

Introdução

A presente, Dissertação surge no âmbito do mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, curso ministrado pela Universidade Évora em associação com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, na área de especialização, Qualidade e Tecnologias da saúde.

Tem como tema, O Diagnóstico e análise da rede social : o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.

O objectivo geral do presente trabalho é analisar as redes sociais existentes no apoio às crianças com diabetes do concelho do Barreiro e sinalizadas pelo HNSR.

“A doença crónica tem sido um tema de extrema relevância para a reflexão do processo de viver humano.” (Ribeiro & Rocha, 2007:113)

Na medida em que esta interfere no desenvolvimento da criança a longo prazo, afectando o quotidiano de todos os membros da família, o que requer assistência e seguimento por profissionais de saúde. (Ribeiro & Rocha, 2007)

“A diabetes é uma doença crónica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, que podem modificar profundamente as várias dimensões da vida das pessoas” (Nunes, s.d:135)

Este tema, desperta em mim interesse pessoal e profissional, na medida em que presto cuidados de enfermagem, a crianças com diabetes, em contexto de urgência hospitalar. Julgo ser útil a análise da rede social, uma vez que, uma articulação eficaz e eficiente dos recursos, poderá minimizar o número e o impacto de hospitalizações para a criança, bem como reduzir os custos hospitalares. Neste contexto, questiono-me se as relações intra e extra hospitalares permitem uma articulação de cuidados de qualidade.

Os cuidados na área pediátrica sofreram mudanças nas últimas décadas, onde a diabetes assume um lugar de destaque. Actualmente, a diabetes é “uma das doenças crónicas mais frequentes na criança, e que tem o potencial de ser profundamente negativa nas relações normais da criança e da sua família”. (Nunes, s. d:135)

O aumento dos custos familiares, emocionais e socioeconómicos decorrentes da doença, faz da diabetes uma problemática complexa que tem

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

vindo a promover o empenho dos profissionais de saúde, envolvendo-os na busca de soluções.

Deste modo, “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 de fazer parte de todas as instituições e profissionais de saúde.” (Souto, 2008:72)

Após realizada uma breve apresentação e contextualização do presente estudo, importa referir como se encontra estruturado.

No enquadramento teórico, é realizada uma breve análise do conceito redes sociais, contextualizando o conceito nível histórico e feita uma abordagem à análise de redes sociais. É efectuada uma pequena introdução sobre a temática garantia da qualidade dos cuidados, partindo do pressuposto que a dinâmica interorganizacional é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Consta também uma contextualização dos cuidados continuados, evidenciando a importância de uma rede de apoio bem estruturada que permita o apoio nos cuidados à criança com diabetes.

Em seguida, é descrita uma breve síntese da temática doença crónica, é exposto o conceito de diabete e realizada uma sumária abordagem às estratégias preconizadas nos Programas de Saúde Escolar e Prevenção e Controlo da Diabetes.

Posteriormente, descreve-se a metodologia utilizada no presente trabalho, opta-se por um estudo de carácter misto, para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Depois é descrito a apresentação e discussão dos resultados, através da análise de conteúdo das entrevistas. Os dados recolhidos são apresentados mediante quatro categorias principais , a rede de apoio criança com diabetes, a formação profissional, a prevenção da diabetes e o controlo da diabetes. Consecutivamente procede-se à análise da rede social (ARS) subjacente ao tratamento da criança com diabetes. A ARS é uma metodologia de análise pouco utilizada em Portugal, pretende-se com esta identificar a dinâmica da rede de apoio no tratamento à criança com diabetes, assume-se que o diagnóstico da cooperação intra e extra hospitalar é uma mais valia, na apresentação dos dados.

Finalmente são apresentadas as conclusões do estudo, e as recomendações.

1 – Enquadramento teórico

1.1- Redes sociais

As redes sociais, encontram-se inerentes em todas as nossas actividades, fazem parte do nosso dia a dia, pode-se afirmar que são de alguma forma espontâneas, resultam da sociabilidade humana. Contudo passam despercebidas nas nossas práticas quotidianas.

1.1.1 - Conceito redes sociais

O conceito de rede social é cada vez mais objecto de estudo de investigadores e profissionais da área das ciências sociais. (Serrano, 2007)

Este deriva do latim “rete” que significa armadilha ou laço. Uma rede social pode ser definida como um conjunto de actores que estabelecem entre si vínculos, pode conter mais ou menos actores, muitas ou poucas relações. Mitchell (1969) citado por Serrano (2007:81) descreve como “um conjunto específico de ligações entre um determinado grupo de pessoas, com a particularidade de que as ligações no seu todo podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas”. (Bott, 1971 citado por Serrano 2007:81)

O mesmo autor afirma que rede é todo ou alguma das unidades sociais com quem um determinado indivíduo ou grupo contacta.

Este conceito tem sido utilizado nas ciências sociais e humanas de modo e sentidos diferentes. Numa forma metafórica, representa a concepção da sociedade, na medida em que esta é construída por redes de relações interpessoais ou intergrupais. (Fialho, 2007)

Noutro contexto, as redes sociais surgiram como um padrão organizacional, nos últimos anos, com capacidade de expressar, através da sua estrutura de relações, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas. (Fialho, 2007)

Estas são responsáveis pela partilha de ideias intra-pessoais, de interesses e objectivos comuns, podem ser consideradas uma medida de política

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

social, visando o combate de problemas, são fruto das manifestações culturais, traduzem o padrão organizacional, numa nova forma de conhecer, pensar e fazer política. (Fialho, 2007)

“O termo «rede» é para uma estrutura de laços entre actores de um sistema social. Estes actores podem ser papéis, indivíduos, organizações, sectores ou estados-nação. Os seus laços podem basear-se na conversação, afecto, amizade, parentesco, autoridade, troca económica, troca de informação ou qualquer outra coisa que constitua a base de uma relação” (Nohria e Eccles, 1992: 288 citado por Fialho 2007:23).

Uma rede social é, um conjunto de pessoas, organizações, etc., que estabelecem ligação entre si por meio dum conjunto de relações sociais de tipo específico. Deste modo, a estrutura de qualquer organização poderá ser estudada e compreendida tendo como ponto de análise as suas redes múltiplas de relações internas e externas. (Fialho, 2007)

“Qualquer conjunto de actores podem estar conectados com diferentes tipos de laços e relações” (Hanneman, 2000:11)

Segundo Mitchell e Trickett (1980) citados por Serrano (2007) os critérios para identificar quem é membro de uma rede varia de acordo com três dimensões:

- A listagem de todos os elementos da rede social
- O grau de contacto com o alvo
- A frequência de contactos que deverá ocorrer para que um indivíduo seja considerado um elemento activo da rede.

Neste contexto, a rede pode apresentar características estruturais, referentes à qualidade da rede (tamanho ou extensão; densidade da rede; grau de relacionamento) e características individuais, as ligações entre elementos (Intensidade, durabilidade, multi-dimensionalidade, direcionalidade e reciprocidade, densidade da relação, dispersão, frequência, homogeneidade).

De acordo com Hanneman (2000) compreender uma rede social implica a realização de uma descrição completa e rigorosa da sua arquitectura, o que levou à criação e utilização de um método adequado, a análise de redes sociais.

Podemos encontrar três elementos distintos, para a percepção das suas fronteiras, do ponto de vista da operacionalização

ECONÓMICO que pressupõe as actividades e recursos que servem de intercâmbio nas redes;

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

SOCIAL no qual se enquadram os actores das redes e as relações de confiança que estabelecem entre si;

ESTRATÉGICO que surge associado ao valor que é produzido no quadro das rede.

Numa perspectiva mais operacional a rede encontra-se associada à lógica de fluxo e de articulação na qual se podem enquadrar as redes de comunicação, transporte, telecomunicações ...

Nesta linha de raciocínio, Loiola e Moura (1997) citado por Fialho (2007) atribuem dois tipos de rede: a de fluxo unidireccional, onde o ponto de partida e chegada se encontram bem definidos, e a de carácter multi-direccional, onde os fluxos existem sem que se verifique um centro.

As redes estruturam-se de acordo com as relações entre os elementos, tipologias de papéis contudo a rede não é apenas consequência das relações que ocorrem entre os actores, ela pode também representar a ausência de relações, ao qual Burt (1992) designou por “Buraco estrutural da rede”. (Fialho, 2007)

A competitividade no sector da saúde levou ao aumento da incerteza e da insegurança dentro das organizações, as quais, para manterem-se no mercado de trabalho, necessitam de estruturar novos processos de flexibilização, nomeadamente as articulações entre si, rentabilizando os recursos e minimizando os gastos. (Fialho, 2007)

“As necessidades de novas respostas, conducentes a práticas de inovação tecnológica e de gestão, resultam da necessidade estratégica das organizações solidificarem as suas bases no campo da inevitável mutação.” (Silva & Fialho 2006:p.d)

O conhecimento de uma rede social é importante aprofundar porque:

- Oferece meios operacionais de aprendizagem acerca do quotidiano das pessoas
- A ligação entre os actores das redes oferece uma base teórica para o desenvolvimento de intervenções preventivas.
- Sugere uma forma de desenvolver e articular recursos formais e informais.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

O sistema hospitalar é uma peça mestra neste contexto. Contudo, após um período de hospitalocentrismo, as evoluções necessárias surgem com muita dificuldade devido aos hábitos adquiridos. “A não articulação entre a missão do hospital e as dos seus parceiros conduziu a disfunções na própria missão hospitalar.” (Honoré, 2002:125)

O hospital atingiu um estado de sobrelotação pouco propício ao desenvolvimento de alternativas de mudança á sua cultura, a formação interinstitucional torna-se necessária para promover a abertura e confronto de experiências de modo a compreender melhor importância das culturas locais, tendo em vista o desenvolvimento institucional. (Honoré, 2002)

1.1.2 - Contextualização histórica redes sociais

O interesse pelas redes sociais complexas condecora todo o século XX, iniciada pelas ciências exactas, foram os matemáticos e os físicos que maiores contribuições deram a esta nova metodologia, foi absorvida depois pela sociologia.

Investigadores ambicionavam que como a física estuda a estrutura dos átomos, a química a estrutura das moléculas, a anatomia e a psicologia a estrutura dos organismos, existisse um ramo das ciências naturais que estudasse as características gerais das estruturas, cuja unidade fosse os seres humanos. (Molina, 2001)

Com o aparecimento da sociometria e da teoria dos grafos, os estudos organizativos de psicólogos sociais e o trabalho de campo de antropólogos britânicos, permitiram desenvolver procedimentos de análise susceptíveis de serem tratados, e a metáfora converteu-se num conjunto de métodos para a análise da estrutura social. O matemático Euler foi o responsável pelos primeiros passos da teoria das redes, na medida em que criou o primeiro teorema da teoria dos grafos.

“A Teoria das Redes Sociais resulta da consagração de várias correntes e teorias da antropologia, psicologia, sociologia e da matemática dos grafos que sustentam a sua formalização enquanto «nova forma» de olhar a realidade social.”(Fialho, 2007:7)

A compreensão das coisas como redes é crucial para perceber as relações complexas do mundo em redor.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Elizabeth Bott (1971) foi das primeiras antropólogas a interessar-se pelo conceito de rede como uma ferramenta para analisar os relacionamentos entre pessoas e os seus elos pessoais em vários contextos. (Fialho, 2007)

O principal enfoque destes estudos era compreender a tipologia de contactos entre um determinado conjunto de indivíduos, nomeadamente : “o tipo de *vínculos* que se estabelecem, as relações descontínuas, a importância dos papéis que os indivíduos definem para si nas relações, a sua intensidade, durabilidade e frequência.” (Fialho,2007:9)

Contudo, segundo Fialho (2007) o grande impulsionador da análise de redes sociais, partindo dos pressupostos da sociometria, foi Moreno nos anos 30.

Entre os anos 30 e 50 , alguns psicólogos sociais (Fritz Heider; Kurt Lewin; Alex Bavelas) trabalharam sobre a análise da estrutura dos grupos. Algumas das suas investigações contribuíram extensivamente até aos nossos dias. Kurt Lewin debruçou-se sobre o conceito de “distância social” através da sua formalização matemática e representação gráfica, noutra perspectiva Heider deliberou que as redes interpessoais existiam num equilíbrio. Ressaltaram destes estudos conceitos de centralidade de autores; noção de equilíbrio. (Molina, 2001)

Contudo, apesar do avanço que estes estudos promoveram à aplicação da teoria dos gráficos, demonstrou que não era possível a existência de um equilíbrio no sistema de relações.

Moreno (1889-1974) para desenvolver o seu trabalho (o estudo da influência que a estrutura de relações tinha na saúde mental e a articulação dos pequenos grupos que envolveram o indivíduo) sentiu a necessidade de desenvolver técnicas quantitativas de recolha de dados, procedendo posteriormente à sua representação gráfica. (Molina, 2001)

Este investigador ambicionou estudar o Homem como unidade social e não como elemento isolado.

A sociometria, consiste no estudo matemático das propriedades das populações, através de técnicas experimentais, o sociograma foi o instrumento que esteve na base da recolha de informação, do estudo de Moreno, este permitiu a formação de um mapa com as interações e relações entre os membros do grupo em estudo. (Fialho 2007)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“Se por um lado a sociometria e os seus avanços/contributos trouxeram o recurso a técnicas quantitativas de recolha de dados, instrumentos de representação gráfica e proposições sobre as propriedades formais das redes de relações os investigadores de Harvard e Chicago direccionaram-se para os estudos empíricos ao nível da existência de grupos informais e a sua articulação com os sistemas social, para além da introdução de inovações metodológicas e teóricas sobre a análise de redes sociais.” (Molina, 2001 citado por Fialho 2007:14/15)

George Homans insatisfeito, devido às limitações que prevaleciam nesse período, impostas pelo estrutural – funcionalismo, desenvolveu preposições que visavam explicar o funcionamento dos grupos. Estruturou proposições de grande relevância para a análise de redes sociais tais como:

- “A frequência das interacções é directamente proporcional à homogeneidade das actividades e sentimentos das pessoas envolvidas.
- Os membros dum grupo são geralmente mais semelhantes nas normas do grupo que interiorizam do que na sua conduta.
- Quanto mais elevado é o nível hierárquico que uma determinada pessoa ocupa num grupo, mais elevado será o número/nível de interacções que estabelece.
- Quanto mais elevada for a posição dum indivíduo num grupo, maior será a sua conformidade com as normas de conduta do mesmo.
- A interacção frequente dentro dum grupo pressupõe interacção menos frequente fora do grupo.
- A interacção será mais frequente quanto menor for a distância social.
- A relação entre duas pessoas (**A** e **B**) está em parte determinada pelas relações estabelecidas entre **A** e uma terceira pessoa **C** e entre **B** e **C**.” (Molina, 2001 citado por Fialho 2007:15)

Nos anos 50 e 60 alguns investigadores (Jonh Barnes; Clyde Mitchell; Elizabeth Bott) desenvolveram uma nova linha de investigação, com o intuito de descrever de forma rigorosa as propriedades das estruturas sociais, tinham como enfoque principal a delimitação de uma determinada pessoa no seio da rede social, sem delimitar das propriedades globais das redes.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Barnes (1954) foi o primeiro investigador a utilizar o termo rede. (Molina, 2001)

Nos anos 70 Harrison White , com o desenvolvimento de modelos matemáticos rompeu com a sociometria clássica, e os estudos deixaram de se circunscrever exclusivamente à análise de grupos pequenos, em prol da análise de macro estruturas.

Na actualidade a investigação em análise de redes sociais, de acordo com Fialho (2007) citando Molina *et al* (2004), centram-se em quatro pontos fundamentais:

- “A utilização de métodos estatísticos possibilita aferir proposições relativas às propriedades da rede em detrimento da simples explicação;
- O avanço no *software* estatístico que permite a visualização das redes;
- As significativas melhorias ao nível da recolha de dados, conseguindo-se uma informação mais precisa e válida;
- Melhoria nos métodos de análise de dados longitudinais.”(Fialho 2007:19)

Em todo o mundo, existem investigadores em torno desta temática, contribuindo para o seu crescimento. Molina *et al* (2004) citado por Fialho (2007) afirma que existem algumas razões fundamentais para o acontecimento, nomeadamente:

- “A análise de redes deve parte do seu êxito a um «equivoco» ou seja, a sua polissemia a qual, tal como muitos conceitos das ciências sociais e humanas, também assumem um carácter polissémico. Por outro lado, as redes sociais tanto podem ser metáforas, paradigma ou técnica.
- Outra das razões para o êxito das redes sociais resulta da utilização dos sociogramas. Este recurso permite ilustrar e analisar os relacionamentos, funcionando como factor de atractividade e credibilidade para o estudo das redes.
- A terceira explicação resulta da integração de académicos e investigadores provenientes das ciências «duras», os quais contribuíram através da análise de redes sociais e sua utilização em grandes

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

quantidades de dados, na Internet, no correio electrónico de organizações, etc.

- O desenvolvimento das redes sociais veio afrontar as dicotomias clássicas nas ciências sociais numa forma diferente ou seja, permitiu avançar na teoria social na forma como se representa a realidade.
- A institucionalização da análise de redes sociais cresceu muito nos últimos anos como resultado da conquista de espaços universitários, bem como na formação de grupos de investigação.” (Fialho 2007:19/20)

Em Portugal a investigação sobre esta temática fica um pouco aquém, comparativamente a outros países como Espanha e França .

A Universidade de Barcelona, dispõe de uma panóplia de artigos e publicações sobre este tema; a revista redes é outro meio de divulgação da produção científica sobre análise de redes sociais. (Fialho,2007)

1.1.3 - Análise redes sociais

A análise de redes sociais encontra-se presente no campo da saúde desde o seu início, foram realizados estudos sobre a relação existente entre a saúde e a rede social (Kadushin, 1982), nomeadamente na luta contra a sida, onde foi notório as contribuições deste estudo. Permitiu estudar as redes das pessoas contaminadas; grupos de risco, grupos étnicos mais afectados, revelando-se um passo fundamental para melhorar as políticas de prevenção (Klov Dahl, 1995; Bernard, 1995; Latkin, 1995) citados por Molina (2001).

No entanto pode-se afirmar que “esta metodologia de análise estrutural encontra-se amplamente difundida além fronteiras mas, contudo é pouco utilizada em Portugal” (Fialho 2007:23).

Esta estuda relações específicas entre determinados elementos como, pessoas, grupos, organizações, acontecimentos, tratando os dados relacionais, ou seja, compreende-se por dado relacional a existência de um vínculo específico existente entre um par de elementos.

Neste encadeamentos a análise de redes sociais conjectura uma lógica de análise estrutural que assenta em dois objectivos centrais: a identificação de determinados padrões de interacção social e, por outro lado, assimilar a influência desses padrões no comportamento dos actores sociais. “Trata-se dum processo de matriz indutiva que parte de relações sociais objectivas e caminha

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

até padrões de relacionamento que formam a estrutura social dum determinado sistema. Estes padrões de relacionamento podem ser mensuráveis matematicamente pela teoria dos grafos, pela teoria estatística e probabilística e através de modelos algébricos”. (Wasserman e Faust, 1994; Lazega, 1998; Varanda, 2000 citado por Fialho 2007: 29/30).

Vários investigadores têm desenvolvido instrumentos matemáticos / informáticos para a análise de redes sociais como se constatou na contextualização histórica das redes sociais, que permitem criar e analisar indicadores que expliquem a estrutura individual e colectiva duma determinada rede.

Para a compreender qualquer rede é fundamental identificar três elementos:

- **Nós ou actores** – são as pessoas ou grupos que se encontram movidas por um objectivo comum. Regularmente os actores figuram-se por círculos, a sua soma dos nós representa o tamanho da rede (Fialho 2007)
- **Vínculos ou relações** – são os laços existentes que se estabelecem entre dois ou mais actores, são representados por linhas .(Fialho 2007)
- **Fluxos** – indica a direcção do vínculo, podem assumir várias designações: unidireccional ou bidireccional. Por sua vez se não existir nenhum tipo de fluxo entre determinado actor, significa que se trata dum nó solto dentro da rede. (Fialho 2007)

O objectivo da análise de redes sociais consiste num modo geral, à medição do grau de associação ou de casualidade entre as variáveis. As variáveis são dispostas numa folha de dados que comporta linhas e colunas, ou seja a construção da matriz adjacente actor - actor. Este tipo de representação é muito frequente em análise estrutural, na medida em que está associada à construção dos grafos. (Lemieux & Ouimet, 2008)

A matriz, define-se como uma tabela com **M** linha e **N** colunas representada sob a forma de quadro utilizada na construção dos grafos. Um

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

grafo define-se por um conjunto de pontos (*vértices*) ligados por rectas (*arestas*), são muito úteis na representação de problemas da vida real, em vários campos profissionais.

Na matriz os actores estão dispostos nas linhas e colunas, quando existe uma relação entre os dois actores o investigador escreve 1, caso esta seja ausente, é atribuído um 0. Na relação de **A** com **A** é atribuído um **X**, na medida em que não existe qualquer elo ou relação reflexiva de um actor consigo próprio, é importante referir que numa matriz, as linhas representam a origem dos vínculos dirigidos e as colunas o seu destino. (Fialho, 2007)

Embora a matriz possa conter dados binários, ou seja a presença ou ausência de relação, é possível inserir dados que pertençam a mais do que duas categorias. Este procedimento é utilizado para dar a intensidade de uma relação. (Lemieux & Ouimet, 2008)

O modo como os indivíduos, as organizações se encontram conectadas, pode ser fundamental para a compreensão dos seus atributos e comportamentos. Indivíduos bem conectados podem ter um papel mais influente ou serem mais influenciados pelos restantes actores, assumem-se como um factor de importância nuclear, sendo deste modo indicador chave para a compreensão da complexidade da rede. Um actor pode ter poucos ou muitos laços, e deste modo serem “fortes” em relações, ou encontram-se “buracos”, ou seja não recebem nem emitem.

Neste contexto, pode-se afirmar que o número de laços entre os actores são indispensáveis e fundamentais para a compreensão dum determinado actor na rede e qual a sua influência e poder. Por exemplo se **A** não estabelece laço com **B**, isto significa que não existe aprendizagem, ajuda ou influência entre ambos. (Hanneman, 2001 citado por Fialho 2007).

Granovetter citado por Fialho (2007) qualificou a natureza dos laços sociais:

- **Laço forte** –“ verifica-se entre dois indivíduos e pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, feição emocional, confiança e reciprocidade. Trata-se dum relacionamento que se vai construindo ao longo dos tempos.” (Fialho, 2007:96)

- **Laço fraco** – “surge numa posição oposta e envolve transacções de carácter pontual entre agentes, nas quais a identidade dos indivíduos

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

assume uma menor importância.” (Fialho, 2007:96) Neste tipo de laço os níveis de confiança e reciprocidade são mínimos.

Para a compreensão da estrutura da rede, o seu tamanho pode ser um factor crítico, quanto maior for o grupo, maior é a densidade de laços, o que pode levar ao surgimento de novos grupos. A distância entre actores também deve ser tida em consideração, uma vez que quanto maior a distância entre os actores, maior será o tempo para a o fluxo de informação, ou seja esta demorará mais tempo a ser difundida. (Fialho:2007)

A variação das distâncias entre os actores pode ser um marco fundamental para a identificação, diferenciação e inclusão na rede. Neste sentido, os actores que se encontrem mais próximos uns dos outros têm uma maior probabilidade de exercer poder do que aqueles que estão mais distantes. (Fialho 2007)

A distância geodésica (a distância dum actor até aos outros actores) tem sido amplamente utilizada em estudos de análise de redes sociais, representa o número de relações entre os actores através do caminho mais curto. Em redes de maior densidade, a informação circula com maior fluidez. (Fialho, 2007)

No domínio da análise estrutural de redes, a centralidade dos actores é importante para compreender qual as suas posições na rede. Neste contexto Freeman citado por Fialho (2007) apresentou três medidas de centralidade:

- **Grau** (degree) – cálculo do número de ligações adjacente para cada actor. Um maior número de ligações directas, proporciona uma maior actividade na rede, ou seja, um maior número de contactos do actor. Actores que apresentem um número mais elevado de vínculos, são menos dependentes de outros actores e tornam-se mais poderosos. “ Os actores que apresentam um maior número de vínculos com outros actores são os que possuem posições mais vantajosas. Atendendo a que beneficiam dum número significativo de vínculos têm também mais formas alternativas de satisfazer as suas necessidades e, conseqüentemente, são menos dependentes dos outros actores. Por outro lado, em virtude de serem detentores dum número elevado de vínculos, podem beneficiar de mais recursos do conjunto dos recursos disponíveis na rede.” (Haneman, 2001 citado por Fialho 2007:74).

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

No que respeita aos dados de relações orientadas é fundamental reconhecer a centralidade assente nos graus de entrada e a centralidade assente nos graus de saída. Se o actor recebe muitos vínculos domina-se de “proeminente” ou “prestígio”, por sua vez os actores com enormes capacidade para interagir com outros, são normalmente designados por “influentes”.

- **Proximidade** (closeness) – remete à proximidade de um actor face aos outros todos, incluindo ligações directas e indirectas, demonstrando como está susceptível de receber informações, poder, prestígio e influência, ou seja qual o seu nível de autonomia ou de independência dos actores. Deste modo quanto mais distante um actor se encontra, mais autónomo será no que respeita às suas escolhas de acção.

- **Intermediação** (Betweenness) – O grau em que actores estão situados entre pares de outros actores. Neste sentido o actor pode ter uma posição favorável, na medida em que se encontra num ponto de passagem obrigatório, ou seja , ocupa uma posição chave. “A centralidade de intermediação advoga a ideia de que um indivíduo pode estrategicamente ligado aos outros e mesmo relativamente afastado, mas serve de intermediário para um número significativo de escolhas dos outros membros do grupo” (Hanneman, 2001 citado por Fialho 2007:75).

Nas relações intra e inter organizacionais, a compreensão das redes assenta fundamentalmente na “relação de troca”, ou seja verifica-se uma troca interdependente, recíproca, dinâmica e continua, entre os actores. Neste sentido os actores devem assumir-se como um processo envolvente, do qual aprendem as suas capacidade e necessidades. (Corvelo *et al.*, 2001 citado por Fialho 2007)

As relações que vinculam os actores, geram processos de socialização por interacção, ao qual se define como intuição estrutural. (Porrás, 2001 citado por Fialho 2007) Por outro lado, de acordo com o mesmo autor, para além de ter subjacente uma estrutura, esta articulação detém propriedades relacionais, de acordo com relação que cada actor estabelece na rede (análise posicional).

Na base desta análise estão os seguintes princípios:

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

- O **princípio da centralidade** representa o ponto da rede no qual existe um maior número de recursos, funções e competências. A partir deste princípio é possível identificar os seguintes actores na rede:

“**Actores centrais** que se encontram situados numa posição de decisão na rede. Participam no quotidiano da rede, ao nível das discussões, através da sua relação simbiótica na definição dos resultados.

Actores intermédios que mesmo sem se situarem no centro da rede, conseguem exercer a sua influência através de alianças com outros actores.

Actores periféricos que se situam nas zonas mais distantes da rede e raramente conseguem influenciar os actores mais centrais.”
(Fialho, 2007:122)

- O **princípio de intermediação**. Trata-se da posição no meio de outros actores, na qual os indivíduos podem assumir um grau de poder e controlo as interacções, estes são denominados por «*brokers*».

Em qualquer rede social também existem elos que estabeleçam uma relação mais íntima, denominados por cliques, ou seja, grupos de actores aos quais cada um está directamente e fortemente ligado aos restantes. Estes podem ser representativos de uma instituição ou mesmo como uma movimentação em torno de um determinado problema. (Marteleto, 2001)

1.2 - Qualidade nos cuidados de saúde

A definição de qualidade nos cuidados do saúde é algo vasto, e que necessitaria de um grande aprofundamento e pesquisa sobre este tema, no entanto o que se pretende é a realização de uma síntese reflexiva, com vista dar um maior ênfase á importância da avaliação da componente estrutural.

1.2.1 - Garantia da Qualidade nos cuidados de Saúde

Saúde não é um estado ou condição estável, mas sim um conceito vital, sujeito a constante avaliação e mudança. (Bolander, 1998)

O sentido de saúde “é variável aberto a múltiplas interpretações” (Honoré, 2002:18). O mesmo autor afirma que nos últimos vinte anos os estudos e pesquisas sobre saúde multiplicaram-se para dar resposta há sua subjectividade.

Neste contexto, o Homem enquanto ser social, a sociedade/cultura assumem então uma importante influência, na definição de saúde e na forma como esta é “olhada”, ou seja na sua qualidade. Na medida, em que atribuem um significado coeso e padronizado, permitindo ao homem perceber e compreender este conceito mesmo não existindo uma definição única. (Helman, 1994)

Entende-se portanto qualidade em saúde um conceito vasto e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa vida ou profissão, sendo este conceito difícil de definir já que está dependente das características inerentes a cada um de nós.

Embora “todas as pessoas admitem que a qualidade é necessária, benéfica esta só é possível se existir um grande compromisso da organização.” (Mezomo, 2001:58)

Segundo Deming citado por Nóbrega, Varanda, & Silvia (2004) a qualidade deverá estar de acordo com as necessidades globais de cada cliente. Juran revela-nos que a qualidade é a “aptidão para o uso” (Juran citado por Nóbrega, Varanda, & Silvia, 2004:40), definindo assim três processos fundamentais para atingir a qualidade: o planeamento da qualidade, o controlo

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

de qualidade (avaliação do desempenho no domínio da qualidade) e a melhoria da qualidade.

Muito mudou, no final do século XX, pela primeira vez surgem meios para medir a efectividade das intervenções, ou seja a qualidade dos cuidados, contudo a prestação de cuidados de qualidade é um conceito difícil de definir: a “qualidade é o que faz uma coisa ser o que é: natureza carácter, atitude; grau de bondade , excelência.”(Chamber`s Dietianary citado por Kemp & Richardson, 1995: 2) De acordo com o mesmo autor muitos pensadores não conseguiram isolar a qualidade de modo a poder defini-la. No mesmo âmbito, outros autores assumem que “ a melhor definição de qualidade dos cuidados de saúde que podemos oferecer seria uma folha em branco.” (Nóbrega, Varanda, & Silvia, 2004:56)

Neste contexto, a OMS definiu qualidade tendo como base o objectivo da saúde. “ Qualidade é... a comparação de como o nível dos cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como nível desejado e cuidados”. (Kemp & Richardson, 1995:3) O nível de cuidados desejados insere-se numa decisão política, na medida em que não poderão exceder os custos ou seja demasiado dispendiosos ou de baixo custo colocando em perigo os utentes.

Donabedian citado por Nóbrega, Varanda, & Silvia (2004) foca dois domínios de qualidade em saúde o domínio técnico, que consistiria na “aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados” (Donabedian, citado por Nóbrega, Varanda, & Silvia, (2004:59), e o domínio interpessoal que se relacionaria com os valores e normas de cada indivíduo cimentados pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente, ou seja, o conceito de qualidade em saúde implicaria “a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes” (Nóbrega, Varanda, & Silvia, 2004:59).

A avaliação da componente estrutural da garantia da qualidade é tão essencial como os outros componentes processos e resultados, todos estes componentes são fundamentais para obter um sistema de sucesso.

Na medida em que “uma avaliação da estrutura examina o local em que os cuidados são prestados e inclui a apreciação da instalação, equipamento, fornecimentos, recursos humanos, serviços de apoio e financiamentos. É preciso que os recursos estejam assegurados, mas aquando utilizados isoladamente

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

não constituem garantia da excelência dos cuidados” (Wil 1983 citado por Kemp & Richardson, 1995: 51)

Neste sentido, se os profissionais de saúde compreenderem o que fazem e como podem articular-se permitirá obter um enquadramento conceptual visando a melhoria dos cuidados. O papel da enfermagem, neste contexto, incide na avaliação da estrutura dos cuidados prestados. Deste modo deve existir um compromisso assumido por todos, com o objectivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos doentes e à respectiva família. (Sale, 1998)

O sucesso de qualquer empreendimento humano depende do modo como os profissionais comunicam entre si, na medida em que uma comunicação deficiente é responsável por imperfeições organizacionais. Neste contexto, é importante examinar regularmente o processo de comunicação para identificar barreiras.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, assim as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade em cada domínio específico. A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, tem um contexto de utilização local (Ordem dos enfermeiros, 2001)

As instituições são responsáveis por adequar os recursos e criar estruturas que promovam um exercício profissional de qualidade. Esta exige uma reflexão com o intuito de definir objectivos e delinear estratégias para os atingir.

Estamos certos de que não basta aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde são responsáveis e devem comprometer-se a criar um ambiente favorável a sua implementação e consolidação. Os projectos de qualidade deveram fazer parte da rotina, em vez de entrarem em conflito com ela. (Ordem dos enfermeiros, 2001)

A organização dos cuidados deverá ter por base uma permanente excelência no exercício profissional, na organização dos cuidados é importante ter em conta, uma partilha adequada de informação, esta deve ser encarada como uma estratégia fundamental para a melhoria da continuidade de cuidados de saúde.

As dificuldades sentidas na gestão da informação na saúde, têm levado a que os profissionais de saúde demonstrem um crescente envolvimento nos

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

processos de desenvolvimento de sistemas de informação, que permitam uma utilização racional e eficiente desta, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, e uma melhor articulação. “É consensual a necessidade básica de aceder à informação gerada pelos enfermeiros, garantindo que esse acesso se torne extensivo a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz.” (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005:369)

Contudo para que exista uma partilha nas diferentes áreas torna-se necessário definir com clareza a informação que deverá ser documentada e partilhada. É fundamental a existência de estruturas sólidas, com capacidade para reunir, guardar e facultar a informação de modo a torna-la acessível a todos aqueles que a desejam utilizar. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

“É neste sentido que otimizar o fluxo de informação numa instituição de saúde precisa de ser encarado como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao cidadão.” (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005:369)

As principais limitações para o desenvolvimento destas estratégias incidem; na pouca familiaridade dos enfermeiros com tecnologia, o não envolvimento efectivo nas estratégias de articulação, o elevado custo de implementação de tecnologias, a diferença entre o conhecimento formal e informal, a falha de estruturação dos dados. Daí urge a necessidade de desenvolvimento da uniformização dos cuidados de modo a otimizar a comunicação. Nomeadamente na articulação entre as diferentes instituições dividida entre “Centro Saúde” e “Hospital”, a troca de informação é escassa ou inexistente, o acesso não é extenso a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

“A deficiente articulação/circulação de informação entre estes contextos de cuidados de saúde, relacionada com a forma como a informação é disponibilizada aos seus utilizadores, não permite uma resposta adequada às necessidades de informação sentida pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão em enfermagem para a continuidade de cuidados entre os diferentes contextos das práticas”. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005:369)

A ausência de informação e o encaminhamento da mesma dentro do sistema, em concordância com a ausência de estratégias de ingresso de recursos e da articulação de contexto de cuidados, agrava ou impossibilita o acesso aos meios existentes em tempo útil. Existe neste contexto, a

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

necessidade de ultrapassar a dicotomia “Centro Saúde” – “Hospital” através da articulação em rede , o que implica o estabelecimento de linhas de articulação. (Sousa *et al*, 2005)

As barreiras ao fluxo e partilha de informação são imensas fazendo com que as informações relevantes não cheguem em tempo útil. Por isso surge a necessidade de estabelecer ou reforçar relações entre os diversos intervenientes, facultando o estabelecimento de novos canais. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

Os enfermeiros salientam a necessidade da partilha de informação, no estudo realizado por Sousa, Frade, & Mendonça, (2005) existiu nível de consenso moderado face a necessidade de informação ser partilhada de forma contínua e em tempo real, devendo conter dados sobre o contacto com o enfermeiro do contexto hospitalar e com o enfermeiro do centro de saúde.

Na perspectiva dos enfermeiros, a troca de informação entre as diversas instituições de saúde implica a utilização de uma rede, devendo ser rentabilizadas as suas potencialidades nomeadamente na criação de canais de comunicação e interação entre os profissionais de saúde, que promovem a articulação entre os diferentes contextos de cuidados, face à actual ausência de uma estrutura automatizada de circulação de informação, que permita a integração das diferentes componentes de informação. A articulação da informação tem grande relevância na continuidade dos cuidados, para os enfermeiros. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

Em suma, o objectivo fundamental é melhorar significativamente a continuidade, o acesso e a qualidade dos cuidados, viabilizando uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para uma melhor prestação de cuidados. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

Para trabalhar em saúde é fundamental a articulação das acções dos diversos profissionais, estas são relevantes para o desenvolvimento do trabalho e indispensáveis no funcionamentos das equipas multidisciplinares. Este é um desafio para os profissionais de saúde. (Colomé, Lima, & Davis, 2008)

Evidenciou-se no estudo que a articulação das acções da equipa é prejudicada pela excessiva ocupação do serviço, nomeadamente a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo dos profissionais que deste modo não conseguem desenvolver estratégias, ficando estas restritas aos momentos de reunião da

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

equipa, realidade que exige na sua opinião uma reorganização e solução para o problema, na medida em que as dificuldades da equipa em realizar um trabalho efectivamente articulado interfere na qualidade da assistência prestada. (Colomé, Lima, & Davis, 2008)

Reconhe-se neste contexto a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados baseados em evidências empíricas que constitui uma base estrutural importante para a melhoria continua da qualidade. (Ordem do Enfermeiros, 2001)

São elementos relevante face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:

- “A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente,
- As intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.” (Ordem do Enfermeiros, 2001:15)

1.3 - Cuidados Continuados

Se acreditarmos que as crianças com diabetes podem viver num contínuo de bem estar, então facilmente compreendemos que os profissionais desempenham um papel fundamental na continuidade dos cuidados.

1.3.1 - Contextualização Cuidados continuados

A OMS (2002) citado por Souza (2006) referiu que as principais causas de morbilidade e mortalidade eram doenças infecciosas, contudo na segunda metade do século XX têm início o aumento das doenças crónicas. Embora associadas ao processo de envelhecimento das populações, ocorrem em todas as idades.

A evolução, as transformações sociais e políticas das últimas décadas, promoveram mudanças significativas nas populações actuais, o envelhecimento das populações, uma maior actividade da mulher fora de casa, o aumento das doenças crónicas ... têm levado à reorganização dos cuidados de saúde e do profissionais.

“ A promoção da continuidade dos cuidados pode representar sem dúvida, uma diminuição de custos pessoais, sociais e económicos quer para o doente, quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes.” (Morreira 2002 citado Augusto & Carvalho, 2002:13)

A prestação de cuidados continuados é um direito fundamental do utente, promove o seu bem estar e da sua família; permite rentabilizar as camas hospitalares e diminuir os custos com a saúde. (Augusto & Carvalho, 2002)

O planeamento da alta hospitalar, capacitação da família, apresenta-se como estratégias a desenvolver para melhorar a continuidade dos cuidados ao doente.

A alteração das rotinas familiares, o contacto com a doença leva inúmeras vezes a uma situação de crise. A intensidade com que esta é vivenciada está relacionada com a utilização dos recursos familiares disponíveis e também com as fontes externas de suporte.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

A continuidade dos cuidados exige uma resposta atempada, às problemáticas do doente e família, garantindo a eficácia do atendimento e prestação de cuidados. O que implica uma perfeita coordenação dos recursos existentes na sociedade.

“Neste âmbito, para garantir a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, as equipas de saúde são responsáveis pelo referido planeamento, devem identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta” (Augusto & Carvalho, 2002:47)

É neste contexto, que advém a necessidade de uma reorganização social e familiar que de algum modo permita dar respostas garantindo a continuidade dos cuidados.

“No entanto não basta o empenho isolado das equipas de saúde se concomitantemente não existirem redes sociais de apoio organizadas e acessíveis”. (Augusto & Carvalho, 2002:49)

Tendo presente que as redes, de acordo com a natureza da sua estrutura se podem dividir em redes de apoio formal e informal. As redes de apoio formal incluem : o hospital, o centro de saúde, a APDP e as escolas do concelho do Barreiro. Contudo num país de escassez de recursos e ausência de medidas que promovam a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados após alta, a rede informal surge com o centro dos cuidados.

Neste contexto, Rodriguez et al (2001) citado por Augusto & Carvalho (2002), descreve a família ou pessoa significativa como o “cuidador informal”, ou seja a pessoa que proporciona a maioria dos cuidados e apoio diário , sem qualquer remuneração.

A ligação dos cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, parece ser um novo caminho a percorrer. “Esta articulação permite um trabalho em equipa multidisciplinar, ou seja, é constituída por um conjunto de elementos de áreas afins que, através de esforços organizados, utilizam as qualidades individuais, competências e experiências no sentido de prestar cuidados de saúde de qualidade ao indivíduo, família e comunidade” . (Cunha, 1999 citado por Augusto & Carvalho, 2002:57)

A readaptação das organizações é importante para promover e desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, neste contexto são importantes elementos como:

- “A continuidade do processo de prestação de cuidados

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

de enfermagem;

- O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- A optimização das capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o regímen terapêutico prescrito;
- O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.” (Ordem do Enfermeiros, 2001:15)

Neste contexto, com o intuito de prestar melhores serviços às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica, de diminuir o número de internamentos desnecessários e aumentar a capacidade da intervenção do apoio social, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Foi criada recentemente, em Portugal, contribuiu essencialmente para dar visibilidade e aumentar a sensibilidade para a problemática da dependência dos idosos. (Almeida, 2008)

Embora o presente trabalho reflecta sobre a Rede de apoio á criança com diabetes, o estudo incidiu fundamentalmente na articulação de duas grandes instituições o “Hospital” e “Centro de Saúde”. Na medida em que, não foram encaminhadas crianças para a rede nacional de cuidados continuados integrados, de acordo com os dados estatísticos apresentados por Almeida (2008) face ao HNSR.

1.4 - Doença Crónica

As doenças crónicas fazem parte do nosso dia a dia, enquanto profissionais de saúde desafiam a nossa prestação de cuidados diariamente, na medida em que são limitadoras. O que promove que este grupo de crianças/adolescentes portadoras de doença crónica recorram com grande frequência ao apoio dos profissionais de saúde.

1.4.1 - Conceito Doença Crónica

Mendes (2004) defende que as doenças crónicas são variadas e pode atingir qualquer indivíduo, assume uma maior importância na medida em que altera a vida do indivíduo e família.

De acordo com o despacho conjunto nº861/99 alínea b) do ministério da saúde citado por Mendes (2004:20), a doença crónica é “ uma doença de longa duração com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ou laboral, que se manifeste particularmente afectado.”

De acordo com (Wong, 1999) não existem definições e taxas de prevalência exactas de doenças crónica. Contudo estima-se que nos Estados Unidos, 31% das crianças com menos de 18 anos sofrem de doenças crónica. Mendes (2004) também afirma que é difícil quantificar a percentagem de população que desenvolveu doença crónica num determinado período. Deste modo afirma que “é difícil conhecer a percentagem da população portuguesa que tem doença crónica.” (Mendes, 2004:21)

Embora a doença crónica assuma um maior número em pessoas idosas será redutor afirmar que apenas só estas são portadoras de doença crónica.

Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas, & Oliveira,(2003) citando Garralda, (1994) refere que 15 a 18% da população infantil é portadora de doença crónica. Kuczynski, (2002) citando (Graham e Turk, 1996) afirma que uma em cada seis crianças pode ser portadora de doença crónica considerada menor , e que 10 % são portadoras de uma condição de maior gravidade, citando (Neff e

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Anderson, 1995). Contudo estima-se que três milhões de crianças nos Estados Unidos são portadoras de doença crónica. Outros autores afirmam mesmo que 30% da população pediátrica é detentora de uma condição de saúde crónica (Stein, 1992), neste contexto Kuczynski (2002), afirma que a percentagem de criança com doença crónica, depende dos critérios utilizados para classifica-la como portadora de doença crónica.

A doença crónica promove aos profissionais de saúde, contextos de cuidados, durante longos períodos de tempo, as relações entre profissionais de saúde, crianças com doença crónica e familiares, estreitar-se-ão num processo longo de partilha. (Marinheiro, 2002 citado por Oliveira 2004)

Neste sentido, “as actuações dos cuidadores são levadas a evoluir afastando-se do modelo prescritivo forte sobre o qual se fundavam as relações assimétricas entre cuidadores e pacientes” (Bautzer2003:9 citado por Oliveira 2004:68)

Se acreditarmos que as crianças com doença crónica podem viver num processo de bem estar continuo, maximizando o equilíbrio no quotidiano, pode-se afirmar que os profissionais desempenharão um papel importante para que tal aconteça. (Oliveira, 2004) Neste contexto a autora supra citada afirma que os profissionais de saúde poderão e deverão vir a ter um papel único na ajuda a estas crianças, na autonomia e nomeadamente na articulação e flexibilização das organizações em rede. Deste modo, “os profissionais de saúde são as pessoas que podem ajudar a aligeirar e a direccionar este fardo” (Oliveira, 2004:70)

No entanto um dos maiores desafios, incide em encontrar continuamente recursos e respostas para as debilidades das crianças com patologia crónica. (Oliveira, 2004) Cabe a cada profissional desempenhar um papel único, com objectivos delineados, visando a melhoria continua dos cuidados. (Sale,1998)

A qualidade dos cuidados tem inicio com a participação efectiva e concreta da comunidade no estabelecimento de prioridades, na tomada de decisões e elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde . (OMS citado por Oliveira 2004)

Neste encadeamento, o diagnóstico da articulação centro de saúde hospital surge como algo inovador, complexo que permitirá compreender as características da rede social de suporte à criança com patologia crónica, a diabetes e dar resposta visando a melhoria dos cuidados.

1.4.2 - Diabetes

O número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 (Hanas, 2007) tem vindo a aumentar por todo o mundo, contudo são os países desenvolvidos que apresentam uma maior percentagem de crianças com diabetes.

Nos Estados Unidos estima-se que surjam cerca de 13.000 novos casos de diabetes anualmente e cerca de 125.000 são doentes com idade inferior aos 19 anos. (American Diabetes Association citado por Hanas, 2007)

Em Portugal, existem aproximadamente 1.300 crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos. (Hanas, 2007)

Tem sido notório, o lento mas constante aumento do número de casos diagnosticados por ano, nomeadamente nas faixas etárias mais jovens. (Dahlquist; Mustonen 1995 citado por Hanas, 2007)

A Diabetes Tipo 1 é insulino-dependente, significa que o tratamento com insulina é crucial, neste tipo de diabetes as células pancreáticas são destruídas pelo próprio organismo, através de um processo denominado “auto-imune” ou seja, estes doentes necessitam de insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de produzi-la. (Hanas, 2007)

Neste contexto “está a ser feito um enorme esforço de investigação no sentido de encontrar as causas da diabetes e a cura para esta doença. Entretanto, temos de facilitar o mais possível a vida das crianças e jovens que convivem com a diabetes”. (Hanas, 2007:XIII)

Deste modo, o sucesso do seu controlo depende da motivação e aptidão da criança/adolescente e família para cuidar de si ou dos seus, muitas vezes independentemente da ajuda dos profissionais (Swift citado por Hanas, 2007).

No entanto, é fundamental que os médicos, enfermeiros, dietistas e todo o pessoal interveniente no apoio estejam informados sobre a doença, de modo a que esta seja tratada adequadamente, o que requer um trabalho conjunto, no apoio aos doentes e familiares. (Brink citado por Hanas, 2007). O tratamento é adaptado a cada diabético, dependendo de factores como: idade, exercício físico, hábitos alimentares, horários.

Com o aumento das despesas de saúde, actualmente o tratamento em ambulatório é mais comum, o que requer uma equipa permanente, para dar

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

apoio. Desta forma, é natural que numa fase inicial, a família e a criança/adolescente tenham dificuldade em aceitar a diabetes, na medida em que necessitam de algum tempo para se ajustar à nova situação, o que exige uma maior disponibilidade dos profissionais de saúde.

Contudo, é fundamental que os pais partilhem os cuidados diários à criança com diabetes, mesmo que necessitem de consultar diversas vezes, estes profissionais, na medida em que “a diabetes é uma doença que pode causar muitos inconvenientes, mesmo nas famílias mais “normais” e equilibradas”. (Hanas, 2007:7)

O principal objectivo no controlo da diabetes é minimizar a gravidade dos sintomas e os efeitos secundários. Neste sentido, é fundamental que a criança/adolescente cresça e se desenvolva num ambiente que assegure cada etapa do tratamento diminuindo os distúrbios na sua vida familiar e escolar.

Após o diagnóstico, no regresso à escola é importante o apoio dos amigos e professores, é essencial a deslocação de um enfermeiro especialista à escola para falar sobre a diabetes, é muito útil quando existe a compreensão dos professores e alunos.

Deste modo, quando uma criança em idade escolar tem diabetes, é uma boa ideia delinear um plano Individual de cuidados, numa cooperação entre pais, tutores, equipa de saúde e escola, (Hanas, 2007) pois esta tem influências na qualidade de vida de qualquer doente. Se para uma criança pequena as injeções são a parte mais difícil, para crianças mais velhas, as regras de pontualidade alimentar e terapêutica, são as mais difíceis de atingir.

O que se supõe, que a articulação adequada e eficaz dos profissionais da saúde é fundamental, pois se não existir a certeza dos objectivos e dos regimes de tratamento, ir-se-á agravar a situação. (Hanas, 2007)

Torna-se então indispensável, para colaborar no tratamento de uma criança com diabetes, compreender os efeitos da actividade física, da alimentação e da insulina nos níveis de açúcar no sangue, e ter presentes algumas noções sobre a natureza da diabetes.

Desta forma é desejável o intercâmbio da equipa de saúde/escola, é fundamental que seja fornecida ao professor, informação escrita contendo normas precisas e detalhadas de actuação e contactos. (Pina & Fadista, 2007)

O programa Nacional de Saúde Escolar define como área de intervenção, a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais o que

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

prevê o seu acompanhamento pelas equipas de saúde escolar com orientações da Direcção-Geral da Saúde. Contudo no início do ano lectivo, não dispensa o planeamento envolvendo profissionais responsáveis pelo tratamento da criança (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) os pais e professores. (Pina & Fadista, 2007)

“Professor e equipa escolar necessitam:

- Comunicar aos pais qualquer alteração da rotina escolar, nomeadamente festas de aniversário ou actividades fora da escola
- Informar os pais sempre que durante o dia se verifiquem episódios de hipoglicémia mesmo que correctamente tratados e não deixar a criança ir para casa sozinha depois um destes episódios
- Ter alguns conhecimentos sobre a Diabetes e o seu tratamento
- Conhecer o plano de cuidados diários da criança e saber exactamente de que forma pode ajudar, quem e quando contactar
- Reconhecer os sinais de hipoglicémia e saber como actuar de imediato
- Compreender a importância de regras em relação ao plano de refeições e da actividade física
- Compreender a necessidade de determinação de glicemias”. (Pina & Fadista, 2007:p.d)

De acordo, com a necessidade de inverter a tendência do crescimento da diabetes em Portugal e a necessidade de aumentar os ganhos em saúde, novas estratégias surgiram, dando origem à nova versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, tais estratégias assentam na prevenção primária através da redução de factores de risco, adaptação de estilos de vida saudáveis, na prevenção secundária, no diagnóstico precoce e no tratamento adequado e na prevenção terciária, não contemplada no presente trabalho.

Neste contexto, as estratégias só terão êxito se forem desenvolvidas numa infra-estrutura sólida que complete a capacidade organizativa, a formação dos profissionais de saúde para responder às exigências dos cuidados prestados. (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008)

A rede de apoio à criança com diabetes no conselho do Barreiro é estabelecida de forma pouco clarificada, na qual a sua representação incide

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

fundamentalmente num grupo de profissionais do hospital e centro de saúde que detêm interesses e objectivos mútuos, ou seja cuidar a criança com diabetes.

No entanto, após a criação da consulta da diabetes pediátrica parece existir um maior empenho e articulação entre os profissionais dos sectores de saúde (Urgência pediátrica, Internamento Pediatria, Consulta Diabetes, Saúde Escolar, Saúde Infantil), intervenientes no tratamento à criança com diabetes.

2 - Opção Metodológica

Vários pesquisadores, em especial enfermeiros, mostram-se interessados pelas famílias que convivem com doenças crónicas. (Ribeiro, 2005)

A diabetes enquanto doença crónica constitui um caminho longo, difícil e imprevisível, para as crianças/adolescente e família. Esta, é responsável pela alteração da qualidade de vida, suscitando momentos de crise familiar de grande intensidade. De um modo geral, a diabetes afecta a vida familiar, o relacionamento com as outras pessoas e com os cuidados de saúde. (Mendes 2004)

Deste modo, julga-se pertinente identificar e compreender a rede social existente no apoio às crianças com diabetes, de forma a auxiliar as famílias e perspectivar uma melhoria continua dos cuidados prestados.

Neste encadeamento, o hospital deverá ter a capacidade de monitorizar o seu ambiente externo para perceber quais as instituições que o poderão auxiliar-lo ou afectá-lo, maximizando a qualidades dos cuidados prestados. De um modo geral “a Construção e dinamização de redes inter-organizacionais e consequentes processos de cooperação pode resultar no êxito das organizações” (Fialho 2007:8)

Neste contexto, é fundamental constatar e analisar as limitações desta rede social, procurar lacunas e adoptar estratégias para maximizar a qualidade dos cuidados prestados, ou seja, o modo como as organizações estão conectadas é, extremamente, útil para compreender os seus atributos e comportamentos. (Hanneman, 2001)

Frequentemente, sente-se que não se possui argumentos conceptuais que fundamentem a nossa forma de ver o mundo e as nossas opções. A maior parte das vezes os argumentos não são aprofundados de um conhecimento científico que nos confira certezas, e nos confronte com dúvidas e desafios.

Neste sentido, “é necessário maior envolvimento e integração entre enfermeiras assistenciais e pesquisadoras para ampliar a discussão sobre o tema e avançar em contribuições práticas.” (Knafl, 1992 , Knafl & Gillis, 2002 citados por Ribeiro,2005:38)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Deste modo o tema proposto no presente trabalho é **“Diagnóstico e análise da rede social: o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes”**

Actualmente, ocorre uma sobrecarga económica no sistemas de saúde, os doentes crónicos enchem as consultas e os hospitais consumindo uma percentagem considerável dos recursos. (Mendes, 2004)

Mesmo com o avanço das tecnologias, algumas doenças, nomeadamente a diabetes, promovem alterações, orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados de adaptação.

As crianças e adolescentes portadores de diabetes têm o seu quotidiano modificado, apresentam limitações físicas resultantes da doença o que leva a tratamentos e hospitalizações frequentes. (Lima & Vieira, 2002)

Deste modo, se acreditarmos que estas crianças podem viver num processo de bem estar contínuo, minimizando as hospitalizações, então os profissionais de saúde poderão desempenhar um papel importante para que tal aconteça, melhorando a continuidade dos cuidados. (Oliveira, 2004)

Neste contexto, a autora supra citada afirma que os profissionais de saúde deverão desenvolver um papel único, na autonomia e nomeadamente na articulação e flexibilização das organizações em rede. Contudo, um dos maiores desafios incide em encontrar continuamente recursos e respostas para a eficácia da articulação.

O diagnóstico e análise das redes sociais existentes surge, neste contexto, como algo inovador, complexo que permitirá compreender as características da rede social de suporte à criança com diabetes. Isto porque “as redes sociais surgiram nos últimos anos como um padrão organizacional capaz de expressar, através da sua arquitectura de relações, ideias políticas e económicas (...) com a missão de ajudar a resolver alguns dos problemas actuais.” (Fialho 2007:8)

Deste modo estabelece-se como objectivo geral desta dissertação:

- Analisar as redes sociais existentes no apoio às crianças com diabetes do concelho do Barreiro e sinalizadas pelo HNSR.

E como objectivos específicos os seguintes:

- Analisar as potencialidades e limitações existentes na acção dos actores da saúde na rede social do concelho do Barreiro

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

- Caracterizar o perfil das redes sociais existentes no apoio às crianças com diabetes do concelho do Barreiro
- Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças com diabetes do concelho do Barreiro.

2.1 - Natureza do estudo

A metodologia de pesquisa é um processo que se inicia desde a disposição inicial de se escolher um determinado tema, para pesquisar até a análise de dados. Com as recomendações para minimização ou solução do problema pesquisado. (Oliveira , 2004)

Considerando o objecto de estudo e os seu objectivos optei, para esta investigação, a realização de uma investigação de natureza qualitativa, e quali-quantitativa.

A metodologia utilizada assenta numa abordagem essencialmente qualitativa, na medida em que o estudo “busca compreender seu fenómeno de estudo em seu ambiente usual (como as pessoas vivem ou se comportam ou actuam; o que pensam; quais são as suas atitudes, etc.)” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2003:11)

No entanto para uma melhor compreensão do facto em estudo, optou-se pela realização de uma abordagem quali-quantitativa, através das unidades de enumeração e da análise redes sociais.

Não se pretende generalizar resultados a uma população muito ampla, nem obter amostras representativas, procuro sim, descrever e analisar as redes sociais existentes no apoio à criança diabetes, seguidas no Hospital Nossa Senhora do Rosário. Ambiciona-se tentar explica-las de modo a conseguir expor os resultados de forma detalhada e a obter dados fidedignos que expliquem as redes sociais de apoio.

A opção do tipo de estudo, recaí sobre a realização de um estudo de caso, na medida em que pretende-se estudar uma entidade bem definida, as redes sociais de apoio à criança com diabetes, visa-se conhecer em

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

profundidade o fenómeno em estudo. Alguns autores (Sampieri, Collado, & Lucio, 2003) definem caso como: unidade básica de pesquisa, ou seja, uma pessoa, uma família, uma comunidade etc. Do ponto de vista dos mesmos autores um caso deve de ser tratado com profundidade, compreendendo por completo a natureza, as circunstâncias, o contexto e as características do fenómeno em estudo.

Pretende-se que o estudo de caso se debruce sobre uma situação específica, que se supõe particularista da população, a informação que se obtém é única neste contexto o estudo apresenta um carácter exploratório.

Na medida em que “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipótese pesquisáveis para estudos posteriores.” (Gil, 1995:44)

Com isto deseja-se proporcionar, oferecer uma visão alargada ou mesmo global do fenómeno em estudo para a população e por outro lado descrever os dados obtidos simplesmente “como são”, atribuindo deste modo um carácter descritivo ao estudo em questão.

Isto porque “os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta à análise” (Danhke , 1989 citado por Sampieri, Collado, & Lucio, 2003:101)

2.2- Caracterização do contexto em estudo.

O concelho do Barreiro, situa-se na margem sul do Tejo, do distrito de Setúbal é composto por oito freguesias: Barreiro; Lavradio; Palhais; Sto. André, Vederena; Alto Seixalinho; Sto. António Charneca e Coina. Abrange uma área geográfica de 33,81 km² com cerca de 79mil habitantes. (Wikipédia)

A cidade é oriunda, de uma aldeia ribeirinha repovoada após reconquista dos cavaleiros de Ordem de Santiago de Espada, terra de pescadores e gentes do campo, foi elevada a vila em 1521. Contudo o seu desenvolvimento ocorreu a partir 1861, com a exploração das linhas férreas e a implementação de indústrias pela companhia União Fabril.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

O Hospital Nossa Senhora do Rosário foi inaugurado a 18 Janeiro de 1959, dirigido pela Santa Casa da Misericórdia, funcionou durante trinta anos com apenas cento e quinze camas.

O edifício actual foi inaugurado a 17 de Setembro de 1985 com um maior número de especialidades, passando a ser designado de Hospital Distrital do Barreiro que em 1995 viu novamente a sua designação alterada para HNSR por despacho do Ministro da Saúde.

O HNSR é um hospital distrital com trinta e cinco valências clínicas, presta assistência ao nível de internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, assistência domiciliária, com uma área de influência que engloba quatro concelhos (Barreiro, Moita, Montijo, Alcochete) e uma população de cerca de 200 mil habitantes de acordo com Censos 2001.

O serviço de pediatria foi criado em 1985 com a missão de assegurar os cuidados de saúde das crianças e adolescentes, a actividade assistencial envolve as seguintes valências : Enfermaria de Pediatria, Neonatologia, Hospital de Dia, Consulta Externa, Urgência Pediátrica e Serviço de Observação.

O HNSR dispõe desde de 11 de Novembro de 2008 a consulta da Diabetes Pediátrica, esta têm como objectivo o ensino e plano terapêutico adequado à criança, com diabetes em todas as suas vertentes: insulina terapia, dieta, exercício físico e apoio psicoterapêutico.

A equipa multidisciplinar é composta por um pediatra, uma enfermeira, uma nutricionista, duas dietistas e uma psicóloga.

A consulta, geralmente, realiza-se todas as terças-feiras, mas a equipa está disponível diariamente para o esclarecimento de dúvidas ou necessidade de orientação.

As estratégias desenvolvidas implicam uma formação continua dos profissionais pelo que existe uma articulação continua com a APDP (Associação Protectora do Diabéticos de Portugal), na formação dos profissionais e no seguimento de alguns casos clínicos.

“... Estas linhas de articulação e referenciação permitem que as crianças sejam seguidas perto da sua área de residência, com um seguimento sempre baseado em linhas de orientação comuns, e que se discutam todos os casos clínicos em que a forma de apresentação ou evolução o justifique...”
(Desconhecido, 2008:3 citando Dr^a Elizabete Gonçalves)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“... O atendimento integral com uma equipa interdisciplinar, reunida num mesmo local e na área de residência, será um importante passo para uma mudança na qualidade de vida destas crianças, jovens e famílias, resultando numa melhor adesão ao tratamento em todas as suas vertentes, maior facilidade no trabalho de prevenção das complicações decorrentes da doença e significativa redução do número de internamentos por descompensação...”
(Desconhecido, 2008:3 citando Dr^a Elizabeth Gonçalves)

As crianças com diabetes podem ser encaminhadas para a consulta do HNSR pela APDP, internamento de pediatria e centro de saúde da área de residência.

2.3- Selecção e caracterização dos entrevistados.

A escolha dos entrevistados teve por base os objectivos do estudo, foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, foi seleccionada intencionalmente com o intuito de compreender a rede social existente no apoio á criança com diabetes, as suas limitações e potencialidades em três contextos distintos, a formação dos profissionais, a prevenção diabetes tipo II e o controlo e tratamento da diabetes tipo I.

Como local para a realização do presente estudo foram seleccionadas as seguintes entidades: Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Centro de saúde do Barreiro.

A amostra não é representativa de uma população vasta, contudo o principal objectivo é a compreensão do fenómeno em estudo, num determinado contexto.

Neste encadeamento, foi delimitado um grupo que tivesse inerente os seguintes pressupostos:

- Prestasse cuidados a crianças com diabetes em contexto Hospitalar ou Centro de Saúde.
- Ocupasse um cargo de chefia ou coordenação nas Instituições na área pediátrica, ou um lugar “chave” na articulação da rede.

Neste sentido, foram seleccionados onze profissionais de saúde. Foi definido à priori que o grupo seria constituído pela equipa multidisciplinar de apoio diabetes, enfermeira coordenadora da urgência pediátrica, enfermeira chefe da área pediátrica a directora do serviço de pediatria e uma enfermeira do

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

grupo crescer em parceria (criado com o objectivo primordial de melhorar a articulação Hospital - Centro Saúde). A nível do Centro de Saúde a enfermeira responsável pela saúde infantil e pela saúde escolar.

Quadro 1 – Caracterização dos entrevistados

Profissão	Instituição	Função na Organização	Anos de Serviço
Enfermeira	HNSR	Enfermeira Chefe	23 anos
		Enfermeira	
Enfermeira	HNSR	Coordenadora	10 anos
		Urgência Pediátrica	
Enfermeira	HNSR	Consulta Diabetes	16 anos
Enfermeira	HNSR	Consulta Diabetes	19 anos
Nutrição	HNSR	Consulta Nutrição	7 anos
Médica	HNSR	Directora Serviço	17 anos
		Pediatria	
Médica	HNSR	Consulta Diabetes	2 anos
Enfermeira	HNSR	Crescer Parceria	22 anos
Psicóloga	HNSR	Consulta Psicologia	5 anos
Enfermeira	CSB	Saúde Escolar	7 anos
Enfermeira	CSB	Saúde Infantil	10 anos

O grupo é composto maioritariamente por enfermeiros, por se encontrarem como maior número de profissionais envolvidos na prestação de cuidados é criança com diabetes. A maioria dos profissionais desempenham funções à mais de 5 anos, o que pode proporcionar um maior conhecimento da realidade em estudo.

2.4 -Técnicas e Instrumentos de Colheita de dados

Existem numerosas possibilidades quanto à escolha do método de recolha de dados. Neste caso foi realizada a escolha tendo em conta, qual o

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

instrumento de medida que consegue responder aos objectivos do estudo proposto. Neste sentido foi seleccionado como método a análise estrutural das redes sociais. Este método permitirá descrever e explicar as relações entre os actores sociais, tem como objecto de estudo as formas estáveis ou evolutivas que as relações entre actores adquirem.

Neste sentido, serão realizadas entrevistas, a pessoas com cargos significativos nas organizações intervenientes com o objectivo de recolher dados que demonstrem quais as redes de apoio formais e informais existentes.

“ A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.” (Albarelo, Digneffe, Hiernaux, & Saint-Georges, 1997:88)

Esta é o instrumento que permitirá “obter informações qualitativas sobre o funcionamento geral de um grupo ou de uma organização, assim como sobre muitos outros pontos.” (Lemieux & Ouimet 2008:47)

Neste contexto, optou-se para este estudo o inquérito por entrevista por este permitir o contacto directo com os inquiridos, facultar no esclarecimento das dúvidas que possam surgir, possibilitando explorar em profundidade aspectos pertinentes ao estudo.

Neste encadeamento, foi elaborado um guião de colheita de dados, com um conjunto de questões que pretendem ir ao encontro dos objectivos do estudo, cujos os indicadores e referentes encontram-se expressos no seguinte quadro.

Quadro 2 – Guião de Colheita de Dados

Situação de Investigação	Operação de Investigação	Problemática	Referentes	Origem dos Referentes	Instrumento
A rede da criança com diabetes no Concelho do Barreiro	Rede formal e da Criança com diabetes. Analisar as potencialidades e limitações existentes na acção dos actores da saúde na rede social do concelho do Barreiro.	Quais os recursos existentes na comunidade? Quais as limitação desses recursos? Quais as potencialidades desses recursos?	Concepções teóricas.	Teorias de investigação	Entrevista Semi-estruturada

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Situação de Investigação	Operação de Investigação	Problemática	Referentes	Origem dos Referentes	Instrumento
	<p>Perceber a intensidade das relações estabelecidas pelos actores.</p> <p>Compreender qual a intervenção de cada actor na rede.</p>	<p>Quais as instituições com que se articula com maior e menor frequência?</p>			
Formação Profissional	<p>A uniformização das práticas profissionais em prol de uma efectiva qualidade clínica, organizacional.</p> <p>Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças com doença crónica do concelho do Barreiro.</p>	<p>Que formação existe na área da diabetes?</p> <p>Com que frequência costumam participar?</p> <p>Qual a disponibilidade de tecnologias de informação que facilite o acesso aos profissionais saúde e professores?</p> <p>Com que parcerias se articulam para obtenção de formação?</p>	<p>Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde.</p> <p>Programa Nacional de Saúde Escolar</p>	<p>Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde. (2008)</p> <p>Programa Nacional de Saúde Escolar.</p>	Entrevista Semi-estruturada
Prevenção da diabetes	<p>Estratégias de Prevenção.</p> <p>Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças com doença crónica do concelho do Barreiro.</p>	<p>Quais as estratégias de prevenção da diabetes desenvolvidas ou planeadas?</p> <p>Com que parcerias se articula para o desenvolvimento de estratégias de prevenção?</p>	<p>Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde.</p>	<p>Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde. (2008)</p>	Entrevista Semi-estruturada

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Situação de Investigação	Operação de Investigação	Problemática	Referentes	Origem dos Referentes	Instrumento
Controlo da diabetes	Estratégias de controlo da diabetes.	Com que recursos se articula no tratamento e controlo da diabetes?			
		Qual a eficácia desta articulação na sua opinião?	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde.	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde. (2008)	Entrevista Semi-estruturada
Controlo da diabetes	Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças com doença crónica do concelho do Barreiro.	Com que recurso se articula com maior frequência e com menor frequência?	Programa Nacional de Saúde Escolar.	Programa Nacional de Saúde Escolar.	
		Quais as limitações dos recursos existentes no controlo da diabetes?			

As categorias foram estabelecidas de acordo com a situação em estudo, têm por base o plano Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, foi dado um maior ênfase às estratégias de prevenção primária e secundária (tratamento), bem como à formação dos profissionais de modo a compreender qual o impacto da articulação da rede na melhoria dos cuidados prestados, ou seja, não se pretende validar quais as estratégias a serem desenvolvidas, mas sim compreender quais os recursos e as limitações inerente à rede social de apoio à criança com diabetes.

Uma vez que , “só terão êxito se forem desenvolvidas numa sólida infraestrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a bases de dados e à informação indispensável à gestão do Programa.” (Candeias et al, 2008:6)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

2.4.1 - Processo de Recolha de Dados

O primeiro contacto com o Hospital Nossa senhora do Rosário e Centro de Saúde do Barreiro teve como objectivo principal verificar qual a disponibilidade das instituições para a realização do estudo.

Para a formalização da autorização foi redigida e enviada carta ao Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração do Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E e do Centro de Saúde do Barreiro. (Anexo I)

Posteriormente, a cada um dos profissionais de saúde, foram contactados pessoalmente com o intuito de explicar o objectivo do estudo, para pedir a sua colaboração no estudo.

O horário e dia da entrevista foi combinado, caso a caso, entre o entrevistador e o entrevistado, de acordo com a disponibilidade deste, foi deste modo possível garantir e realizar todas as entrevistas previstas inicialmente, num total onze.

Foi realizada também tentativa de contacto com as escolas, no entanto por o processo de recolha de dados ocorrer durante o período de exames e avaliações, não foi possível integrar este recurso no estudo, mesmo após contacto telefónico com as escolas que têm a seu “cuidado” crianças com diabetes.

O processo de recolha de dados teve início em Julho 2009 e ficou concluído em Agosto do mesmo ano.

As entrevistas foram gravadas em suporte áudio na sua totalidade, e transcritas posteriormente, tendo sido este facto consentido por todos os entrevistados.

Foi entregue no dia da entrevista consentimento informado para os entrevistados assinarem e consentirem a sua participação no estudo (Anexo II) em que se encontrava o tema da investigação, a informação sobre este e a disponibilização dos resultados bem como a garantia a confidencialidade das respostas a serem fornecidas.

As gravações das entrevistas foram integralmente transcritas, Contendo algumas incongruências gramaticais próprias do discurso oral, totalizando no final 37 páginas, que constam dos anexos desta dissertação (Anexo III).

Para dar resposta aos objectivos do estudo, foi utilizada uma abordagem qualitativa e posteriormente quali-quantitativa.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

A recolha de dados, foi efectuada por entrevistas, como foi descrito anteriormente. Numa primeira fase, após obtenção dos dados, estas foram sujeitas a uma análise de conteúdo por um processo de categorização, de forma análoga ao que é proposto por Bardin (1977).

As categorias emergiram à priori, ou seja, foram definidas previamente, tendo por base critérios como a homogeneidade, a exaustividade, a exclusividade, a objectividade e a pertinência destas.

A análise de conteúdo (Anexo IV), assentou nas seguintes fases:

Desmembramento dos textos – na qual procedeu-se à leitura das entrevistas e se seleccionou os conceitos e ideias predominantes, que dessem resposta aos objectivos destas investigação.

Seleção da Unidades de registo – nesta fase foi realizada a transformação dos dados em unidades de informação. “uma unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidades de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin,1977:98)

Determinação das Unidades de Contexto - esta “corresponde ao segmento da mensagem cuja dimensão são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.” (Bardin, 1977:100)

Unidade de Enumeração – nesta fase procedeu-se à quantificação aritmética, verificando-se com que frequência os entrevistados referem palavras ou ideias relativamente às categorias e sub-categorias.

Categorização – nesta fase procedeu-se à classificação através dos elementos constitutivos de um conjunto de ideias. Ou seja, “a categorização tem como primeiro objectivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.” (Bardin, 1977:113)

Neste encadeamento, através do conjunto de procedimentos de análise descritas anteriormente visou-se obter, indicadores quantitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens inerentes nas entrevistas.

A análise qualitativa permitiu a elaboração de deduções sobre o caso em estudo, contudo para uma compreensão mais aprofundada e uma standardização dos dados face ao tratamento da criança com diabetes foi elaborada uma análise da rede social e sua representação gráfica o tratamento dos dados foi realizado através do programa Ucinet 6.18 e visualização na aplicação Netdraw. O programa UCINET dispõe dum conjunto vasto de medias

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

as medidas descritivas, passando pelas medidas de detecção da coesão dos grupos (Cliques) até às medidas de equivalência. Contudo, para dar resposta aos objectivos do estudo apenas foram utilizadas as medida descritivas e de coesão de grupo (cliques).

Neste contexto, foram seleccionados para a construção das matrizes apenas os entrevistados que prestam cuidados e estabelecem contacto directo entre si. Não tendo sido contempladas as entrevistas, da Directora do Serviço de Pediatria e da Enfermeira que integra o grupo crescer em parceria.

3 - Descrição e análise dos resultados

Uma rede social pode ser definida como um conjunto de actores que estabelecem entre si vínculos, pode conter mais ou menos actores, muitas ou poucas relações. Mitchell (1969) citado por Serrano (2007:81)

Para a análise da rede formal existente no apoio à criança com diabetes recorreu-se às declarações dos profissionais de saúde validando quais os actores que são identificados como pertencentes à rede social.

Neste momento, pretendeu-se compreender, quais os principais actores e qual a sua intervenção na rede intra-hospitalar e extra-hospitalar.

Quadro 3 – Rede Formal – recursos intra-hospitalares

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (recursos na comunidade intra- hospitalar)	Consulta diabetes	8	72,7%
	Internamento de Pediatria	2	18,2%
	Consulta de nutrição	3	27,3%
	Consulta de psicologia	3	27,3%
	Consulta diabetes adultos	1	9,1%
	Consultas especialidades (oftalmologia, neuropediatria)	1	9,1%
	Ausência Resposta	2	18,2%
	Total Entrevistas	11	100 %

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Numa forma geral, de acordo com os dados no quadro 3, constatou-se que a consulta da diabetes apesar de recente é evidenciada por 8 dos inquiridos como o principal recurso intra-hospitalar, como se pode reforçar com algumas das afirmações inerentes nas entrevistas.

“Em relação à instituição mesmo a referência é a consulta da diabetes pediátrica que é relativamente recente na instituição e que pronto que presta cuidados no ponto de vista médico, de enfermagem, de nutrição e apoio psicológico quando necessário.” (E8:P1)

“... portanto as crianças ficam vinculadas há consulta de diabetes que começou muito pouco tempo Junho, Julho sensivelmente, oficialmente, inseridas dentro de uma equipa multidisciplinar...” (E9:P1)

“Sim eu acho que a nível interno temos o apoio de várias valências, aqui hospitalares nomeadamente a consulta diabetes, que tem um elemento médico e um elemento de enfermagem, elementos de enfermagem, temos o apoio psicológico através da consulta de psicologia, o apoio nutricional...” (E10:P1)

A consulta de nutrição e psicologia referenciadas por 3 dos entrevistados como recursos existentes, posteriormente o internamento de pediatria verbalizado por 2 e por fim outras valências hospitalares de adultos como a consulta diabetes adulto e as consultas de especialidades são referenciadas por 1 dos entrevistados, com objectivo de esclarecimento de dúvidas, e discussão de casos, como é notório nas seguintes afirmações:

“existe uma articulação da enfermeira da consulta de pediatria com a enfermeira da consulta externa isto no sentido de fazer uma formação ou tirar duvidas uma à outra.” (E3: P1)

“e depois o apoio que surgir adequado temos outras valências de especialidades no hospital nomeadamente, oftalmologia, neuropediatria, se houver necessidade, entre outras, portanto as valências da medicina interna” (E10:P1)

Dois dos profissionais, não identificaram qual a rede de apoio a nível hospitalar.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 4 – Rede Formal – recursos extra-hospitalares

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (recursos comunidade extra- hospitalar)	Centros de Saúde	10	90,9%
	APDP	4	36,4%
	Saúde escolar	1	9,1%
	Saúde Infantil	2	18,2%
Total Entrevistas		11	100 %

De acordo com o quadro 4, quase a totalidade dos inquiridos identificou o centro de saúde como o principal recurso existente na comunidade (10), seguido da APDP(4).

É verbalizado por alguns profissionais de saúde a fraca articulação com a comunidade e a carência de apoio embora seja identificada como existente, o que é verificado com as seguintes afirmações:

“praticamente a nível externo não são feita nenhuma articulação.”(E1:P1)

*“não há grande, não há grande articulação na área específica da psicologia”
(E5:P1)*

“Bom então é assim, a nível dos centros de saúde nós tentamos que as coisas articulassem bastante bem, no entanto temos nos deparado com algumas dificuldades,”(E7:P1)

*“Portanto os recursos existentes neste momento temos o centros de saúde com médico de família e a saúde infantil com a enfermeira responsável pela saúde infantil, numa primeira instância desde que as crianças cheguem até nós...”
(E9:P1)*

“A nível da comunidade eu penso que ainda carece aqui no Barreiro de grupos de apoio, penso que a nível dos centros de saúde também existe pessoal que fez formação e que está mais vocacionado para a área da diabetes, da diabetes

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

pediátrica concretamente se calhar por não ser uma tão frequente como a diabetes tipo dois do adulto talvez acabe por haver menos, prática nessa área.” (E10: P1)

Quadro 5 – Rede Formal – Limitações dos recursos

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (Limitações dos recursos)	Disponibilidade dos profissionais	2	18,2%
	Distância APDP	1	9,1%
	Articulação Centro Saúde	3	27,3%
	Ausência Limitações Recursos Humanos	1	9,1%
	Insuficientes	5	45,5%
	Formação equitativa dos profissionais	4	36,4%
	Inexistência de visitação domiciliária	1	9,1%
	Consulta Diabetes Recente	2	18,2%
	Burocracias Sociais	1	9,1%
	Total Entrevistas		11

No que se refere às limitações da rede de apoio (quadro 5) a nível intra e extra hospitalar as opiniões dos profissionais de saúde dividem-se. Contudo os recursos humanos insuficientes é a limitação mais verbalizada, na medida em que quase metade dos profissionais a identifica ou seja 5 dos entrevistados, seguido da formação equitativa dos profissionais com 4 respostas. No entanto dois dos profissionais referem que estas limitações ocorrem devido ao facto da consulta ser recente, não permitindo um ideal de formação e de rácio de profissionais.

“Quer dizer há sempre ainda alguma limitação não é, eu acho que a limitação é sobretudo ainda por ser uma coisa muito recente. Há sempre em todas as áreas há sempre alguma limitação de recursos humanos. Não é e este

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

é com certeza neste momento, deve ser o maior, a maior limitação em termos de recursos humanos porque isso leva também a que a própria formação dos profissionais seja mais lenta porque as pessoas não tem disponibilidade de tempo dos seus horários para se dedicarem exclusivamente a esta área...”
(E8:P2)

“As limitações, em termos aqui da área hospitalar penso que é um grupo em crescimento, não é e nesta fase já vamos com quase um ano de consulta, as limitações penso que tem a ver um bocadinho com o não ter se calhar o número de doentes que vão sendo, vão surgindo casos inaugurais, mas vamos tentando dar, dando resposta a esses casos, que vão surgindo. Claro que daqui a uns anos precisamos de mais elementos, de mais um elemento médico da consulta mas isso tem tudo a ver com a resposta que se vai dar às necessidades mas penso que neste momento...” (E10:P2)

Posteriormente as ideias dividem-se sendo identificadas como limitações, a disponibilidade dos profissionais por dois dos entrevistados, a distância da APDP por um, a articulação com os centros de saúde por três, a inexistência de visitação domiciliária por um e burocracias sociais também por um dos entrevistados. Apenas um dos profissionais de saúde não identifica qualquer limitação na rede de apoio á criança com diabetes.

Quadro 6 – Rede Formal – Potencialidades dos recursos

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (Potencialidades dos recursos)	Consulta Diabetes	1	9,1%
	Envolvimento e Motivação dos Profissionais	2	18,21%
	Maior formação dos Profissionais	4	36,4%
	Articulação dos Profissionais	5	45,5%
Total Entrevistas		11	100%

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Referente ao potencial da rede (quadro 6), é importante referir um dos profissionais identificam a consulta de diabetes e dois, o envolvimento e motivação dos profissionais como algo benéfico que permitiu : uma maior formação dos profissionais, embora talvez não a desejada como foi visto anteriormente, e menor nível de custos hospitalares.

“foi benéfico o surgimento da consulta porque o que estava a acontecer é que todas as crianças que entrassem cá por diabetes tinham que ser todas encaminhadas para a APDP e pronto isso implicava em termos de (...) custo até mesmo para a instituição os custos eram muito maiores também não havia um envolvimento tão grande por parte da equipa a nível da formação quanto da diabetes” (E1:P3)

“Nós também não temos muitos meninos na consulta de diabetes pediátrica é relativamente recente qualquer maneira articulamo-nos muito bem e temos uma equipa que funciona.” (E4:P3)

“Na instituição, as potencialidades eu acho que são grandes por uma razão, sobretudo pela motivação porque é uma área que de facto eu acho que todos estes profissionais na área saúde materno infantil são de facto profissionais muito motivados para determinadas para a doença crónica e dentro da doença crónica a de facto diabetes é uma área que há muita gente motivada para isto o facto de haver muitos novos casos também estimula mais as pessoas a terem alguma vontade de criar dar resposta às necessidades...” (E8:P3)

A formação dos profissionais, das crianças e familiares são vistas como potencial com vista a ser melhorado, por 4 dos entrevistados como pode ser constatados nas seguintes afirmações:

“é assim no fundo conseguimos através por exemplo da APDP aprender uma série de coisas novas porque a APDP é sempre o centro de onde vêm as primeiras formações, onde tudo o que é inovação na área da diabetes são eles que têm conhecimento em primeiro lugar, e pronto isso é um factor muito muito muito grande com grande importância para a diabetes.” (E2:P3)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“Pronto é assim essencialmente acho que podemos se calhar investir muito na formação, e esses recursos por isso eu dizia também para além das colegas para além das enfermeiras a nível das escolas potencializa-los a através de muita formação...” (E7:P3)

“O que se poderia melhorar a formação seria um aspecto a ponderar eu acho que nunca é demais ter formação ainda que as pessoas, ainda que hajam elementos com formação dentro da equipa isso seria um aspecto...” (E8:P3)

“E que inclui sobretudo a formação não é, com vista a formação dos meninos e também ao convívio do grupo de crianças que têm diabetes, passeios etc... vistas passeios, actividades, jogos com a perspectiva já pedagógica penso que isso é sempre útil e um momento de aprendizagem óptimo que inclui também as famílias.” (E10:P3)

A articulação dos profissionais entre si e com o centro de saúde são verbalizados como o maior potencial que apesar de adquirido em algumas situações é de grande importância melhorar de acordo com 5 dos entrevistados, para que exista um maior suporte a nível dos centros de saúde e uma melhor troca de informação. Como pode ser visto nas seguintes afirmações:

“Eu acho que há muita potencialidade que pode ser aproveitada relativamente às colegas da parte da enfermagem que fazem a saúde escolar junto dos professores junto da comunidade educativa.” (E3:P3)

“bem eu acho que poderia melhorar em termos dessas articulação em termos da psicologia no centro de saúde...”(E5:P3)

“É quanto a mim é extremamente importante nível do centro de saúde que a criança a nível do centro de saúde tenha suporte para que possa ser orientada.” (E6:P3)

“Pronto em termos, o ideal seria criar um dia criar um circuito ao longo da tarde em que o doente está cá em que pudesse ser observado por todas as colegas e

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

pudesse haver mais troca de informação entre todos penso que isso iria resultar muito melhor...” (E10:P3)

“Se calhar haver uma protocolização de como estes recursos se articulam, não é . Porque os intervenientes sabem como é que eles se articulam, mas se calhar se mudarem os intervenientes não há nada protocolado para que se possa seguir, para que haja o mesmo critério, para que haja adopção de um mesmo processo.” (E11:P3)

Quadro 7 – Rede Formal – articulação com maior frequência

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (articulação com maior frequência)	Centro de Saúde	5	45,5%
	Consulta Diabetes	3	27,3%
	APDP	5	45,5%
	Internamento	1	9,1%
	Pediatria	1	9,1%
	Escolas	2	18,2%
	Pais	1	9,1%
	Consulta Diabetes Estefânia	1	9,1%
Total Entrevistas		11	100%

Referente ao quadro 7, o centro de saúde foi considerado por 5 entrevistados como o recurso na rede com o qual existe uma maior articulação, assim como a APDP, seguidos da consulta de diabetes por 3, das escolas por 2, do internamento de pediatria, dos pais e da consulta de diabetes da Estefânia por 1 cada.

Quadro 8 – Rede Formal – articulação com menor frequência

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Rede Formal (articulação com menor frequência)	Ausência Resposta	6	54,5%
	Centros saúde	3	27,3%
	APDP	1	9,1%
	Segurança Social	1	9,1%
	Escolas	1	9,1%
	Consulta Diabetes	1	9,1%
Total Entrevistas		11	100%

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Referente ao recurso com quem existe uma menor articulação (Quadro 8) 6 dos profissionais de saúde não respondeu, o centro de saúde surge deste modo como o recurso com quem existe uma menor articulação de acordo com 3 dos entrevistado seguido da APDP, Segurança Social, escolas, e consulta diabetes de acordo com 1 dos profissionais. Sendo notória a discrepância de opiniões.

É fundamental a existência de estruturas sólidas, com capacidade para reunir, guardar e facultar a informação de modo a torná-la acessível a todos aqueles que a desejem utilizar. (Sousa, Frade, & Mendonça, 2005)

“As estratégias revistas do actual Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes só terão êxito se forem desenvolvidas numa sólida infra-estrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a bases de dados e à informação indispensável à gestão do Programa.” (Candeias et al, 2008:6)

Neste contexto, pretendeu-se verificar factores nível da formação que promovessem uma boa articulação da rede de cuidados, em prol da qualidade dos cuidados.

Quadro 9 – Uniformização dos cuidados - Formação

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Uniformização das Práticas Profissionais (Formação Área Diabetes)	Formação pela APDP	8	72,7%
	Formação em serviço	3	27,3%
	Ausência de formação serviço	3	27,3%
Total Entrevistas		11	100%

A formação realizada aos profissionais foi na sua maioria (quadro 9), feita pela APDP segundo 8 dos entrevistados, existindo também alguma formação em serviço como referem 3 deles. Dos entrevistados 3 profissionais de saúde não tiveram oportunidade de realizar formação específica na área da diabetes em

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

pediatria, nomeadamente a nível do centro de saúde e psicologia. Como se pode verificar nas seguintes afirmações.

“Mas aqui, aqui até agora ainda não tivemos tempo para fazer nada. Basicamente a consulta começou pouco tempo ainda estamos a estruturar.”
(E5:P5)

“Formação em serviço não existe nenhuma nesse aspecto, quem está na área da diabetes tem os cursos a que se candidata na APDP.” (E9:P5)

“Não eu não fiz formação nenhuma mas a nível hospital fez-se formação a nível do centro de saúde não sei se a colega fez, se não fez, isso eu não sei.”
(E11:P5)

Quadro 10 – Uniformização dos cuidados – Frequência Formação

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Uniformização das Práticas Profissionais (Frequência Formação)	Insuficiente	4	34,6%
	Procura pelos Profissionais Saúde	5	45,5%
	Ausência de formação	2	18,2%
	Total Entrevistas		11

Face aos dados apresentado no quadro 10, constatou-se que 4 dos profissionais de saúde, refere que a formação é insuficiente, e de acordo com um dos inquiridos, existe a necessidade de formar novos profissionais.

“Que eu tenha conhecimento sim houve apenas uma formação, acho que sim.”
(E1:P6)

“Penso que daqui para a frente o ideal será fazer sempre uma reciclagem com muita frequência dessa formação.” (E3:P6)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“Aquilo que nós pretendemos é que todos os enfermeiros que estão a trabalhar nesta área façam formação e a formação é o curso básico da diabetes...”
(E6:P6)

“É assim qualquer formação que exista em termos de formação em serviço , normalmente eu assisto sempre independentemente de qual é o âmbito que do tema , não é interessa. Faz-se pouco...” (E9:P6)

Cerca de metade , ou seja cinco dos entrevistados afirma que para realizar formação tem de procurar e fá-lo pela sua necessidade pessoal a seu custo como é verificado em algumas das seguintes afirmações:

“A partir dai fui procurando aquilo que haveria em termos de formações...”
(E2:P6)

“Eu não lhe sei dizer a gente faz quando, quando acha que é necessário, e quando temos oportunidade.” (E4:P6)

“...e quando eu necessito de formação pago-a eu e vou faze-la.” (E9:P6)

“Frequência a máxima possível, não é a máxima que cada elemento conseguir e obter da autorização para a frequentar penso que isso depende também um bocadinho do interesse da cada um em complementar áreas em que se sente mais carente.” (E10:P6)

“Não é sempre que necessário.” (E11:P6)

Dois dos profissionais afirmam não existir formação sobre este tema pelo menos durante este ano, tanto a nível formação externa como de formação em serviço o que é evidenciado nas seguintes afirmações.

“Internamente não temos.” (E5:P6)

“É assim a frequência foi só o ano anterior, portanto neste momento não voltamos” (E6:P6)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 11 – Uniformização dos cuidados – Disponibilidade tecnologias de informação.

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Uniformização das Práticas Profissionais (Disponibilidade tecnologias de informação)	Ausência	3	27,3%
	Internet	6	54,5%
	Laboratórios	2	18,2%
	APDP	1	9,1%
	Revistas Científicas	1	9,1%
	Profissionais	2	18,2%
Total Entrevistas		11	100%

A internet é vista como o principal meio de tecnologia de informação por 6 dos entrevistados, sempre que exista uma dúvida por parte dos profissionais de saúde e ou professores, 2 referem recorrer aos laboratórios e aos profissionais de saúde como recursos para esclarecimento de dúvidas bem como a revistas científicas e a APDP verbalizado por apenas um dos entrevistados. (quadro 11)

Referem não existir disponibilidade de tecnologias de informação, 3 dos profissionais entrevistados.

Quadro 12 – Uniformização dos cuidados – Parcerias

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Uniformização das Práticas Profissionais (Parcerias)	Ausência	1	9,1%
	Entidades patrocinadoras congressos	1	9,1%
	Laboratórios	1	9,1%
	APDP	7	63,6%
	Consulta diabetes	1	9,1%
	Associação Nutrição	1	9,1%
	Total Entrevistas		11

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

A APDP foi considerada por 7 dos inquiridos como principal parceria para a obtenção de formação . Os restantes inquiridos identificaram: entidades patrocinadoras de congressos (1), laboratórios (1), a consulta de diabetes do hospital (1) e a associação nutrição (1). Apenas 1 dos inquiridos referiu não existir parceria com nenhuma entidade, para a obtenção de formação sobre a diabetes. (quadro 12)

As estratégias de intervenção visam o reforço da capacidade organizativa das instituições promovendo a introdução de modelos de boas práticas na gestão da diabetes com o intuito de redução da incidência da diabetes e suas complicações.

Com a prevenção primária, pretende-se o combate dos factores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos factores de risco vulneráveis da etiologia da diabetes.

Quadro 13 – Estratégias Prevenção – Desenvolvidas

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Estratégias Prevenção (Desenvolvidas)	Ausência estratégias Hospitalares	6	54,5%
	Ensinos para estilos de vida saudáveis	4	36,4%
	Projectos Promoção saúde	1	9,1%
	Total Entrevistas		11

Relativamente às estratégias de prevenção (quadro 13) 6 dos profissionais de saúde refere não realizar qualquer tipo de prevenção, no entanto 4 dos entrevistados refere realizar ensinos sempre que exista essa necessidade. Apenas nível da saúde escolar foi descrita a existência de projectos de promoção da saúde.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 14 – Estratégias Prevenção – Planeadas

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Estratégias Prevenção (Desenvolvidas)	Ausência estratégias	1	9,1%
	Consulta Risco Cardiovascular	2	18,2%
	Respostas nulas	8	54,5%
Total Entrevistas		11	100%

Quanto às estratégias planeadas (Quadro 14), 8 dos entrevistados não responderam, e 1 referiu não existirem estratégias. No entanto será criada brevemente uma consulta a nível hospitalar para a detecção de comportamentos de risco, referido por 2 dos profissionais de saúde inquiridos. Como se pode constatar pelas seguintes afirmações:

“...e está neste momento um projecto está em evolução e é uma coisa para breve prazo uma consulta no serviço que será aquilo que nós vamos chamar uma consulta risco cardiovascular onde estará incluído também as crianças com risco para a diabetes tipo II e que envolve a pediatria a cardiologia pediátrica a nutrição e a equipa de enfermagem não é.” (E8:P)

“Sim sim, foi criada aqui recentemente uma consulta de avaliação de risco. E essa consulta de avaliação de risco pretende identificar as criança ou as famílias já com lactentes e crianças, primeira, segunda infância, adolescência. Cujo os factores da vida possam propiciar uma maior tendência doença metabólica e doença cardiologica, chama-se consulta de risco cardiovascular mas é mais ampla.” (E10:P)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 15 – Estratégias Prevenção - Parcerias

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Estratégias Prevenção (Parcerias)	Ausência Parcerias	4	36,4 %
	Consulta Nutrição	3	27,3%
	Pais	1	9,1%
	Consulta Diabetes	2	18,2%
	Cardiologia Pediátrica	2	18,2%
	Câmara Municipal	2	18,2%
	Medicina Desportiva	1	9,1%
	Saúde Pública	1	9,1%
	Escola	1	9,1%
	Rumo	1	9,1%
	Total Entrevistas		11

Embora 4 dos entrevistados verbalize a inexistência de parcerias e a maioria dos parceiros se articule com a saúde escolar e potencialmente com a consulta de risco cardiovascular a implementar no Hospital Nossa Senhora do Rosário.

Existe uma grande diversidade de parcerias, de acordo com os dados apresentados no quadro 15, para a realização de estratégias de prevenção as quais são: Consulta Diabetes, Cardiologia Pediátrica e a Câmara Municipal verbalizado por 2 entrevistados cada e os pais, a medicina desportiva, saúde pública, a escola e a rumo verbalizado por apenas um dos entrevistados.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

A consulta de nutrição hospitalar embora esteja mais direccionada para o tratamento é visto por 3 dos entrevistados como recurso no apoio á prevenção da diabetes tipo II.

Quadro 16 – Controlo Diabetes – Rede social no tratamento da diabetes

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Controlo Diabetes (Rede social no tratamento da Diabetes)	Nutrição	3	27,3%
	Psicologia	4	36,4%
	Urgência Pediátrica	2	18,2%
	Internamento Pediatria	2	18,2%
	Consulta Diabetes	9	81,8%
	Saúde Escolar	1	9,1%
	Serviço Social	1	9,1%
	APDP	1	9,1%
	Saúde Infantil	1	9,1%
	Família	3	27,3%
	Centro Saúde	3	27,3%
	Escola	1	9,1%
	CPCJ	1	9,1%
Total Entrevistas		11	100 %

Na rede de apoio ao controlo da diabetes (quadro 16) verificou-se que a Consulta da Diabetes Pediátrica tem grande importância, sendo identificada por 9 profissionais com recurso no tratamento da doença. Posteriormente são também identificadas como valências desta rede: a Psicologia verbalizada por 3 entrevistados, a consulta de nutrição por 2 assim como a família e o centro de saúde. A urgência pediátrica e o internamento de pediatria são identificados por dois dos entrevistados como recurso pertencente à rede. Finalmente a saúde escolar, serviço social, APDP, saúde infantil , escola e a CPCJ são identificados como recursos na rede mas apenas por um dos entrevistados.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 17 – Controlo Diabetes – Eficácia da Articulação

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Controlo Diabetes (Eficácia da Articulação)	Boa	2	18,2%
	Eficaz	4	36,4%
	Menos Eficaz	4	36,4%
	Importância Articulação	3	27,3%
	Total Entrevistas		11

No que refere à eficácia da articulação dos recursos (quadro 17) 2 dos profissionais entrevistados caracterizam-na como boa e 4 como eficaz. Como pode ser verificado das seguintes afirmações:

“É boa, acho que é boa porque aquela criança vai ter um acompanhamento posteriormente desde internamento vai ter um acompanhamento com a enfermeira e com a doutora que está responsável pela diabetes o que acaba por criar logo assim uma relação não é (...) que se vai manter, isso vai ser bastante importante logo no início.” (E1)

“Boa” (E4)

“A eficácia ... é assim em termos de laboratórios é bastante eficaz os laboratórios dão resposta imediata aos nossos pedidos num todo, o que refere às tecnologias para a criança...” (E2)

“Em relação á articulação da instituição com a associação neste momento eu acho que a articulação é óptima e tem funcionado muito bem de parte a parte portanto com o apoio efectivo e eficaz.” (E8)

“Tem sido eficaz desde que da parte da família haja, background sócio cultural para, para acompanhar a criança e a doença.” (E10)

“Eu penso que é eficaz .” (E11)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Contudo 4 dos profissionais entrevistados caracteriza a articulação menos eficaz, no que refere à monitorização da criança a nível de saúde infantil, na sensibilização das famílias e na articulação com o centro de saúde, o que pode ser confrontado com as seguintes afirmações:

“ em termos de saúde infantil muitas vezes não há uma eficácia directa porque muitas vezes demoramos a ter resposta da situação da monitorização da criança.” (E2)

“Olha é garantir que as nossas crianças tenham qualidade de vida e que ela permaneça ao longo dos anos. É assim nós tentamos não temos tipo um êxito total, e às vezes isso entristece-nos porque se calhar aquilo que nós, tanto que nós trabalhamos se calhar merecíamos um pouco mais essencialmente as nossas crianças mereciam mais e as nossas famílias, mas nós esforço temos tido mas se calhar não somos, ainda não chegamos bem aquilo que nós pretendemos que é no fundo alertar, e que as pessoas pensem realmente que a diabetes é uma doença grave, com complicações graves a longo prazo.” (E7)

“Em relação ao centros de saúde eu acho que aí depende muito facto das unidades em que algumas já estarão com alguma capacidade de resposta e outras ainda não estamos numa fase ainda incipiente em relação a isso.” (E8)

“Acho que há um trabalho ainda a desenvolver, grande eu acho que estamos no caminho certo, assente que isto é uma problemática muito abrangente e muito complicada. Mas se calhar temos ainda algumas coisas a limar não sei vamos ver. Eu acho que é mais em termos da articulação propriamente dita... eu acho que é mais tentar manter esta articulação efectivar esta mesma porque é assim a minha perspectiva é um bocado esta nós estamos numa fase de transição os centros de saúde vão deixar de ser os centros de saúde que nós conhecemos, vão passar a ter outras regras de funcionamento novas gestões.” (E9)

Em 3 das entrevista é feito referência à importância de uma articulação entre profissionais intra-hospitalar e com os centros de saúde, pois só deste modo será possível desempenhar cuidados de qualidade.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“Eu acho que isto é um trabalho em equipa tem de haver sempre uma articulação presente porque só assim é que se consegue ter os benefícios em função do bem estar da criança, sozinhos não conseguiríamos fazer.” (E3)

“Estamos a construí-la ... e então acho que ainda podemos melhorar muito mais, mas acho que (...) onde se melhor há a articulação é entre a psicologia e a enfermagem. Acho quem tem sido extremamente importante para a intervenção nos nossos casos” (E5)

“Eu acho que é extremamente importante haver enfermeiras da área dos cuidados de saúde diferenciados e da área de cuidados de saúde primários a trabalhar toda esta problemática porque só assim poderemos reunir sinergias no sentido de melhorar o estilo de vida desta criança que não é fácil.” (E6)

Quadro 18 – Controlo Diabetes – Recursos que se articula com maior frequência

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Controlo Diabetes (recursos que se articula com maior frequência)	Consulta Diabetes	6	36,4%
	Laboratórios	1	9,1%
	Consultas Especialidade	1	9,1%
	Internamento Pediatria	1	9,1%
	Centros Saúde	2	18,2%
	Família	2	18,2%
	Criança	1	9,1%
	Não sabe responder	1	9,1%
	Total Entrevistas	11	100%

A Consulta de Diabetes Pediátrica apresenta-se como o recurso com que existe uma maior articulação identificado por 6 dos entrevistados. Posteriormente verifica-se uma grande diversidade de recursos os centros de saúde e a família são referidos por 2 dos profissionais de saúde como o recurso de maior articulação, por fim, os laboratórios, as consultas de especialidade, o internamento de pediatria bem como a criança são identificados por apenas 1 dos entrevistados. E 1 dos profissionais de saúde não sabe identificar qual o recurso com que existe uma menor articulação. (Quadro 18)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 19 – Controlo Diabetes – Recursos que se articula com menor frequência

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Controlo Diabetes (recursos que se articula com menor frequência)	Nutrição	2	18,2%
	Saúde Infantil	1	9,1%
	Saúde Escolar	1	9,1%
	Psicologia	1	9,1%
	Serviço Social	1	9,1%
	Ausência Resposta	3	27,3%
	Família	1	9,1%
	Escola	1	9,1%
	CPCJ	1	9,1%
	Total Entrevistas		11

Referente ao recurso com menor articulação as opiniões dividem-se 2 dos entrevistados identifica a nutrição, a saúde infantil, a saúde escolar, a psicologia, o serviço social, a família, a escola e a CPCJ são identificados como recurso de menor articulação por 1 profissional. (quadro 19)

Dos 11 entrevistados, 3 não conseguem identificar qual o recurso de menor articulação, verbalizando-o ou não respondendo à questão.

Quadro 20 – Controlo Diabetes – Limitações

Categoria	Subcategoria	Frequência	Percentagem
Controlo Diabetes (Limitações)	Disponibilidade dos Profissionais	6	54,5%
	Formação Profissionais	3	27,3%
	Recursos Profissionais	2	18,2%
	Ausência de Limitações	1	9,1%
	Estratégias Prevenção	1	9,1%
	Articulação profissionais	1	9,1%
Total Entrevistas		11	100%

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Relativamente às limitações da rede de apoio criança com diabetes (quadro 20), verificou-se que em 6 das entrevistas a disponibilidade dos profissionais é identificada como a maior limitação, respectivamente ao horário de funcionamento da consulta de diabetes pediátrica, à disponibilidade horária dos profissionais para articularem com as várias especialidades e fazerem os ensinamentos adequados e eficazes.

Como se pode verificar nas seguintes afirmações:

“acho que é aquilo que eu tinha dito anteriormente, a única coisa tem a ver com o facto de durante o fim de semana, por exemplo, nos pode entrar e não haver logo aquele contacto directo com a médica e com a enfermeira responsável pela diabetes ai há um bocadinho uma quebra” (E1)

“As limitações muitas vezes é o tempo , tempo que é dado às consultas de especialização e a criança ter de vir várias vezes ao hospital para no fundo ter consultas da especialidades (...) o tempo que demora é um factor muito limitativo.” (E2)

“A limitação eu acho que a falta de tempo dos técnicos envolvidos, ou seja os técnicos envolvidos na consulta da diabetes também estão envolvidos em outras consultas e outras áreas de trabalho e intervenção isso penso que tem sido uma limitação para conseguirmos exactamente trabalhar se calhar mais ao nível da prevenção, ao nível da formação e estruturas mais a intervenção acho que essa é uma limitação” (E5)

“nos centros de saúde a resposta talvez eu acho as pessoas não procuram se calhar tanto e as limitações pode passar por ai. Porque se calhar as pessoas também não sabem muito bem até que ponto é que há alguém disponível para os poder receber” (E7)

“é sobretudo o tempo que os profissionais podem não dispor para fazer o ensino que e a adequação que é necessário.” (E10)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“Não limitações, não geralmente as limitações que possam eventualmente existir são ultrapassadas às vezes é uma questão de tempo de agenda de forma a que todos consigamos estar presentes.” (E11)

A segunda maior limitação verbalizada pelos entrevistados foi a formação dos profissionais estando presente em 3 das entrevistas. Os profissionais referem existir necessidade, de formações tanto a nível dos profissionais de saúde como das escolas, bem como a necessidade de uniformizar a informação.

“se calhar acho que deveria de haver um portanto uma melhoria em termos de formação a todos os profissionais acho que acabava por colmatar essa falta que há” (E1)

“ Importante ficar , repetir porque as escolas não têm formação sobre esta doença e é uma limitação para os nossos miúdos a forma em que a escola gere as necessidades que eles têm que não são muito diferentes das dos outros miúdos, mas que mesmo assim há muito pouca sensibilização.” (E5)

“Eu penso que nesse sentido ... todos os profissionais terem a mesma informação exactamente e que possam passa a mesma informação e depois a nível da disponibilidade também. E portanto haver uma uniformização da informação.”(E7)

Por conseguinte, 2 dos entrevistados referem existirem poucos recursos humanos, tanto nível médico, como de enfermagem.

“ para o tratamento das crianças aqui no nosso serviço, mas acho que deveria de haver mais pessoas integradas nesse (...) parte desse grupo ia gerir, tudo em função daquilo que está estabelecido pelo grupo. Há uma lacuna nessa parte.”(E3)

“Limitações existentes a nível da consulta, neste momento eu acho que há uma grande limitação neste momento que é o facto de ter um único médico na consulta, com esta formação específica...” (E8)

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Apenas 1 dos entrevistados não identifica limitações na articulação da rede de apoio à criança com diabetes no controlo da doença, outro refere que a articulação dos profissionais é uma limitação e finalmente outro dos entrevistados reconhece ser fundamental a existência de estratégias de prevenção.

7.2 - Análise Rede Social do Tratamento Criança com Diabetes

A análise de redes sociais é uma ferramenta que permite conhecer as interações entre os indivíduos, partindo de dados qualitativos de forma ilustrativa e agradável. (Alejandro & Norman, 2006)

A análise da estrutura pode ser analisada face a diversos indicadores de centralidade, o grau de conectividade da rede, indivíduos com maior ou menor número de interações, intermediação de alguns actores na relações entre indivíduos. (Alejandro & Norman, 2006)

Quadro 21 - Matriz 1 “Ponderada” de contactos formais de “No tratamento Criança com Diabetes”

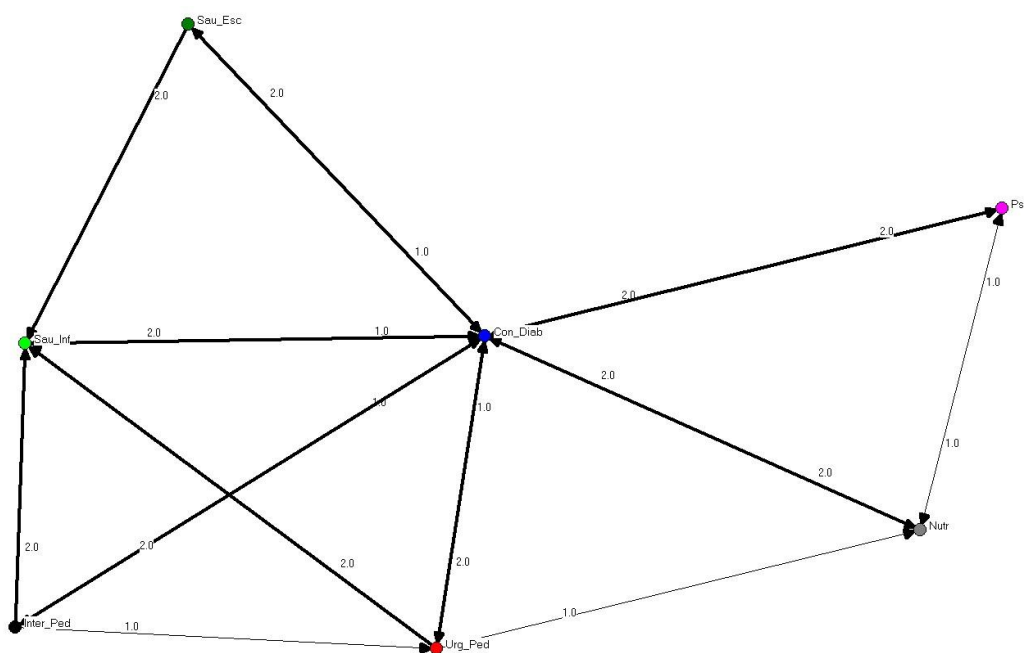
	Urg. Pediátrica	Cons. Diabetes	Intern. Pediatria	Nutrição	Psicologia	Saúde Escolar	Saúde Infantil
Urg. Pediátrica		2	0	1	0	0	2
Cons. Diabetes	1		1	2	2	1	1
Intern. Pediatria	1	2		0	0	0	2
Nutrição	0	2	0		1	0	0
Psicologia	0	2	0	1		0	0
Saúde Escolar	0	2	0	0	0		2
Saúde Infantil	0	2	0	0	0	0	

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Quadro 22 - Matriz 2 “Binária” de contactos formais de “No tratamento Criança com Diabetes”

	Urg. Pediátrica	Cons. Diabetes	Intern. Pediatria	Nutrição	Psicologia	Saúde Escolar	Saúde Infantil
Urg. Pediátrica		1	0	1	0	0	1
Cons. Diabetes	1		1	1	1	1	1
Intern. Pediatria	1	1		0	0	0	1
Nutrição	0	1	0		1	0	0
Psicologia	0	1	0	1		0	0
Saúde Escolar	0	1	0	0	0		1
Saúde Infantil	0	1	0	0	0	0	

Grafo 1.- Rede “Ponderada” de contactos informais de “No tratamento Criança com Diabetes”



**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Analisando o grafo e os output do software Ucinet (Anexo V):

- A quantidade de fluxos estabelecidos traduz uma matriz de intensidade moderada, o que demonstra que dentro da rede são estabelecidas algumas relações entre os actores.
- Nenhum actor, se apresenta excluído da rede de relações, pelo que são emitidos fluxos entre todos os actores,
- Existe um actor na rede que ocupa uma posição privilegiada, central na rede.

O grafo 1 apresenta a distribuição gráfica dos recursos tratamento identificados na comunidade pelos profissionais de saúde, bem como a articulação entre eles.

Neste estudo, assume-se interacção entre os actores com um factor fundamental para a definição de estratégias de actuação, face ao tratamento.

A rede de tratamento da criança com diabetes apresenta uma densidade ponderada moderada, de 0.7143, e uma densidade binária moderada de 45% o que significa que num quadro de 100% de relações possíveis, estas verificam-se em 45 dos casos. Contudo, esta densidade moderada, pode ser explicada por algumas das limitações anteriormente apresentadas, nomeadamente a disponibilidade dos profissionais, respectivamente ao horário de funcionamento da consulta de diabetes pediátrica, à disponibilidade horária dos profissionais para articularem com as várias especialidades.

O que pode ser verificado no grafo 1, na medida em que a Saúde infantil apenas estabelece laço recíproco com a consulta de pediatria, sendo os restantes fluxos unidireccionais. E a saúde escolar com a saúde infantil e com a consulta da diabetes pediátrica.

Daí urge a necessidade de desenvolvimento da uniformização dos cuidados de modo a otimizar a comunicação entre “Centro Saúde” e “Hospital”, a troca de informação é escassa ou inexistente, na medida em que se estabelecem preferencialmente fluxo unidireccionais. O deficiente fluxo de informação, não permite na minha opinião uma resposta adequada às

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

necessidades, ou seja, uma monitorização eficaz e eficiente da criança com diabetes.

Na rede é notório a presença maior de fluxos de entrada 75% do que de fluxos de saída 36%. Este facto, pode resultar do modo com é realizado o fluxo de informação, na prestação de cuidados á criança com diabetes, descrita por alguns dos entrevistados:

“ praticamente a nível externo não são feita nenhuma articulação. Só quando tem alta, quando cá estão as crianças primeiro faz-se uma articulação com a consulta externa, só no momento da alta, (...) então ai faz-se uma articulação com os centros de saúde.” (E1)

“A nível de centro de saúde aquilo que ficou definido que a partir do momento em que esta criança tem alta é enviada uma carta de alta ou uma folha de articulação de cuidados para o centro de saúde. Em que a enfermeira que está responsável pela saúde infantil dará continuidade e se for necessário eventualmente fazer alguma visitação domiciliária pois ela ira fazer como já tem feito” (E6)

A consulta de Diabetes Pediátrica, registou-se como uma entidade em posição privilegiada no que respeita à recepção de fluxos, apresenta um grau de entrada de 12 com um grau de entrada normalizado de 100% isto é notório na medida em que foi identificada pelos entrevistados como o principal recurso de articulação no tratamento da doença.

A consulta da Diabetes, é um actor importante na rede, porque este relaciona-se de forma directa com todos os outros actores, o que pode ser importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e formação dos profissionais, na medida em que se estabelece laços fortes com os restantes actores.

Relativamente, ao grau de intermediação da rede é elevado de 72%. Embora, a consulta surja como o principal actor com o qual todos os outros actores se relacionam apresenta um baixo grau de intermediação 22%, ou seja, na medida em que os fluxos são maioritariamente unidireccionais.

O que pode dever-se ao facto de poucos recursos humanos. Verbalizado por dois dos entrevistados como limitações da rede de tratamento à criança com diabetes.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

“ para o tratamento das crianças aqui no nosso serviço, mas acho que deveria de haver mais pessoas integradas nesse (...) parte desse grupo ia gerir, tudo em função daquilo que está estabelecido pelo grupo. Há uma lacuna nessa parte.”(E3)

“Limitações existentes a nível da consulta, neste momento eu acho que há uma grande limitação neste momento que é o facto de ter um único médico na consulta, com esta formação específica...” (E8)

Em qualquer rede social também existem elos que estabeleçam uma relação mais íntima, denominados por cliques, neste presente estudo foram identificados como cliques :

- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes - Internamento Pediatria – Saúde Infantil
- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes – Nutrição
- Consulta Diabetes – Nutrição – Psicologia
- Consulta Diabetes – Saúde Escolar – Saúde Infantil

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Conclusão

Em Portugal a investigação sobre análise de redes sociais fica um pouco aquém, comparativamente a outros países. Os estudos em saúde são na sua maioria empíricos, os quais limitam-se a relatar o ser como resultado da interacção com o meio envolvente. A análise de redes sociais, veio permitir uma explicação de como e de que forma, é que ocorre a relação com o meio envolvente e com os outros indivíduos.

As redes sociais, tornam-se inovadoras na medida em que têm a capacidade de expressar, através da sua estrutura de relações, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas.

A competitividade no sector da saúde levou ao aumento da incerteza e da insegurança dentro das organizações face à qualidade de cuidados prestados. Entende-se qualidade em saúde como um conceito vasto, e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa, sendo este conceito difícil de definir já que está dependente das características inerentes a cada um de nós.

A prestação de cuidados de qualidade é um conceito difícil de definir, no entanto a avaliação da componente estrutural da garantia da qualidade é tão essencial como os outros componentes processos e resultados, todos estes são fundamentais para obter um sistema de sucesso.

O sucesso de qualquer empreendimento humano depende do modo como os profissionais comunicam entre si, na medida em que uma comunicação deficiente é responsável por imperfeições organizacionais.

A diabetes é uma doença, na qual o sucesso do seu controlo depende da motivação e aptidão da criança/adolescente e família para cuidar de si, embora o apoio não dependa só dos profissionais requer um trabalho conjunto, é fundamental que a criança/adolescente cresça e se desenvolva num ambiente que assegure cada etapa do tratamento diminuindo os distúrbios na sua vida familiar e escolar.

A articulação adequada e eficaz dos profissionais da saúde é fundamental, pois se não existir a certeza dos objectivos e regimes de tratamento, as informações contraditórias irão agravar a situação.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

No presente estudo a consulta da diabetes apesar de recente é evidenciada pelos inquiridos como o principal recurso intra-hospital e o centro de saúde como o principal recurso existente na comunidade. Contudo é verbalizado por alguns profissionais de saúde a fraca articulação com a comunidade e a carência de apoio.

Neste contexto as principais limitações identificadas foram: os recursos humanos insuficientes e a necessidade de uma formação equitativa dos profissionais, alguns profissionais justificam este acontecimento, com facto da consulta ser recente.

A distância da APDP, a articulação com os centros de saúde, a inexistência de visita domiciliária e burocracias sociais são outras das limitações verbalizadas.

Contudo é importante referir que apesar das dificuldades sentidas na gestão da informação e na articulação, os profissionais demonstraram um crescente envolvimento, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, e uma melhor articulação.

Verificou-se a inexistência de formações regulares proporcionadas a todos os profissionais, por parte das instituições. Contactou-se que parte dos profissionais para realizar formação são motivados pela sua necessidade pessoal sendo cada um o responsável pela formação e pelo custo desta. O principal meio disponível para a obtenção de informação é a internet.

O que reflecte um lapso por parte das instituições, transmitindo uma estrutura pouco sólida no contexto da formação o que pode minimizar a capacidade para reunir, guardar e facultar a informação de modo a torná-la acessível a todos aqueles que a desejem utilizar de acordo com Sousa, Frade, & Mendonça (2005)

Neste mesmo contexto, pode-se não atingir o êxito desejado e recomendado pelo Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes na medida em que as instituições só poderão ter êxito se forem desenvolvidas numa sólida infra-estrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a bases de dados e à informação indispensável à gestão do Programa pelo que é referido por Candeias et al (2008).

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

As estratégias de intervenção visam o reforço da capacidade organizativa das instituições promovendo a introdução de modelos de boas práticas na gestão da diabetes com o intuito de redução da incidência da diabetes e suas complicações, contudo após a realização do presente estudo, a grande maioria dos entrevistados refere não existir estratégias, de prevenção, uma vez que estão direccionados para o tratamento, pois a diabetes que se manifesta nas crianças/adolescente é uma Diabetes tipo I. No entanto é importante referir que o Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes visa a prevenção primária como combate dos factores de risco em idade adulta.

No que refere á eficácia da articulação dos recursos no tratamento da criança com diabetes cerca de metade dos profissionais entrevistados caracterizam-na como boa ou como eficaz, contudo existe quem a caracterize como menos eficaz, no que remonta á monitorização da criança a nível de saúde infantil, na sensibilização das famílias e na articulação com o centro de saúde.

Relativamente ás limitações da rede de apoio no tratamento a disponibilidade dos profissionais é identificada como a maior limitação, respectivamente ao horário de funcionamento da consulta de diabetes pediátrica, à disponibilidade horária dos profissionais para articularem com as várias especialidades e fazerem os ensinios adequados e eficazes.

Contudo para que exista uma partilha nas diferentes áreas, torna-se necessário definir com clareza a informação que deverá ser documentada e partilhada.

Assumindo-se no presente estudo que a interacção entre os actores com um factor fundamental para a definição de estratégias de actuação, face ao tratamento e á qualidade dos cuidados após a análise da rede social constatou-se que apresenta uma densidade moderada o que pode ser explicada por algumas das limitações anteriormente apresentadas, nomeadamente a disponibilidade dos profissionais.

A Saúde infantil apenas estabelece laço recíproco com a consulta de pediatria, sendo os restantes fluxos unidireccionais. A saúde escolar apenas se articula com a saúde infantil e com a consulta de diabetes pediátrica. O que leva a uma necessidade de desenvolver a uniformização dos cuidados de modo a otimizar a comunicação entre “Centro Saúde” e “Hospital”, a troca de informação é escassa ou inexistente, na medida em que se estabelecem preferencialmente fluxo unidireccionais.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

A deficiente articulação/circulação de informação, não permite uma resposta adequada às necessidades, ou seja, uma monitorização eficaz e eficiente da criança com diabetes.

As barreiras ao fluxo e partilha de informação estão presentes o que de acordo com Sousa, Frade, & Mendonça,(2005) faz com que as informações relevantes não cheguem em tempo útil. Por isso surge a necessidade de estabelecer ou reforçar relações entre os diversos intervenientes, facultando o estabelecimento de novos canais.

A melhoria contínua da qualidade implica um sistema organizado com base numa metodologia de resolução de problemas concretos dos recursos intervenientes na rede de apoio á criança com diabetes organizações, com o intuito do desenvolvimento e implementação de um plano de intervenção nesta área.

A continuidade dos cuidados exige uma resposta atempada o que não se observou no presente estudo, garantindo a eficácia do atendimento e prestação de cuidados e uma melhoria continua do cuidados prestados.

A ligação dos cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, parece ser um novo caminho a percorrer. Para a obtenção deste objectivo a consulta de diabetes pediátrica assume um papel fulcral na medida em que estabelece laços fortes com todos os intervenientes o que pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, feição emocional, confiança e reciprocidade.

Freeman por outro lado afirma que um elevado número de ligações directas, favorece uma maior actividade na rede, logo a consulta de diabetes ao apresentar um número mais elevado de vínculos, é menos dependentes do outros actores e tornam-se mais poderosos, encontrando-se deste modo em posição mais vantajosas o que lhe confere também mais formas alternativas de satisfazer as suas necessidades.

No que respeita aos dados de relações orientadas é fundamental reconhecer a centralidade de acordo com Hannemam pode-se afirmar assenta nos graus de entrada, ou seja , a consulta é caracterizada como “proeminente” ou “prestígio”.

A centralidade de intermediação advoga que a consulta de diabetes está estrategicamente ligada aos outros contudo apresenta uma baixa taxa de intermediação.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

De acordo com o princípio da centralidade a consulta da diabetes pediátrica assume-se como actor central uma posição de decisão na rede e participação no quotidiano da rede, ao nível das discussões, contudo apresenta-se como um actor com baixo nível de intermediação ou seja não consegue exercer a sua influência através das alianças com outros actores, o que se pode dever às limitações apresentadas nomeadamente a disponibilidade horária dos profissionais bem como aos poucos recursos humanos.

No presente estudo também foi notório a existência de elos que estabeleçam uma relação mais íntima, denominados por cliques, neste presente estudo foram identificados como cliques:

- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes - Internamento Pediatria – Saúde Infantil, no qual o seu surgimento poderá dever-se ao modo como é estabelecida a circulação da criança em contexto hospitalar.
- Urgência pediátrica – Consulta Diabetes – Nutrição, julgo que surja pela necessidade de esclarecimento e apoio na prestação de cuidados, sendo a consulta e a nutrição as valências fulcrais no momento entrada.
- Consulta Diabetes – Nutrição – Psicologia, pelo facto de atendimento na consulta englobar as presentes valências.
- Consulta Diabetes – Saúde Escolar – Saúde Infantil, pela necessidade de monitorização da criança na comunidade.

A melhoria contínua da qualidade implica um sistema organizado com base numa metodologia de resolução de problemas concretos das organizações, a definição, desenvolvimento e implementação do mesmo deve de ter por base a dimensão, dinâmica, estado de desenvolvimento e cultura da organização.

As organizações necessitam de um conjunto de sistemas que permita que a informação chegue, maioritariamente as dificuldades de comunicação devem-se a procedimentos inadequados, neste sentido quando se investiga é necessário verificar a eficiência dos sistemas, ou seja normas de comunicação bem como meios adequados, proporcionando soluções, ou seja a transferência de informação num processo contínuo, favorecendo a criação de um clima de confiança e de qualidade.

Deste modo sugere-se a criação de um circuito para o tratamento e monitorização da criança com diabetes.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

O objectivo da existência de um circuito de cuidados visa uma maior articulação e eficiência dos cuidados prestados.

A escola, deve apresentar capacidades e meios de despiste, para encaminhamento da criança/adolescente para centro de saúde ou para a urgência pediátrica sempre que sinta necessidade.

No Centro de Saúde são responsáveis por esta criança/adolescente:

- enfermeira saúde infantil/saúde escolar responsável por
 - ✓ elaborar a história clínica e contexto actual saúde
 - ✓ encaminhar para médico família
 - ✓ encaminhar para urgência pediátrica, se apresentar critérios urgência
 - ✓ carta de transferência de enfermagem
 - ✓ carta de articulação com consulta diabetes
- médico família
 - ✓ encaminhar para urgência pediatria
 - ✓ alta clínica
- Secretária
 - ✓ Processos administrativos

Na Urgência Pediátrica são responsáveis por esta criança/adolescente:

- Secretária
 - ✓ Ficha inscrição urgência
 - ✓ Encaminhamento imediato da criança
 - ✓ Internamento, após indicação médica
- Enfermeira Triagem
 - ✓ História contexto de Urgência e Clínica ficha triagem
 - ✓ Registo folha triagem
 - ✓ Contactar Pediatra
 - ✓ Procedimentos Terapêuticos após prescrição
- Pediatra
 - ✓ História contexto de Urgência e Clínica
 - ✓ Prescrições Terapêuticas e MDC
 - ✓ Internamento
 - ✓ Alta
- Auxiliar
 - ✓ Entregar colheitas

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

- ✓ Auxiliar em procedimentos terapêutico enfermagem
- Enfermeira SO
 - ✓ Acolhimento
 - ✓ Administrar terapêutica
 - ✓ Contactar com Nutrição
 - ✓ Contactar com Consulta Diabetes Pediátrica
 - ✓ Articular com saúde infantil, saúde escolar após alta ou transferência para internamento
 - ✓ Fornecer alimentação

No Internamento são responsáveis por esta criança/adolescente:

- Secretária
 - ✓ Procedimentos administrativos
- Enfermeira
 - ✓ Acolhimento
 - ✓ Registo diário clínico
 - ✓ Contactar Pediatra, situação urgência
 - ✓ Procedimentos Terapêuticos após prescrição
 - ✓ Fornecer alimentação
 - ✓ Contactar com nutrição, psicologia, consulta diabetes pediátrica
 - ✓ Contactar e articular com saúde infantil, saúde escolar após alta.

Pediatra

- ✓ Prescrições Terapêuticas e MDC
- ✓ Observação Clínica
- ✓ Alta
- Auxiliar
 - ✓ Acompanhamento para realização exames
 - ✓ Auxiliar em procedimentos terapêutico enfermagem

Na consulta são responsáveis por esta criança/adolescente:

- Secretária
 - ✓ Procedimentos administrativos
- Enfermeira
 - ✓ Acolhimento
 - ✓ Registo dados no processo

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

As organizações necessitam a informação chegue, com o objectivo de minimizar as dificuldades de comunicação inerentes no presente estudo, sugeriu-se a criação de um circuito representado anteriormente promovendo um clima de confiança e de qualidade, e um “ideal” de rede social. (Anexo VI)

No entanto para definir, compreender e quantificar indicadores apropriados, é fundamental para avaliar a qualidade dos serviços bem como a sua estrutura de articulação.

Alguns indicadores clínicos poderão ser definidos como medidas quantitativas que podem ser usadas como guias para monitorizar e avaliar a qualidade do cuidados prestados ao utente. De um modo geral, os indicadores são essenciais no planeamento e no controlo de processos das organizações, estabelecer metas e medir os resultados representa uma mais-valia e contribui eficazmente na gestão de serviços, e melhoria continua dos cuidados de saúde, pelo se sugere a implementação de um plano de intervenção e sua avaliação.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Recomendações

Com a realização deste estudo exalta a necessidade de ultrapassar não só a dicotomia “Centro Saúde” – “Hospital” muito inerente na nossa sociedade, como melhorar o fluxo de informação, desenvolvendo estratégias para a destruição das barreiras existente, desenvolvendo um programa de articulação que envolva todos os recursos intra e extra hospitalares referidos neste estudo.

“A necessidade de implementar sistemas de qualidade, está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Um sistema de qualidade serve para garantir aos clientes e à gestão que as actividades da organização, serviço ou empresa estão a processar-se de modo controlado. Contudo o que é mais difícil fazer mal do que fazer bem e que todos os prestadores e intervenientes conhecem as suas responsabilidades e funções e agem em conformidade.

Neste sentido foi elaborado um plano de intervenção, apresentado mais adiante, que visa:

Ao nível da prevenção pretende-se envolver e solicitar parceria da instituição hospitalar com o centro de saúde, bem como todos os recursos intra hospitalares a implementar programas de intervenção, destinados à criança/família, visando a prevenção primária da diabetes tipo II, identificando grupos de risco acrescido, na urgência pediátrica, internamento de pediatria e consulta saúde infantil e escolas.

Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco.

Elaborar e divulgar manual de práticas de enfermagem no rastreio da diabetes, monitorizando crianças/adolescentes de risco. Incluindo orientações técnicas sobre promoção estilos de vida saudáveis.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

No âmbito da formação pretende-se envolver os profissionais da área pediátrica e centro de saúde, a realizar periodicamente formações a todos os profissionais.

Para o efeito é sugerido a realização de formações em grupo, reunindo profissionais de saúde do hospital e centro de saúde e professores.

No âmbito do tratamento elaborar e divulgar manual de boas práticas a ser distribuído aos profissionais de saúde que inclua orientações sobre:

- Vigilância Nutricional
- Insulinoterapia
- Ensinos para a auto vigilância da diabetes
- Tratamento Emergência
- Referenciação Cuidados Saúde Primários
- Monitorização Criança/Adolescente (Domicilio, Escola)

Promover a articulação dos cuidados e avaliação da qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente com diabetes.

Promover, junto das instituições competentes, a realização aleatória de auditorias à qualidade organizacional da prestação de cuidados à criança/adolescente com diabetes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares.

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Plano Intervenção

Diagnóstico			
Ausência de parceria e estratégias de intervenção visam o reforço da capacidade organizativa das instituições promovendo a introdução de modelos de estilos de vida saudáveis com o intuito de redução da incidência da diabetes em idade adulta.			
Análise externa			
Oportunidades		Ameaças	
Na Instituição hospitalar tem sido desenvolvidas algumas estratégias pelos profissionais de saúde, como a criação de nova consultas de apoio a crianças/adolescentes em risco.		A discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.	
Análise interna			
Pontos fortes		Pontos fracos	
<ul style="list-style-type: none"> - A Hospital, centros de saúde e escolas dispões de espaços físicos, promotores á divulgação de campanhas; - Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes; 		<ul style="list-style-type: none"> - Fluxos de informação/cooperação dos profissionais. 	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
<ul style="list-style-type: none"> - Envolver e solicitar parceria da instituição hospitalar com o centro de saúde - Implementar programas de intervenção; - Divulgar à população informação; - Elaborar e divulgar manual de práticas de enfermagem no rastreio da diabetes, monitorizando crianças/adolescentes de risco. 	Período 2009-2010	<ul style="list-style-type: none"> - grupo de trabalho - Criar 1 prémio anual de promoção de saúde, para os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais. 	Hospital; Centro Saúde e Escolas

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Estratégias		
<p>1) criação do grupo de trabalho; seleccionar os profissionais responsáveis pela implementação e avaliação do plano de intervenção</p> <p>2) prémio anual de promoção de saúde para os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais . atribuir o prémio ao melhor trabalho, seleccionado pelo grupo de trabalho;</p>		
Plano de acção		
1a) criação do grupo de trabalho;		
Fases de acção	Prazos	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração	
Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos profissionais saúde na área diabetes	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar.
Indicadores de desempenho		
Número estratégias desenvolvidas		
Plano de acção		
2a) prémio anual de promoção de saúde para os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais		
Fases de acção	Prazos	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração	
Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar, patrocínios.
Indicadores de desempenho		
Número de participantes		

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Diagnóstico			
Ausência de formações periódicas sobre diabetes a profissionais de saúde, pais e professores.			
Análise externa			
Oportunidades		Ameaças	
Na Instituição hospitalar tem sido desenvolvidas algumas formações.		A discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.	
Análise interna			
Pontos fortes		Pontos fracos	
<ul style="list-style-type: none"> - A Hospital, centros de saúde e escolas dispões de espaços físicos, promotores á realização de formações; - Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes; 		<ul style="list-style-type: none"> - Fluxos de informação/cooperação dos profissionais. 	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- envolver os profissionais da área pediátrica , centro de saúde, a realizar periodicamente formações.	Período 2009-2010	- grupo de trabalho para realização de formações	Hospital; Centro Saúde e Escolas

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Estratégias		
1) criação do grupo de trabalho; seleccionar os profissionais responsáveis pela e avaliação formação.		
Plano de acção		
1a) criação do grupo de trabalho;		
Fases de acção	Prazos	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração	
Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar.
Indicadores de desempenho		
Número de formações realizadas, e contexto.		

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Diagnóstico			
Inexistência de manual de boas práticas a ser distribuído aos profissionais de saúde e professores			
Análise externa			
Oportunidades		Ameaças	
Na Instituição hospitalar tem sido desenvolvidas algumas normas de actuação face á criança com diabetes.		A discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.	
Análise interna			
Pontos fortes		Pontos fracos	
- Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes;		- Fluxos de informação/cooperação dos profissionais.	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- envolver os profissionais da área pediátrica e centro de saúde, a realizar manual de boas práticas. - definir temas a abordar no manual	Período 2009-2010	- grupo de trabalho para realização de manual.	Hospital; Centro Saúde e Escolas

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Estratégias		
2) criação do grupo de trabalho; seleccionar os profissionais responsáveis pela elaboração de manual.		
Plano de acção		
1a) criação do grupo de trabalho;		
Fases de acção	Prazos	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração	
Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar.
Indicadores de desempenho		
Elaboração de Manual Boas Práticas		

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Diagnóstico			
Lacunas na articulação da rede de tratamento à criança com diabetes			
Análise externa			
Oportunidades		Ameaças	
Na Instituição hospitalar tem sido desenvolvidas algumas normas de actuação face à criança com diabetes.		A discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.	
Análise interna			
Pontos fortes		Pontos fracos	
- Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes;		- Fluxos de informação/cooperação dos profissionais.	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar e divulgar circuito da criança/adolescente com diabetes. - Melhorar a articulação dos actores - Promover a articulação dos cuidados e avaliação da qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente com diabetes. - Promover, junto das instituições competentes, a realização aleatória de auditorias à qualidade organizacional da prestação de cuidados à criança/adolescente com diabetes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares. 	Período 2009-2010	- grupo de trabalho para realização de circuito.	Hospital; Centro Saúde e Escolas

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Estratégias		
<p>1) criação do grupo de trabalho; seleccionar os profissionais responsáveis pela elaboração do circuito e auditoria à qualidade organizacional em termos articulação.</p>		
Plano de acção		
<p>1a) criação do grupo de trabalho;</p>		
Fases de acção	Prazos	
<p>Etapas na elaboração do plano a definir.</p>	<p>Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração</p>	
Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
<p>Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia</p>	<p>Recursos físicos sala reunião</p>	<p>Custos de cada a definir e actualizar.</p>
Indicadores de desempenho		
<p>Elaboração de Circuito Elaboração de <i>Check List</i> de auditoria Número e Resultados das auditorias</p>		

**Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com diabetes.**

Data de preenchimento:
Responsável pelo preenchimento:
GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Crítérios de avaliação do plano de intervenção	Não aplicável	Inferior ao previsto	Igual ao previsto	Superior ao previsto	Observações
Aceitação (face ao plano)					
Coerência (aplicabilidade e execução do plano)					
Conformidade (os critérios, em que medida se respeita o plano)					
Eficácia (execução respeitando os princípios estabelecidos pelo plano)					
Eficiência (adequa os critérios estabelecidos com os recursos existentes)					
Pertinência (Objectivos da intervenção são pertinentes)					
Sistema de gestão (Utilização adequada dos recursos)					
Sustentabilidade (Identificação de situações passíveis de mudança)					
Utilidade (Respeito pelos critérios e normalização dos procedimentos)					

Auditoria de Procedimento/Intervenção na Rede Formal do tratamento da criança com Diabetes

Procedimento a auditar	Pano de intervenção
Departamentos implicados	Centro de saúde Barreiro – Consulta de saúde infantil, Hospital (urgência Pediátrica, internamento, consulta externa, psicologia)
Data	A agendar
Auditor	Externo
Causas da auditoria	Implementação de um novo plano de intervenção no tratamento criança com diabetes.
Objectivo da auditoria	Verificação de conformidade do procedimento, adesão dos profissionais do serviço e adequação de novas estratégias a implementar
Documentos a utilizar	Referencial normativo adoptado
Lista de verificação:	<ul style="list-style-type: none">Verificar clareza do objectivoVerificar se estão definidas as responsabilidades e deveres das pessoas ou grupos que implementam o planoVerificar se é realista e adequado à problemáticaVerificar a lista de registos de tarefas efectuadasVerificar se foi feita a distribuição a todos os implicados na implementação do planoVerificar se as entidades têm presente o plano de intervenção.Verificar se estão a implementá-loVerificar se as actividades descritas são as que estão a ser elaboradasVerificar o tratamento e seguimento dos indicadores referidos.
Elaboração e Divulgação de relatório final de auditoria:	Folha de síntese; Lista de verificação devidamente preenchida; Resultados da auditoria; Recomendações e propostas.

BIBLIOGRAFIA

- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.
- Alejandro, V. A., & Norman, A. G. (2006). *Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais*. Obtido em Junho de 2009, <http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20%5BTrad%5D.pdf>
- Almeida, H. (2008). Cuidados Continuados Integrados: Um olhar sobre a rede. Obtido de http://www.hbarreiro.min-saude.pt/NoticiasEventos/Artigos/Cuidados_Continuados_Integrados_Um_olhar_sobre_a_Rede.htm
- Augusto, B., & Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados:Família, Centro Saúde, Hospital como Parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bolander, V. (1998). *Sorensen and Luckman's - Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Desconhecido. (Dezembro de 2008). Nova Consulta Diabetes Pediátrica. *Notícias, Boletim Informativo do Hospital Nossa Senhora Rosário EPE*.
- Candeias, A., Boavida, J., Correia, L., Pereira, M., Almeida, M., & Duarte, R. (2008). *Programa Nacional Prevenção e controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção Geral Saúde.
- Colomé, I. C., Lima, M. A., & Davis, R. (2008). Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipas de saúde da família. *Revista Escola Enfermagem USP*, pp. 258-281.
- Fialho, J. (2007). Redes de cooperação interorganizacional. A dinâmica das entidades formadoras do Alentejo.
- Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Hana, R. (2007). *Diabetes Tipo I, em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa - Porto: LIDEL.
- Hanneman, R. A. (2000). *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. Obtido de <http://revista-redes.rediris.es/webredes>
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusodidacta.

- Kemp, N., & Richardson, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Kuczynski, E. (2002). Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes sadios e portadores de doenças crónicas e/ou incapacitantes. *Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo*.
- Lemieux, V., & Ouimet, M. (2008). *Análise estrutural das redes sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, R. A., & Vieira, M. A. (2002). Crianças e Adolescentes com doença crónica: convivendo com mudanças. *Revista Latino Americana Enfermagem*, pp. 552-560.
- Marteletto, R. M. (Jan./Abr. de 2001). Análises de redes sociais - aplicação nos estudos detransferência da informação. *Ciencia informação*.
- Mendes, M. L. (2004). Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As implicações da doença crónica na família e no centro de saúde. *Dissertação de Mestrado, Instituto da Ciências Sociais da Universidade do Minho*.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. São Paulo: Manole.
- Molina, J. L. (2001). *El Analisis de Redes Sociales*. Barcelona: Bellaterra.
- Nóbrega, S. D., Varanda, J., & Silvia, A. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Principia.
- Nunes, M. (s.d.). Apoio Social Diabetes. pp. 135-149.
- Oliveira, C. C. (2004). *Auto - Organização, Educação e saúde*. Coimbra: ariadne.
- Ordem do Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; emgradramento conceptual, enunciados descritivos. *Conselho de Enfermagem*, (pp. 1-15).
- Pina, R., & Fadista, S. (Julho/Agosto/Setembro de 2007). A Criança com Diabetes na Escola. *Diabetes viver em equilibrio*.
- Piccinini, C. A., Castro, E. K., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V. (2003). *A doença Crónica orgânica e as práticas educativas maternas*. Obtido de redalyc: www.redalyc.com
- Ribeiro, R. L. (2005). Enfermagem e Famílias de crianças com síndrome nefrótico: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Dissertação Mestrado, Universidade de São Paulo*.

- Ribeiro, R. L., & Rocha, S. M. (jan./mar de 2007). Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Texto & Contexto - Enfermagem* .
- Ribeiro, R. L., & Rocha, S. M. (2007). Enfermagem e famílias de crianças com Síndrome Nefrótico: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Texto & Contexto de Enfermagem* , pp. 112-119.
- Sale, D. (1998). *Garantia da qualidade dos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill.
- Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto editora.
- Silva, C. A., & Fialho, J. (2006). Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*.
- Sousa, P. A., Frade, M. H., & Mendonça, D. M. (Oct./Dec. de 2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem* , pp. 368-381.
- Souto, S. P. (2008). Educação Terapêutica em Diabetologia Pediátrica. Um conceito de reflexão. *Acta Pediátrica Portuguesa* , pp. 72-73.
- Souza, S. P. (2006). A repercussão da febre reumática e da cardiopatia reumática na vida de crianças e adolescentes: o movimento entre sentir-se saudável e sentir-se doente. *Dissertação de Mestrado, Universidade São Paulo*.
- Wong, D. L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

Outros documentos:

Rede Social - Wikipédia. (s.d.). Obtido em outubro de 2008, de http://pt.wikipedia.org/wiki/Rede_social

Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica.

Diagnóstico e análise da rede social:
o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica.

ANEXOS