a ausência de defeitos (o que afecta os custos)” (Mezomo, 2001, p.71). Deming define qualidade como a redução nas variações, criticando o zero defeitos de Crosby pois considera que isso seria inatingível e não aceita a definição de conformidade com os requisitos uma vez que não permite à organização a distinção entre qualidade de desenho e qualidade de conformidade, não favorecendo também a inovação na melhoria do processo (Mezomo, 2001). Por último, Avis Donabidean, centrando-se nos aspectos relacionados com a saúde, define qualidade em saúde como

“uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida com a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por



sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes” (Donabidean, citado por Mezomo, 2001, p.73).

Deve-se ainda a Donabidean a “conceptualização dos sete pilares da qualidade: eficácia, efectividade, eficiência, optimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade” (Zanon, citado por Vargas, et al, 2007).

Para além dos contributos dados por alguns *experts* da área da qualidade em saúde, e que introduziram e explicaram este conceitos, existem algumas definições de qualidade que importa ainda referenciar. Assim, Mezomo define qualidade como “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes” (Mezomo, 2001, p.73).

Uma outra definição de qualidade em saúde, também ela bastante pertinente, é a apresentada por Feldman, Gatto & Cunha (2005, p.214), em que os autores definem o conceito como

“um fenómeno continuado de aperfeiçoamento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado do estudo de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero – situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda a acção e gestão da qualidade”.

Os mesmos autores, citando Novaes & Paganini, definem ainda qualidade como

“um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da alta direcção do hospital até aos seus funcionários mais básicos” (Novaes & Paganini, citados por Feldman, Gatto & Cunha, 2005, p.214),

introduzindo aqui a necessidade de envolvimento de todos os participantes no processo da instituição.

Biscaia, num artigo publicado na revista do actual extinto Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), define qualidade em saúde como “um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (Biscaia, 2000, p.8).



Com efeito, após a definição do conceito de qualidade no sector da saúde, importa agora abordar a prestação dos cuidados de saúde e gestão da qualidade dos mesmos. Isto só será possível se a organização de saúde que adoptar uma política de gestão da qualidade dos serviços prestados, com base na avaliação da qualidade dos mesmos e implementação de políticas de melhoria. Segundo, Sousa (2010), uma das finalidades dos sistemas de saúde modernos prende-se com a avaliação dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos. A gestão da qualidade em saúde congrega em si mesma um conjunto de funções, ou seja, segundo Imperatori diz respeito “a um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade” (Imperatori, citado por Sousa, 2010, p.2).

Assim, surge o conceito de Garantia da Qualidade, de forma a assegurar aos doentes a existência de um nível adequado de cuidados (Sale, 2000). Segundo Williamson (citado por Sale, 2000, p.27), “garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medicação”. Por seu lado, para Schamdl, abordando os cuidados de enfermagem para a definição deste conceito, considera que garantia da qualidade é assegurar ao consumidor deste tipo de cuidados, que os mesmos possuem um grau específico de excelência, que advém da necessária contínua medição e avaliação dos cuidados de enfermagem (Schamdl, citado por Sale, 2000).

Por sua vez, este conceito de Garantia da Qualidade dos cuidados de saúde leva-nos à abordagem de outros dois conceitos fundamentais, ou seja, a Gestão da Qualidade Total (GQT) e *Clinical Governance* (Governança Clínica).

A Gestão da Qualidade Total foi desenvolvida nos EUA por Deming e Juran, como uma filosofia empresarial para a melhoria do desempenho de mercado. Com efeito, segundo Sale,

“esta mesma filosofia pode ser utilizada para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, observando-se criticamente o que é realmente necessário para a produção de bens de qualidade ou, neste caso, de serviços. (...) A GQT passa a centrar a atenção não na qualidade praticada por cada uma das profissões ou especialidades, mas sim na organização como um todo” (2000, p.43-44).



Por sua vez, segundo Mezomo (2001), a busca da qualidade não é um processo estático mas sim dinâmico, defendendo a qualidade não como um estado mas sim um processo (busca contínua). Neste sentido, para o mesmo autor a Qualidade Total será assim “um esforço corporativo (compromisso de todos e em todos os níveis) para adequar a estrutura e os processos à produção dos resultados previstos (satisfação dos clientes: internos e externos) e à sua melhoria continuada” (Mezomo, 2001, p.172).

A definição de um serviço nacional de saúde que possua uma filosofia de GQT deverá considerar os seguintes aspectos:

- “A procura activa do ponto de vista do doente e a construção da organização em torno das suas necessidades;
- O incentivo do pessoal a responder positivamente às necessidades e sugestões dos doentes;
- O empenho dos profissionais e da gestão de topo nas questões relacionadas com a qualidade;
- A criação de uma cultura que estimule um amplo envolvimento e devolva responsabilidades à primeira linha do pessoal;
- O treino sistemático do pessoal de modo a equipá-lo com as competências de que necessita para participar na mudança;
- Comunicações efectivas;
- Melhoria contínua com base em medições sistemáticas.” (Sale, 2000, p. 43-44).

Assim, a GQT permite ao hospital ou outra instituição de saúde uma abordagem organizada de monitorização e reforço da qualidade dos cuidados ou serviços prestados, com repercussões na satisfação das necessidades dos doentes (Sale, 2000). Com efeito, o planeamento de um processo de GQT pressupõe assim o enfoque nas necessidades dos clientes e prática de prevenção e auto-correcção dos problemas, através de um esforço contínuo pelo aumento da efectividade organizacional e qualidade dos serviços prestados, com eliminação dos erros e redução dos custos (Mezomo, 2001).

A gestão da qualidade total assume-se assim como um processo que se compõe nas seguintes etapas (Mezomo, 2001): a) Educação para a Qualidade; b) Diagnóstico; c) Planeamento; d) Implementação.

Com efeito, no processo de GQT surge assim a necessidade de elaboração de normas e auditorias de forma a proceder à implementação desta filosofia numa organização de



saúde. Com efeito, não é possível medir a qualidade dos cuidados se estes não forem descritos com exactidão e em termos mensuráveis (Sale, 2000).

Neste sentido, uma norma será assim uma definição válida e aceitável da qualidade dos cuidados, ou seja, a descrição numa terminologia mensurável, dos cuidados prestados, o que é necessário para os prestar e o resultado esperado (Sale, 2000). Com o envolvimento de todos os elementos da equipa de saúde,

“as normas devem reflectir a competência da equipa na prestação de cuidados, e os cuidados específicos requeridos para os doentes de uma área clínica específica. As normas devem ter por base as evidências da prática e devem ser dinâmicas – (...) sempre em mudança” (Sale, 2000, p. 52).

Por seu lado, as auditorias serão assim a forma de avaliar se as normas estabelecidas estão a ser cumpridas ou não, bem como avaliar a necessidade de melhorias. “A auditoria clínica é um sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e, se necessário, introduzir melhorias” (Sale, 2000, p.87). As auditorias permitem assim a revisão das práticas clínicas, análise dos cuidados prestados, os seus defeitos e possibilidades de melhoria, e monitorização dos efeitos desses mesmos cuidados nos doentes (Sale, 2000).

Abordar os conceitos da qualidade e a implementação desta filosofia nas organizações só fará sentido se estivermos a falar na acção organizada e baseada no envolvimento de todos os elementos da organização e do necessário trabalho em equipa multidisciplinar.

“Os cuidados de elevada qualidade não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes. Tem que existir um nível previamente acordado ao qual todos aspiram, de forma a assegurar a recepção, por parte dos doentes ou utentes, de cuidados e serviços de boa qualidade” (Sale, 2000, p. 9).

Após a abordagem do conceito de GQT, torna-se pois pertinente a abordagem do conceito de *Clinical Governance*. Com efeito, “é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica. Este conceito é originário do *National Health Service* (NHS) britânico e tem sido



utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica” (OPSS, 2006, p.16).

Segundo *Royal College of Nursing* britânico, “*Clinical Governace* é um processo que ajuda todos os clínicos – incluindo enfermeiros - a melhorar continuamente a qualidade e as normas de salvaguarda dos cuidados” (*Royal College of Nursing*, citado por Currie, Morrell & Scrivener, 2003, p.7). Este processo envolve a melhoria da qualidade da informação, promover a colaboração, o trabalho em equipa, desenvolvimento de parcerias, bem como reduzir variações na prática implementado o uso da prática baseada em evidência (Currie, Morrell & Scrivener, 2003)

Com efeito, o processo de Governança Clínica implica assim o necessário envolvimento de todos os membros das equipas de saúde, bem como o reconhecimento do contributo de cada um em particular e da equipa no geral para a qualidade final dos cuidados ao paciente. Este processo implica um esforço conjunto das equipas no sentido de identificar aspectos que precisem de ser melhorados e para procurar soluções, exigindo a responsabilização dos profissionais e das organizações prestadoras pelos serviços prestados e disponibilização dessa informação aos utentes. (Roland & Baker, 1999).

Na temática do trabalho em equipa e baseados nos seus princípios já definidos anteriormente, para Currie, Morrell e Scrivener (2003) a Governança Clínica envolve, entre outros aspectos igualmente importantes, dois componentes que importa ainda referenciar neste capítulo, ou seja, o trabalho em equipa e a educação, treino e desenvolvimento profissional contínuo.

Relativamente ao trabalho em equipa, o mesmo requer confiança, comprometimento e respeito de todos os membros da organização, onde a contribuição de todos, bem como dos pacientes envolvidos, é valorizada. Neste sentido, é necessário a presença de uma liderança forte, bons canais de comunicação entre todos, bem como a capacidade de identificar e resolver problemas, de forma a prestar cuidados centrados nas necessidades dos pacientes. Por seu lado, a educação, treino e desenvolvimento profissional contínuo, não abarca somente o desenvolvimento das capacidades técnicas dos profissionais, mas também ajuda-os a trabalhar das mais diversas formas. Estas diversas formas de acção organizada incluem o trabalho dentro da mesma equipa, colaboração com outras disciplinas e profissões, incluindo ainda as chefias e os próprios pacientes. Um bom



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais
Diversidades e (Des)igualdades
Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.
Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

desenvolvimento profissional inclui também a presença de recursos adequados, incluindo a remuneração e protecção no trabalho (Currie, Morrell & Scrivener, 2003).

Contudo, segundo o OPSS (2006, p.18), “em Portugal, a vertente de governação clínica é um conceito ainda escassamente integrado nas organizações e nas profissões prestadoras e torna-se importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português”.

Enquadrar a Análise de Redes Sociais na lógica da rede prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, no HDE, constitui-se uma excelente e pertinente forma de avaliar a qualidade da prestação de cuidados, nomeadamente na vertente da articulação dos diversos elementos da equipa e avaliação do trabalho em equipa.



2. ALGUNS ELEMENTOS PARA COMPREENSÃO DA ANÁLISE DE REDES SOCIAIS NOS ESTUDOS SOCIOLÓGICOS

A análise de redes sociais é considerada essencialmente como metodologia que se debruça sobre o estudo das relações entre entidades e objectos de várias naturezas. Inicialmente, a análise de redes foi aplicada aos sistemas de telecomunicações e informática, circuitos electromagnéticos, sistemas de engenharia (transportes) e sistemas geográficos (estudos sobre bacias hidrográficas). No quadro das relações sociais a análise de redes sociais contribuiu para a compreensão de problemas complexos, designadamente, a integração na estrutura social (macro) e a acção individual (micro) (Degenne e Forsé, 1999).

Desde os estudos «clássicos» sobre análise de redes sociais até aos dos nossos dias, tem ficado evidente que a teoria das redes sociais tem sido utilizada nas mais variadas teorias sociais. Desde os estudos clássicos da antropologia (p.e. Barnes e Both) até aos nossos dias o enfoque das redes sociais tem-se centrado no estudo das relações entre indivíduos em diferentes questões e situações sociais.

A análise de redes sociais não é um fim em si mesmo. Assume-se como o meio para a realização duma análise estrutural cujo objectivo é explicar os fenómenos em estudo. A análise de redes sociais pretende pois evidenciar que o estudo duma díade (interacção entre duas pessoas) só tem fundamento em relação ao conjunto das outras díades da rede, dado que a sua posição estrutural tem necessariamente um efeito sobre a sua forma, conteúdo e função. Deste modo, a função duma relação está dependente da posição estrutural dos elos, e o mesmo se verifica com o status e o papel do actor. Uma rede não se resume como a simples soma das relações, e a forma como é exercida a influência em cada relação (Degenne e Forsé, 1994).

A análise de redes sociais veio estabelecer um novo paradigma ao nível da estrutura social. O estudo dos comportamentos e acções dos actores não se centra nos atributos individuais (idade, sexo, género, etc.), mas sim nas relações que resultam das interacções que são estabelecidas pelos indivíduos uns com os outros. A estrutura é concebida como uma rede de relações e de limitações que influência as escolhas das pessoas, os seus comportamentos e as opiniões individuais. A base fundamental das redes assenta no estudo dos dados relacionais (Wasserman e Faust, 1994; Hanneman,



2000). Este enfoque no estudo das redes assenta nas relações (conexões ou laços), entre objectos (nós, indivíduos ou grupos). Por conseguinte, é lícito referir que no estudo das redes o enfoque se centra no estudo das relações em detrimento dos atributos individuais abordados pela generalidade das ciências sociais.

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. Esta perspectiva é partilhada por Molina (2001) que se reporta a algumas linhas de investigação que sustentaram estudos de ARS no campo da saúde. Entre eles encontram-se os estudos sobre a difusão de inovações entre a classe médica desenvolvidos por Coleman (1966), a relação existente entre a rede social e a saúde preconizada por Kadushin (1982), os estudos de Klovdahl (1985 e 1995), Bernard (1995), Latkin (1995) relativamente aos grupos de risco e assolados por epidemias e a consequente definição de políticas de prevenção; bem como os estudos de Hirdes (1998) sobre os cuidados pessoais como complementares dos serviços institucionalizados de saúde, são alguns dos exemplos da aplicação da análise de redes sociais na saúde.

O mapeamento das redes de acesso à saúde é um campo que se reveste de um enorme potencial de investigação. A nova configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português e as suas implicações nos utentes 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.

A descrição da morfologia das redes, através da utilização da teoria dos laços fortes e fracos de Granovetter (1973 e 1982) veio desencadear, em Portugal, uma investigação sobre o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde.

Esta investigação, cujo mote foi «quem tem amigos tem saúde» (Sílvia Portugal, 2005) veio evidenciar que o acesso à saúde, a escolha entre os serviços oferecidos pelo Estado e pelo mercado resulta duma clivagem. Segundo a autora, o acesso aos serviços público ou privado, estrutura-se em prol de três variáveis:

- Proximidade geográfica dos serviços ao nível da disponibilidade da oferta pública;



- O nível de rendimento familiar;
- As características da rede relacional da família.

Relativamente à articulação entre a proximidade dos serviços e a disponibilidade da oferta pública, o enfoque da clivagem coloca-se entre as zonas urbanas e as zonas rurais desfavorecidas sendo que, nas zonas do interior rural a deficiente cobertura do sistema público implica que as pessoas recorram aos serviços privados como implicação directa da oferta estatal com um mínimo de qualidade. Segundo esta investigação as utilizadoras dos serviços públicos são predominantemente pessoas de baixos rendimentos e sem capacidade para acederem à esfera privada do mercado de saúde. Por último, as características da rede relacional, nomeadamente a opção pelo sistema público ou privado, são amplamente influenciadas pelos laços que constituem a rede de relações sociais da família. Os laços fracos são mais eficazes no serviço público de saúde do que no sistema privado, no qual os laços forte têm uma maior eficácia (Portugal, 2005).

Um outro aspecto colocado em destaque nesta investigação sublinha que quando existe a utilização dos dois sistemas em simultâneo (público e privado) esta utilização desenvolve-se com diferentes padrões de utilização. O sistema público é utilizado para resolver questões de rotina (constipações, viroses de crianças, prescrição de medicamentos que se tomam regularmente, etc.) e o sistema privado para a utilização de especialidades médicas que têm uma imagem negativa nos serviços públicos, que têm enormes períodos de espera e pelas práticas profissionais dos médicos.

3. ALGUNS ELEMENTOS SOBRE A OPÇÃO METODOLÓGICA

Segundo Molina (2001), os inquéritos por questionário são uma das técnicas mais utilizadas em Análise de Redes Sociais (ARS). Para o autor os mesmos podem classificar-se em lista fechada de pessoas, em que é pedido ao inquirido previamente seleccionado que identifique se existe relação e que tipo de relação com cada um dos restantes membros da lista; ou ainda lista livre de pessoas, em que se pede ao inquirido que enumere livremente pessoas com as quais estabelece uma relação (Molina, 2001).

No estudo realizado e desenvolvido no quadro da linha temática da ARS aplicada na área da saúde e coordenada pelos autores nos últimos quatro anos, foi utilizado o



questionário sociométrico com uma lista fechada de pessoas, aplicados aos técnicos que intervêm na prestação dos cuidados de saúde, com o objectivo descrever a rede social que suporta os cuidados à criança e adolescente com Diabetes Mellitus tipo1, importando igualmente perceber o fenómeno no contexto da acção organizada em dois hospitais de Lisboa e Vale do Tejo.

Como objectivo geral procurou-se identificar as dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1 nos dois hospitais de Lisboa e Vale do Tejo, no período compreendido entre 2009 e 2010.

Como objectivos específicos procurou-se:

- a) Identificar a rede de elementos responsáveis pelos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1;
- b) Identificar a tipologia e características das interacções estabelecidas entre os diferentes elementos da rede;
- c) Identificar as potencialidades e limitações existentes nas acções dos diferentes elementos que constituem a rede.

De forma a conhecer a rede prestadora de cuidados nas duas unidades hospitalares foram inicialmente seleccionados os serviços que habitualmente prestam cuidados a esta população, ou seja, o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento (com especialidade de Endocrinologia), Consulta Externa de Endocrinologia, Serviço de Dietética, Psicologia e Serviço Social.

Relativamente aos Médicos que prestam cuidados a esta população foram seleccionados os quatro especialistas existentes que dão apoio ao Serviço de Urgência e ao Internamento e que os seguem em Consulta Externa/Consulta de Diabetes.

Em relação aos Enfermeiros, foram seleccionados alguns dos profissionais dos diversos serviços, excepto na Consulta Externa em que se inquiriu a totalidade dos enfermeiros que aí prestam cuidados. Foram ainda seleccionados os enfermeiros chefes dos diversos serviços do hospital uma vez que serão eles que deverão ter um conhecimento mais aprofundado e global sobre o funcionamento do serviço, bem como devido às suas funções de gestão uma melhor percepção sobre a articulação entre os diversos serviços, uma vez que pelas suas funções deverão estar em contacto permanente com as outras



valências do hospital. Por sua vez, foram também seleccionados os enfermeiros que apoiam a gestão dos serviços em questão, uma vez que pelas suas funções não só de apoio aos enfermeiros chefe, mas também por serem aqueles que habitualmente estão mais relacionados com os pedidos de consumo de materiais e por isso mais em contacto com os Laboratórios que fornecem o material de apoio à monitorização e controlo da doença.

Por último, foram seleccionados os enfermeiros dinamizadores na área da Diabetes, isto é, os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço nesta temática, pois serão eles que formalmente deverão ter um conhecimento mais aprofundado da área, bem como do funcionamento da rede, tendo habitualmente a seu cargo e conjuntamente com a chefia a criação de normas e protocolos de cuidados.

Contudo, relativamente ao Serviço de Internamento (Pediatria), seleccionou-se o enfermeiro que assume não só o apoio à gestão, como simultaneamente é responsável pela formação em serviço na área da Diabetes.

Relativamente à restante equipa multi-profissional, ou seja, Dietista, Nutricionista, Psicóloga e Assistente Social, foram inquiridas aquelas que estão destacadas para a população com Diabetes. Numa das organizações estudadas ainda foi seleccionado um actor externo do centro de saúde que faz a ponte na área da Saúde Escolar.

Com efeito, para análise dos dados e posterior compreensão das dinâmicas e regularidades da rede prestadora foi utilizado o UCINET versão 6.109 para Windows. Este programa, desenvolvido por Steve Borgatti, Martin Everett and Lin Freeman e distribuído por *Analytic Technologies*, trabalha directamente com o programa NETDRAW versão 2.28 para a visualização de redes.

Um suma, pretendeu-se com aplicação da metodologia de análise de redes sociais obter um conhecimento sustentado sobre as dinâmicas intra-organizacionais para posterior definição de propostas de intervenção socio-organizacional, com vista à melhoria da prestação dos cuidados de saúde à criança portadora de Diabetes Mellitus tipo 1.

4. PRINCIPAIS RESULTADOS

As redes sociais surgiram nos últimos anos como um novo padrão organizacional capaz de expressar, através da sua arquitectura de relações, ideias políticas e económicas de



carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas actuais. Tal como já foi referido neste artigo, a análise de redes sociais estuda as relações entre vários elementos, designadamente, pessoas, grupos, organizações, etc., sendo que, com cada tipo de relação se pode construir uma rede diferente. Uma das principais diferenças das análises sociológicas tradicionais que explicam a conduta dos actores em função, por exemplo, da classe social ou profissão, é que a análise de redes sociais se centra nas relações e atributos desses elementos. Quer isto dizer que a matriz que suporta a análise de redes sociais é a estrutura das relações que assumem um carácter explicativo mais significativo que os atributos pessoais dos elementos que compõem um determinado sistema.

Para este estudo, cujo principal objectivo foi identificar as dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1 nos dois hospitais de Lisboa e Vale do Tejo, no período compreendido entre 2009 e 2010, a análise de redes sociais foi, em nosso entender e opção, a metodologia mais eficaz para o mapeamento das dinâmicas intra-organizacionais.

Em termos de densidade, não se registam grandes disparidades na força das relações nos serviços dos diferentes hospitais. No hospital de Lisboa a densidade foi de 0.5000 e no Hospital a Sul do Tejo a densidade foi de 0.3810. Com estes dados, podemos afirmar que as densidades são bastante significativas, principalmente a do Hospital de Lisboa, permitindo associar às redes de apoio que prestam cuidados à com criança com Diabetes Mellitus tipo 1 uma coesão moderada, sinónimo em que o nível de interacção entre a equipa prestadora é relativamente articulado.

Quadro 1 – Densidades das redes intra-organizacionais

Hospital de Lisboa	Hospital a Sul do Tejo
Densidade: 0.5000	Densidade: 0.3810

Relativamente à centralidade dos actores, no Hospital de Lisboa a participação dos actores é desenvolvida em igual proporção. A Sul do Tejo a consulta de diabetes está



muito centrada na Consulta de Diabetes, facto que em muito contribui para uma centralização da rede de forma bastante significativa (66.67%).

Quadro 2 – Centralidade dos actores da rede

Hospital de Lisboa		Hospital a Sul do Tejo	
S. Dietética	4.000	Con_Diab	6.000
S. Internamento	4.000	Inter_Ped	3.000
Consulta Ext.	4.000	Sau_Inf	5.000
S. Social	4.000	Sau_Esc	2.000
S. Psicologia	4.000	Psic	2.000
SUP	0.000	Urg_Ped	2.000
		Nutr	2.000
<i>Mean</i>	3.333	<i>Mean</i>	3.143
<i>Network Centralization</i>	20.00%	<i>Network Centralization</i>	66.67%
<i>Heterogeneity</i>	20.00%	<i>Heterogeneity</i>	17.77%
<i>Normalized</i>	4.00%	<i>Normalized</i>	4.06%

Relativamente à equipa multi-disciplinar do Hospital de Lisboa que presta cuidados junto da criança com diabetes, verifica-se uma proximidade bastante significativa entre os profissionais, situação que indicia uma intervenção mais equilibrada de todos os profissionais no processo. No Hospital a Sul do Tejo, a rede que presta apoio à criança com diabetes está muito dependente da acção da do Serviço de Urgência, cenário que expõe um deficiente participação de alguns profissionais no processo, como a saúde infantil e a consulta de diabetes.

Quadro 3 – Proximidade entre os actores da rede

	Hospital de Lisboa		Hospital a Sul do Tejo		
	inFarness	outFarness		inFarness	outFarness
S. Dietética	10.000	12.000	Con_Diab	6.000	12.000
S. Internamento	10.000	11.000	Inter_Ped	10.000	15.000
Consulta Ext.	11.000	10.000	Sau_Inf	7.000	16.000
S. Social	12.000	12.000	Sau_Esc	11.000	15.000
S. Psicologia	12.000	10.000	Psic	11.000	15.000
SUP	30.000	30.000	Urg_Ped	42.000	10.000
			Nutr	11.000	15.000



Em termos de intermediação, no Hospital de Lisboa, o Serviço de Dietética e a Consulta Externa funcionam como os sectores profissionais com maior facilitação do processo de interacção das redes de prestação de cuidados de saúde. A Sul do Tejo, a Consulta de Diabetes funciona como ponte na rede.

Quadro 4 – Intermediação dos actores na rede

Hospital de Lisboa			Hospital a Sul do Tejo		
	Betweenness	nBetweenness		Betweenness	nBetweenness
S. Dietética	2.000	10.000	Con_Diab	19.500	65.000
S. Intern.	0.500	2.500	Inter_Ped	0.500	1.667
Cons. Ext.	2.000	10.000	Sau_Inf	0.000	0.000
S. Social	0.000	0.000	Sau_Esc	0.000	0.000
S. Psicolog.	0.500	2.500	Psic	0.000	0.000
SUP	0.000	0.000	Urg_Ped	0.000	0.000
			Nutr	0.000	0.000
<i>Network Centralization Index</i>		7.00%	<i>Network Centralization Index</i>		64.72%

Um actor pode não ter um posicionamento central na rede, mas apresentar um nível de influência bastante significativo. Da aplicação do Índice de Poder (*Bonacich Power*), no Hospital a Sul do Tejo, verificamos que não há nenhuma heterogeneidade ao nível da intervenção na rede (todos o actores apresentam o mesmo índice “0”). Inversamente, o Hospital de Lisboa, o Serviço de Dietética e o Serviço de Psicologia apresentam níveis de influência bastante significativos.

Quadro 5 – Índice de Poder na rede

Hospital de Lisboa		Hospital a Sul do Tejo	
S. Dietética	4	Con_Diab	0
S. Internamento	2	Inter_Ped	0
Consulta Ext.	3	Sau_Inf	0
S. Social	2	Sau_Esc	0
S. Psicologia	4	Psic	0
SUP	0	Urg_Ped	0
		Nutr	0

As figuras seguir apresentadas, apresentam o posicionamento dos actores na rede:

Figura 1- Hospital de Lisboa

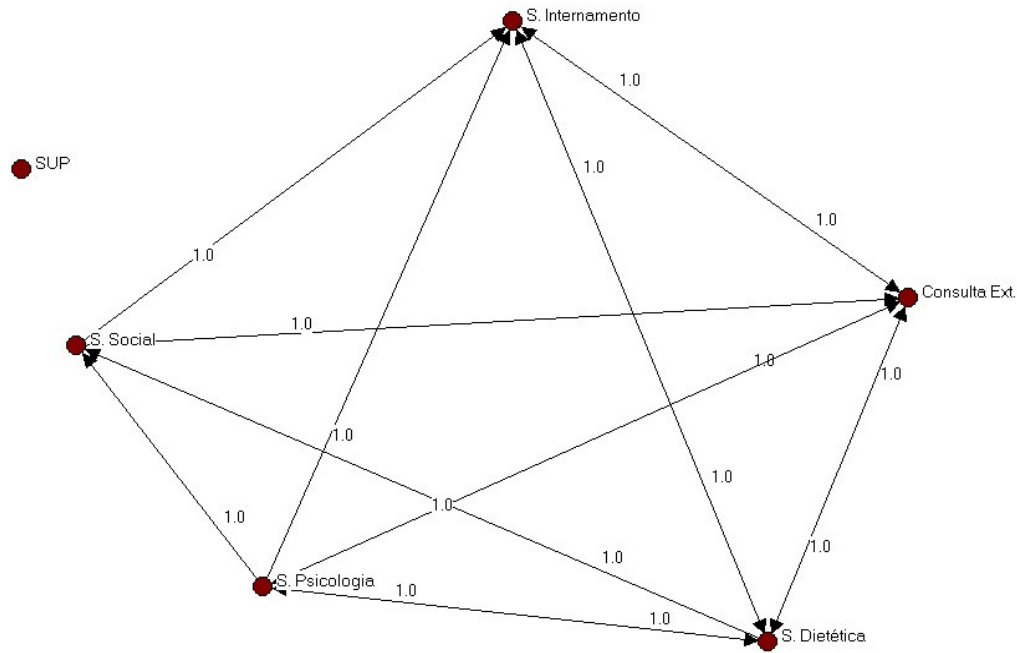
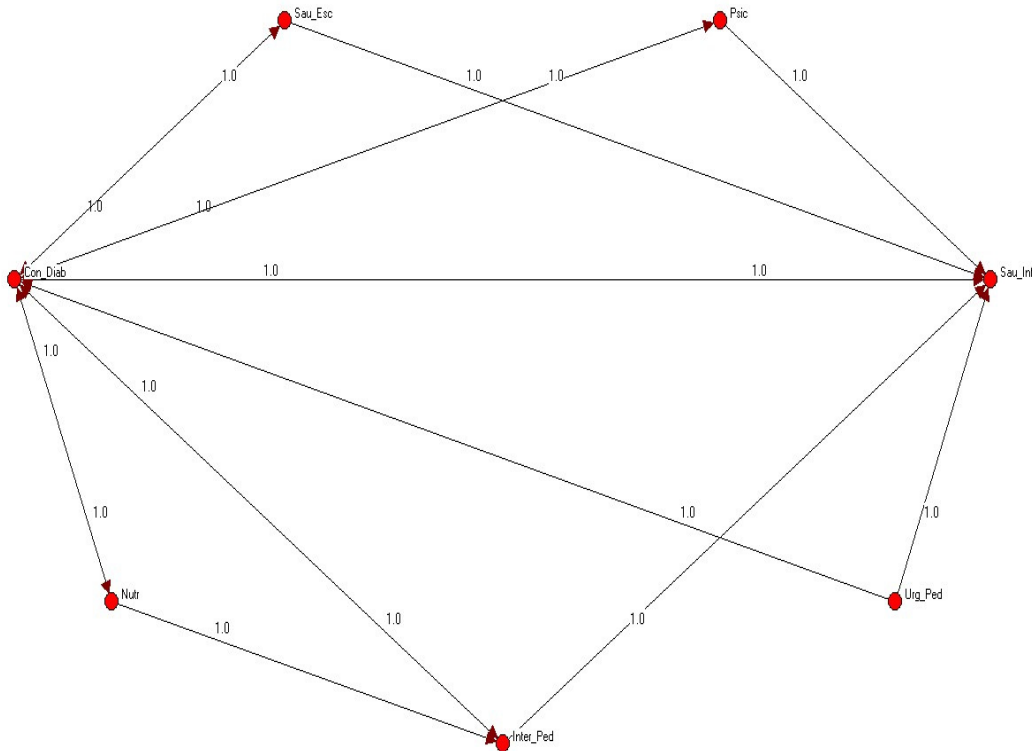


Figura 2- Hospital a Sul do Tejo



Embora a visualização dos grafos apenas nos permita verificar que se tratam de redes integradoras, em que todos os profissionais têm uma participação activa na prestação de cuidados de saúde à criança com Diabetes Mellitus Tipo 1, a leitura dos dados da redes enfatiza algumas diferenças entre os níveis de intervenção nos serviços de saúde, os quais passaremos a discutir nas considerações finais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta comunicação tentámos ilustrar uma análise sociológica e crítica 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 sua acção organizada a nível hospitalar, local e regional, centrando-se no caso das crianças dependentes com diabetes tipo-1, uma vez que é uma das mais prevalentes, com complicações devastadoras a nível clínico e implicações profundas para a qualidade de vida, seja da criança ou na família cuidadora.



Baseada numa matriz teórica uma abordagem plural (social e cultural) da diabetes, acrescida duma abordagem de rede social aplicada procurou-se a compreensão do contexto de intervenção e acção das redes sócio-organizacionais de saúde, designadamente a nível hospitalar, na área das doenças crónicas em crianças com diabetes em Portugal.

A Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crónica tradicionalmente diagnosticada na infância ou adolescência, que acarreta uma enorme responsabilidade para o Sistema Nacional de Saúde português em geral, para as Instituições de Saúde que os apoiam em particular. Com efeito, somente com o apoio de uma equipa multiprofissional devidamente treinada e “formada” em diabetes a interagir adequadamente com o doente e a família, é que se conseguirá uma adequada gestão da doença, com consequentes melhorias dos cuidados prestados, qualidade de vida das pessoas com diabetes e, e última análise redução dos custos com a doença por parte das linhas subliminares das políticas públicas do Sistema Nacional de Saúde português em geral.

Sendo uma doença com uma tendência crescente nos últimos anos, o seu tratamento vai englobar um conjunto de componentes interligados entre si, ou seja, o uso de insulina, alimentação adequada, exercício físico e educação da pessoa com diabetes (auto-vigilância e auto-controlo). Neste sentido, é pois necessária uma adequada articulação de todos aqueles que prestam cuidados às crianças e adolescentes, não só em termos da própria organização como também com a comunidade e serviços de apoio, estando o próprio utente sempre no centro de todo este processo. Somente com uma assistência planeada e coordenada, isto é em acção organizada entre todos se conseguirá alcançar os objectivos que visam uma melhor qualidade de vida para esta população.

Na gestão da qualidade dos cuidados prestados às crianças e adolescentes com Diabetes, para além dos regimes de tratamentos baseados em evidências e de práticas que se ancoram em guidelines internacionais, é pois necessária uma especial atenção para a forma de articulação entre todos aqueles que, numa determinada organização, prestam cuidados a esta população.

A análise de redes sociais torna-se uma metodologia inovadora e pertinente nesta temática, na medida em que tem a capacidade de expressar, através da estrutura de



relações, das dinâmicas e dos constrangimentos existentes na articulação entre os diversos profissionais que cuidam desta população.

De ressaltar ainda que a importância do estudo de uma rede social de prestação de cuidados prende-se ainda com o fornecimento de pistas e informações úteis para a detecção de eventuais problemas ou constrangimentos e para a posterior criação de soluções com vista à melhoria da gestão da qualidade dos processos.

A comparação dos níveis de intervenção dos profissionais dos diferentes serviços de saúde caracteriza-se por um nível de integração significativa de todos os actores do processo. Contudo, os níveis de interacção dos profissionais são mais equilibrados no Hospital de Lisboa, ao invés do Hospital a Sul do Tejo, em que verificamos uma sobrecarga na Consulta de Diabetes.

Dada a existência de alguns elementos que indiciam redes de articulação em que os actores apresentam níveis de intervenção desigual, importa corrigir algumas dinâmicas do trabalho das equipas que intervêm na prestação de cuidados de saúde à criança com Diabetes. Se por um lado no Hospital de Lisboa encontramos uma participação mais equilibrada e consistente por parte dos actores, designadamente uma maior proximidade entre eles, uma intervenção pendular por parte do Serviço de Dietética e da Consulta externa na triagem e despiste de casos prioritários e, conforme podemos verificar no Índice de Bonacich, há uma participação activa de activa do Serviço de Dietética, intervenção preventiva que pode funcionar como elemento de descongestionamento de serviços de urgência ou até mesmo da Consulta Externa. Por outro lado, encontramos uma situação inversa no Hospital a Sul do Tejo em que o Serviço de Urgência indicia um congestionamento bastante significativo, dinâmica da rede que poderia ser corrigida através de uma intervenção mais participada de outros actores da rede, a exemplo do que acontece no Hospital de Lisboa.

Face à análise comparativa da rede desencadeada por esta investigação, ficou evidente que há uma necessidade de reforço da articulação intra-organizacional das equipas que prestam os cuidados de saúde à criança portadora de Diabetes Mellitus tipo 1, com principal necessidade de intervenção para o Hospital a Sul do Tejo, numa lógica de acompanhamento mais sistematizado da doença, em detrimento do recurso regular ao serviço de Urgência: acompanhar para descongestionar.



Perante este quadro, somos defensores da argumento em que a qualidade da oferta nos serviços de saúde, independentemente da imprevisibilidade dos *inputs*, devem ser repensados os canais de comunicação e articulação intra-organizacional da acção organizada qualificada e qualificante como factor fundamental para evitar respostas desadequadas e sobrepostas aos utentes (crianças e seus familiares), agilização das equipas dotando-as de conhecimentos sobre os processos (crianças em acompanhamento) e, fundamentalmente, a definição de uma calendarização regular para monitorização e análise das situações de saúde em cada organização hospitalar, bem como da rede de relações desta com as demais estruturas da rede social que modela a problemática da criança portadora de Diabetes Mellitus tipo 1.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, Mariela (Dezembro, 2007). Passado, prestigio y relaciones familiares. Elite e historiadores en Santa Fe, Argentina. REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales. 13(3). Recuperado a 30 Agosto, 2009, de <http://revista-redes.rediris.es>.
- Alejandro, Velázquez A. O.; Norman, Aguilar G. (2006). Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais. Tradução e Adaptação de Aires, Maria Luísa L.; Laranjeiro, Joanne Brás; Silva, Sílvia Cláudia de Almeida (Trabalho Original publicado em 2005).
- APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2009a) O que é a Diabetes? Recuperado a 19 Novembro, 2009, de <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>.
- APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2009b) Tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino-dependente). Recuperado a 19 Novembro, 2009, de <http://www.apdp.pt/tratamento.asp>.
- APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2005). Como usar a Insulina. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2004). Viver com a Diabetes. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Borgatti, Steve (2003). Conceptos Básicos de Redes Sociales. Recuperado a Abril 15, 2010 de <http://www.analytictech.com/networks/introduccion2.pdf>.



- Borgatti, Stephen; Mehra, Ajay; Brass, Daniel; Labianca, Giuseppe (2009) Network Analysis in the Social Sciences. 323. Recuperado a Dezembro 30, 2009 de www.sciencemag.org.
- Borgatti, Stephen; Molina, José Luis (2005). Toward ethical guidelines for network research in organizations. *Social Networks*, 27. Recuperado a Dezembro 31, 2009 de <http://www.steveborgatti.com/papers/ethics2005.pdf>.
- Burt, Ronald S. (2000). Structural Holes versus Network Closure as Social Capital. In Lin, Nan; Cook, Karen S.; Burt, R.S. (2001) *Social Capital: Theory and Research*. Aldine de Gruyter.
- Cordeiro, Joselma (Junho, 2007). Redes sociais e saúde. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 12(10). Recuperado a 30 Agosto, 2009, de <http://revista-redes.rediris.es>.
- Currie, Lynne; Morrell, Clare; Scrivener, Ross (2003). *Clinical Governance: an RCN resource guide*. London: Royal College of Nursing. Recuperado a 4 de Junho, 2010 de http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/78581/002036.pdf.
- Degenne; Alain; Forsé, Michel; (1994) *Les réseaux sociaux; une analyse structurale en sociologie*, Paris, Armand Colin
- DGS - Direcção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Recuperado a 9 Fevereiro, 2009, de www.dgs.pt
- DMAA – Disease Management Association of America (2009). DMAA Definition of Disease Management. Recuperado a Fevereiro 9, 2009 de http://www.dmaa.org/dm_definition.asp.
- Eller, Martina; Holle, Rolf; Landgraf, Rudiger; Mielck, Andreas (2008). Social network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients – results from a longitudinal population-based study. *International Journal of Public Health*, 53, pp. 188-194.
- Feldman, Liliane; Gatto, Maria; Cunha, Isabel (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), pp.213-219.



- Fialho, Joaquim (2007). Redes de Cooperação Interorganizacional: O caso das entidades formadoras do Alentejo Central. Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia. Universidade de Évora.
- Fialho, Joaquim (2007b). Análise de Redes Sociais – Algumas pistas para aplicação à saúde. *Economia e Sociologia*, 83, pp. 183-203.
- Fortuna, Mafalda (2010). Diagnóstico e análise da rede social: o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica. Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde – Especialização em Qualidade e Tecnologias de Saúde. Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.
- Fritz, Isabel (2010). Dinâmicas e Relações Intraorganizacionais nos Cuidados à Criança/Adolescente com Diabetes Mellitus tipo I. Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde – Especialização em Qualidade e Tecnologias de Saúde. Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.
- Granovetter; Mark (1985); Acção económica e estrutura social - o problema da incrustação, in: Peixoto, j.; Marques, R.; *A nova sociologia económica* (2003), Oeiras, Celta, p. 69-102
- Granovetter; Mark (1973); The strength of weak ties, *American journal of sociology*, 78
- Guerra, J. (2006). Gestão da Doença e a Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 4, pp. 21-23.
- Guerra, João (2006b). Conceito de Gestão da Doença – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado a Janeiro 27, 2009 de http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Prestacao/GestaoDaDoenca/Estado+da+arte/EA_GestaoDoenca.htm
- Hanas, Ragnar (2007). Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos. Lisboa-Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- Hanas, Ragnar; Donaghue, Kim C.; Klingensmith, Georgeanna; Swift, Peter (2009). Introduction. *Pediatric Diabetes*. 10 (Suppl. 12), pp. 1-2. Recuperado a 20 Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.



- Hanneman, Robert A. (2001). Introdução a los Métodos del Análisis de Redes Sociales. Recuperado a 31 Março, 2010 de <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/>.
- IDF – International Diabetes Federation (2008). The Policy Puzzle: Is Europe Making Progress. Recuperado a 26 Março, 2010 de <http://www.idf.org/webdata/docs/EU-diabetes-policy-audit-2008.pdf>.
- Krackhard, David; Hanson, Jeffrey (1997). Informal Network: The company. In Prusak, Laurence. Knowledge in Organizations, S.L. Butterwort-Heinemann. Recuperado a 12 Abril, 2010 de http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=RqkZl7M6zEEC&oi=fnd&pg=PA37&dq=david+krackhardt+informal+network&ots=mKlKzKpqA9&sig=ImJ5Wl9uy_a3PvUwEwhxJTylGU0#v=onepage&q=david%20krackhardt%20informal%20network&f=false.
- Kozel, Dejan; Marusic, Andrej (2006). Individuals with Diabetes Mellitus with and without Depressive Symptoms: Could Social Network explain the comorbidity?. *Psychiatria Danubina*, 18(1-2), pp.12-18.
- Lazzarini, Sérgio G.; Chaddad, Fábio R.; Neves, Marcos F. (2000). O Conceito de Capital Social e Aplicações para o Desenvolvimento e Estratégia Sustentável. *Preços Agrícolas*, Maio, pp. 10-13.
- Lemieux, Vincent (2008). *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa: Instituto Paiget.
- Mezomo, João C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos*. São Paulo: Manole.
- Molina, José Luis (2001). *El análisis de redes sociales: Una introducion*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Nogueira, J.M. (2004). A gestão da doença crónica com o desafio dos custos. *Cidade Solidária*, 116-121. Recuperado a 20 Novembro, 2009, de http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_11/saude_custos.pdf.
- Oliveira, Maria Marly (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. São Paulo: Editora Vozes.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Chronic Diseases*. Recuperado a 5 Fevereiro, 2009, de http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/.



- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). Um ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. Relatórios de Primavera. Recuperado a 4 de Junho de 2010, de http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e67oqyvanzj5lqn3fp45oz5zml3kffxhji xk266cvqncf4tnmlu27mkhaqxgabg6t3qichpq23kta/RP_2006.pdf.
- Pihoker, Catherine; Forsander, Gun; Wolfsdorf, Joseph; Klingensmith, Georgeanna (2009). The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescent with diabetes. *Pediatric Diabetes*. 10 (Suppl. 12), pp. 58-70. Recuperado a 20 Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.
- Pina, Rosa (2007, Abril/Maio/Junho). As crianças com Diabetes e as suas famílias. *Diabetes: Viver em Equilíbrio*, 43, pp.12-13.
- Pontes, Fátima (Fevereiro, 2007). Redes de Comunicação em Unidades de Internamento Hospitalar, Uma Abordagem Através da Análise de Redes Sociais. *Revista Nursing*, 217. Recuperado a 7 Julho, 2009, de http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2745:redes-de-comunicacao-em-unidades-de-internamento-hospitalar&catid=144.
- Porrás M., J. Ignacio (2001). Cambio Tecnológico y Cambio Organizacional. *La Organización en Red*. Recuperado a 31 Dezembro, 2009, de <http://www.revistapolis.cl/2/porr.htm>.
- Portugal, Silvia (2001). Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica, *Oficina do CES*, nº 271
- Roland, M.; Baker, R. (1999). *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. Manchester: National Primary Care research and Development Centre .
- Sale, Diana (2000). *Garantia Da Qualidade Nos Cuidados De Saúde – Para os Profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa: Principia.
- Saparapani, Valéria; Nascimento, Lucila (2009). Crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1: Fortalezas e Fragilidades no Manejo da Doença. *Ciência, Cuidado e Saúde* 8(2) pp. 274-279. Recuperado a 7 Janeiro, 2010, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8211/4934>.



- Silva, Andreia; Varanda, Jorge; Nóbrega, Sónia Dória (2004). Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais. Cascais: Principia.
- Sousa, Paulo Jorge Santos (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados, TMQ - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas - Número Temático 1, pp.19-32
- Starey, N. (2003). What is Clinical Governance? HAYward Medical Communications, 12, pp. 1-7.
- Swift, Peter (2009). Diabetes education in children and adolescents. Pediatric Diabetes. 10 (Suppl. 12), pp. 51-57. Recuperado a 20 Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.
- Vargas, Maria Ambrosina, et al (2007). Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(3), pp.339-343.
- Vieira, Maria Aparecida; Lima, Regina A. G. (2002). Crianças e Adolescentes com Doença Crónica: Convivendo com Mudanças. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10(4), pp. 552-560.
- Wasserman, Stanley; Faust, Katherine (1994). Social Network Analysis: Methods and Applications. Cambridge: Cambridge University Press