

INTRODUÇÃO

A área da saúde encontra-se actualmente repleta de questões complexas, que necessitam de diagnóstico e posterior desenvolvimento de soluções. Neste sentido, um trabalho de investigação que aborde uma área tão vasta e inquietante como é a área da saúde, terá assim um importante e alargado campo de análise, bem como uma aplicabilidade prática pertinente e bastante útil para todos.

Os estudos efectuados nesta área e que pressupõem uma análise das instituições de saúde assumem uma grande importância devido ao facto de se focalizarem em questões práticas, nomeadamente na gestão e na qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Com efeito, nesta dissertação será abordada a área da Diabetes em crianças e adolescentes, numa instituição hospitalar de referência na região centro do país, ou seja, o Hospital Dona Estefânia. Pretende-se assim analisar as dinâmicas e relações na rede prestadora de cuidados, através do uso de uma metodologia inovadora, que ainda está a dar os primeiros passos na área da saúde, e posteriormente elaborar um plano de intervenção sócio-organizacional.

Efectivamente, a área em estudo nesta dissertação surgiu da constante percepção da necessidade de articulação dos diferentes elementos que prestam cuidados à criança / adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1, bem como da observação em contexto de trabalho da existência de uma interacção entre os mesmos. O estudo da rede social que engloba os cuidados a esta população torna-se assim pertinente no sentido em que poderá permitir uma optimização da mesma, obtendo-se contributos fundamentais para uma melhoria na gestão da qualidade dos cuidados.

Abordar a temática das dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças / adolescentes com Diabetes tipo 1, remete-nos assim para o objectivo *major* da sua identificação no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população.

A Diabetes como doença crónica que é precisa necessariamente de uma intervenção consistente por parte dos profissionais de saúde. Efectivamente, os cuidados prestados aos portadores de doenças crónicas são cuidados que deverão ser objecto de um planeamento concertado e alvo de bastante atenção por parte de todos, sob pena de comprometer a saúde desta população. É pois necessário o envolvimento de toda uma equipa multidisciplinar, cujas relações de cooperação adquirem neste contexto um papel fundamental.

É neste sentido, que surge a Análise de Redes Sociais como uma metodologia que permite identificar o nível de relações de cooperação existentes entre os diferentes elementos que prestam cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1.

Com efeito, o objectivo geral desta dissertação será assim identificar as dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1, no Hospital Dona Estefânia. Por sua vez, os objectivos específicos da mesma são: identificar a rede de elementos responsáveis pelos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, no Hospital Dona Estefânia; identificar a tipologia e características das interações estabelecidas entre os diferentes elementos da rede; identificar as potencialidades e limitações existentes nas acções dos diferentes elementos que constituem a rede. De forma a alcançar os objectivos propostos será utilizada a metodologia da Análise de Redes Sociais.

Assim, esta dissertação divide-se em 4 capítulos. No primeiro capítulo será feito um enquadramento teórico-conceptual, que abordará as seguintes temáticas: Análise de Redes Sociais (Contextualização Histórica da Análise de Redes Sociais; Conceito de Rede; Análise de Redes Sociais; Estado de Arte); Diabetes Mellitus; (Definição de Diabetes Mellitus; Doença Crónica e Qualidade de Vida; Gestão da Doença); Gestão da Qualidade dos Cuidados Prestados em Saúde.

O segundo capítulo reflectirá a opção metodológica para esta dissertação, com a descrição e justificação da natureza do estudo, caracterização da entidade de acolhimento, descrição e justificação das técnicas e instrumentos de colheita de dados utilizados e forma de análise dos mesmos.

No terceiro capítulo será feita uma descrição dos resultados, através da utilização de um conjunto de técnicas de análise estatística, análise de conteúdo e Análise de Redes Sociais, de forma a melhor ilustrar e analisar a rede prestadora de cuidados. Este capítulo ir-se-á subdividir na caracterização dos inquiridos, sendo posteriormente feita uma análise separada e detalhada das seguintes dimensões: caracterização da rede prestadora de cuidados; caracterização da formação profissional; caracterização da rede no tratamento e controlo da doença; existência e caracterização de relatórios de rotina / informação de retorno; e, por fim, a Análise da Rede Social de apoio às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 no HDE, com a utilização do software UCINET.

Após a descrição e análise dos resultados, o quarto capítulo abordará as conclusões desta dissertação, bem como as recomendações feitas após as mesmas, englobando aqui a elaboração de um Plano de Intervenção Sócio-organizacional. Aqui

será assim apresentado o respectivo plano de intervenção, o plano de avaliação e o projecto de auditoria do mesmo.

Por fim, estarão ainda presentes as referências bibliográficas desta dissertação e os apêndices que apoiam o desenvolvimento da mesma.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL:

1.1 ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

1.1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

Antes de uma abordagem ao conceito de redes e de Análise de Redes Sociais importa fazer uma breve resenha dos caminhos percorridos até aos nossos dias e que permitiram a evolução, amadurecimento e reconhecimento desta temática.

O conceito de redes sociais abarca em si mesmo um conjunto de correntes provenientes de várias disciplinas como a antropologia, sociologia, psicologia e da matemática dos grafos (Fialho, 2007). Também segundo Aguirre (2007) esta metodologia tem a sua origem em teorias antropológicas (funcionalismo estrutural britânico), psicológicas (Gestalt) sociológicas (sociometria e estruturalismo funcional norteamericano) e em teorias matemáticas.

Fazendo agora uma abordagem cronológica da génese das redes sociais, durante os anos 30, movidos pelo interesse de estudar as relações sociais em pequenos grupos, psicólogos alemães da *Gestalt* abandonaram o seu país para se instalarem nos EUA. Entre eles, destacam-se três nomes que deram o seu contributo para a evolução da temática das redes. Kurt Lewin estudou o conceito de “distância social”, bem como a sua representação gráfica e formalização matemática. Jacob Moreno debruçou-se sobre o desenvolvimento da sociometria, não como uma técnica mas como um paradigma. Por fim, Fritz Heider defendeu o pressuposto que uma rede de relações interpessoais se deve reger pelo “equilíbrio” ou “balanço” (Fialho, 2007; Molina, 2001). Esta ideia foi posteriormente retomada por F. Harary, Norman e Cartwright em 1965 com a aplicação da análise de grafos à análise social (Fialho, 2007b).

Com efeito, o grande impulsionador da Análise de Redes Sociais foi Moreno, na década de 30, que partiu dos pressupostos da sociometria no sentido de substituir algumas das teorias sociais anteriores (Fialho, 2007).

Assim, Jacob Moreno destacou-se como grande impulsionador da Análise de Redes Sociais, através da sociometria e do seu instrumento de recolha de informação, o sociograma, sendo o teste sociométrico a primeira estratégia utilizada para conseguir analisar a estrutura de um grupo. De salientar que o objectivo da sociometria seria então o estudo matemático das propriedades das populações, tendo Moreno desenvolvido uma

investigação ao nível da evolução e organização dos grupos e quais as posições dos indivíduos nos mesmos (Fialho, 2007).

O sociograma de Moreno “permite então a formação de um mapa com as escolhas, interações e relações entre membros do grupo (...) perceber a posição real ocupada por cada indivíduo no grupo, bem como as inter-relações que se vão estabelecendo” (Fialho, 2007, p.12).

Segundo Molina (2001, p.24) “se por um lado a sociometria e seus desenvolvimentos utilizavam 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 o sistema social, para além da introdução de inovações metodológicas e teóricas sobre a análise de redes sociais.”

Neste sentido, um outro contributo importante na génese da Análise de Redes Sociais são os estudos de *Hawthorn*, em Harvard, realizados por W. Lloyd Warner e Elton Mayo, que possibilitaram a identificação de *cliques*, e que segundo os autores se entendem por conjuntos de indivíduos que estabelecem laços informais que explicam a sua conduta no quadro do seu trabalho (Fialho, 2007).

Posteriormente, deslocando-se para Chicago, o mesmo W. Lloyd Warner, conjuntamente com o seu mentor Radcliff-Brown, desenvolveram um estudo com as comunidades do sul dos Estados Unidos, advogando a tese de que “(...) não só existem relações entre pessoas, mas também os grupos em que estas fazem parte também se articulam entre si numa complexa rede de relações que explica a integração global no sistema social” (Scott & Molina, citados por Fialho, 2007, p. 14).

Também a análise etnográfica das estruturas elementares de parentesco de Claude Lévi-Strauss, na década e 40, conduz-nos à importante noção de que “(...) a ideia de rede social é orientada para a análise e descrição dos processos sociais que envolvem conexões que ultrapassam os limites dos grupos e categorias (Fialho, 2007b, 185).

Em 1954, o conceito de rede social foi utilizado pela primeira vez pelo antropólogo britânico Jonh A. Barnes, que através da análise das relações entre pescadores de uma pequena comunidade, considerou que a vida social era considerada um conjunto de pontos (nós) que se estruturavam numa teia de relações (Fialho, 2007; Molina, 2001).

Os anos 50 e 60 foram caracterizados por inúmeras investigações que identificam a escola de Manchester como contribuidora para a génese das redes sociais.

Entre vários investigadores destacam-se os nomes de John Barnes, que em 1954 foi o primeiro investigador a utilizar o termo rede; Elisabeth Bott, que introduz o termo “conectividade” em 1955; e por fim, Clyde Mitchell que, em 1969 advoga que a Análise de Redes Sociais possibilita uma visão complementar à visão tradicionalmente instituída. Outros dos contributos desta escola foram os de Kapferer a quem pertence o conceito de “multiplicidade” ainda hoje utilizado em Análise de Redes Sociais, bem como o contributo de Mayer através da introdução dos “vínculos fortes e vínculos débeis” (Fialho, 2007).

A ruptura com a sociometria clássica, ou seja, a passagem desta para a relação entre as posições estruturais na relação entre os actores, ocorre em meados dos anos 70, através Harrison White e do seu grupo de colaboradores de Harvard. Com efeito, a estes autores deve-se a concepção da medida de equivalência estrutural, que marca decisivamente a investigação em Análise de Redes Sociais. Simultaneamente a estes autores, Ronald Burt desenvolve uma técnica que tinha como objectivo o enquadramento de actores em categorias semelhantes ou distintas, de acordo com as relações que mantinham na rede (Fialho, 2007).

Contudo, foram nos anos 80 que ocorreu o grande *boom* no desenvolvimento das redes sociais. Assim, segundo Galaskiewicz e Wasserman (citados por Varanda, citado por Fialho, 2007, p. 18-19), três linhas de investigação ressaltam neste período:

- ♦ “O trabalho sobre os constrangimentos impostos pela posição na rede sobre a acção, que levou ao conceito de autonomia estrutural de Burt e de *embeddedness* em Granovetter;
- ♦ A investigação referente às redes sociais como oportunidades ou recursos para atingir determinados fins, que é o caso do conceito de capital social desenvolvido por Coleman e Granovetter, entre outros;
- ♦ E os temas de influência e difusão de inovações desenvolvidas por vários estudiosos, como Mansden, Freedkin, Burt e Valente, que postulam uma visão mais dinâmica da análise de redes, pois vêm-nos como canais que os actores utilizam para influenciar os comportamentos de outros”.

Efectivamente, foi a partir dos anos 80 que a Análise de Redes Sociais começou a ganhar maior protagonismo, nomeadamente devido aos avanços no campo da matemática, bem como aos avanços técnicos da área da informática (Wasserman & Faust; Scott, Molina, & Varanda, citados por Fialho, 2007). A divulgação científica através de revistas on-line, a criação da organização profissional INSNA (International Network for Social Network Analysis), realização de conferências e congressos, bem como o aparecimento de aplicações informáticas que permitem o tratamento de dados, contribuiu para o seu desenvolvimento e divulgação na comunidade científica (Borgatti, Mehra, Bass & Labianca, 2009).

Actualmente, Análise de Redes Sociais é aplicada não somente nas disciplinas de origem como a sociologia, antropologia, psicologia e matemática dos grafos, como também em áreas como a ciência política, economia, física, biologia, informática, entre outras (Aguirre, 2007). Na área da saúde, a abordagem através da Análise de Redes Sociais tem sido feita nas áreas da epidemiologia (estudo da disseminação de doenças infecciosas), bem como em áreas como a melhoria dos cuidados de saúde e apoio social (Borgatti, Mehra, Bass & Labianca, 2009).

Em Portugal, contudo, “a investigação em análise de redes sociais ocupa ainda um lugar muito modesto o que, comparativamente com países como Espanha e França não assume grande expressão” (Fialho, 2007, p.21).

Em suma, embora ainda um pouco recente, a Análise de Redes Sociais percorreu um sólido caminho que conduziu ao seu amadurecimento enquanto metodologia associado ao estudo das mais diversas áreas. Na área da saúde, embora ainda a percorrer os primeiros passos, esta metodologia já provou dar importantes contributos, encontrando-se assim no caminho certo para o seu crescimento e consequentemente maior utilização desta metodologia na investigação nesta área.

1.1.2 CONCEITO DE REDE

Após esta breve abordagem histórica da evolução dos conceitos de rede e Análise de Redes Sociais impera agora a explicitação dos mesmos. Com efeito, o conceito de redes sociais reporta-nos para um conjunto de relações que se estabelecem entre actores (pessoas, grupos ou organizações), sendo que a Análise de Redes Sociais será assim uma metodologia que permite a compreensão deste processo de interacção (Fialho, 2007).

O conceito de rede tem a sua origem no latim “*rete*”, que significa armadilha ou laço. Segundo Nohria e Eccles (citados por Fialho, 2007, p.24) “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 laços podem basear-se na conversação, afecto, amizade, parentesco, autoridade, troca económica, troca de informação ou qualquer outra coisa que constitua a base da relação”.

Segundo Fialho (2007b), o que distingue redes sociais de redes espontâneas ou naturais será a intencionalidade dos relacionamentos e os objectivos comuns que se estabelecem entre os elementos que vão interagir nessa mesma rede.

Assim, o conceito de rede não é sinónimo de uma simples presença de relacionamentos, o que faria com que qualquer tipo de conexão existente fosse considerada equivocadamente rede. “A interacção entre os envolvidos na rede deverá ser mais do que uma simples participação passiva, na medida em que a interacção que se estabelece deverá ser um «motor» conducente a soluções resultantes das diversas capacidades e sinergias dos seus elementos constituintes” (Silva & Fialho, 2006, p.4). Neste sentido, tal como referem Silva e Fialho (2006), as redes também se apoiam na teoria dos sistemas em que o todo é maior que a soma das partes.

Contudo, segundo Fialho (2007, p.29), “rede não é simplesmente uma consequência das relações que ocorrem entre os actores, pode ser simultaneamente o resultado da ausência de relações, da falta de laços directos entre dois actores, numa lógica do que Burt (1992) denominou de «buraco estrutural» da rede”, conceito que mais à frente será desenvolvido.

Na Análise da Rede Social o que importa não são os ganhos materiais que se alcançam mas sim o que circula na vida social a favor da organização colectiva, por vezes aparecendo como perdas outras vezes como ganhos, não apenas do ponto de vista material mas acima de tudo simbólico (Cordeiro, 2007).

Nos mais diversos quadrantes da sociedade encontram-se as mais variadas redes, como sejam, as redes de fornecedores e empresas, redes de comunicações, redes associadas à intervenção social em população desfavorecida, entre outras. Este facto torna crucial o processo de operacionalização, bem como delimitação da charneira entre as diversas tipologias. Neste sentido, de forma a conseguir operacionalizar o conceito, encontramos três elementos distintos, que permitem uma percepção das fronteiras entre as redes:

- ♦ **“Económico** que pressupõe as actividades e recursos que servem de intercâmbio nas redes;
- ♦ **Estratégico** que surge associado ao valor que é produzido no quadro das redes;
- ♦ **Social** no qual se enquadram os actores das redes e as relações de confiança que estabelecem entre si, sendo este último o principal motor das dinâmicas de participação e cidadania” (Fialho, 2007, p.23).

A importância da abordagem da temática das redes sociais contextualiza-se nas mais diversas metamorfoses sociais que têm ocorrido nos últimos anos. Num ambiente de competição cada vez mais feroz, as organizações necessitam de reestruturações, processos de flexibilização, novas formas de inovação e cooperação inter-organizacional (Fialho, 2007; Silva & Fialho, 2006; Molina, 2001).

Segundo Molina (2001), a aplicação das redes sociais no estudo das organizações adquiriu uma particular importância nos primórdios da Análise de Redes Sociais, bem como se apresenta como uma das linhas temáticas mais utilizadas neste tipo de análises na actualidade.

Neste contexto, a utilização das redes no ambiente organizacional adquire particular importância devido a três grandes motivos:

- ◆ “O aparecimento dum novo padrão de competitividade que estimula as organizações a encontrar relações de cooperação, em detrimento de relações competitivas;
- ◆ As metamorfoses no campo das tecnologias da informação despoletaram uma revolução no tipo de operações e interligações entre as organizações de todo o mundo;
- ◆ O amadurecimento da análise de redes sociais enquanto disciplina técnica” (Nohria, citado por Fialho, 2007, p.26).

Também neste sentido, o estudo das organizações enquadradas na temática das redes sociais torna-se pertinente devido a:

- ◆ “Todas as organizações estão dentro de um importante respeito de redes sociais e merecem ser referenciadas e enquadradas como tal;
- ◆ O ambiente organizacional deve ser devidamente visto como uma rede de outras organizações;
- ◆ As acções (atitudes e comportamentos) dos actores nas organizações podem ser melhor explicadas em termos das suas posições nas redes de relações;
- ◆ As redes constroem as acções, e por outro lado, são desenhadas por elas. Sendo assim, são um processo como uma estrutura, sendo continuamente desenhadas e redesenhadas pelas acções dos actores, que estão por sua vez condicionadas pela posição estrutural na qual se encontram;
- ◆ A análise comparativa das organizações deve ter em conta as características das redes” (Nohria & Eccles, citados por Pontes, 2007, p.2).

Para além das relações formais existentes no seio de cada organização, a mesma pode pautar-se por relações informais, abrindo assim um caminho bastante interessante em Análise de Redes Sociais.

Segundo Fialho (2007) enquanto as organizações formais são aquelas que se encontram mais habilitadas à resolução de problemas previstos, as organizações de carácter informal possuem uma natureza mais adaptativa e com maior capacidade de resposta a problemas imprevistos.

Na sequência da abordagem de redes informais, foram definidos por Krackhard e Hanson, três tipos de relacionamento na rede informal que permitem o seu funcionamento enquanto rede social:

- ◆ “Redes de trabalho ou consulta (*advice networks*), que mostram os actores proeminentes numa organização, sobre os quais os outros dependem para a resolução de problemas e fornecimento de informações técnicas;
- ◆ Redes de confiança (*thrust networks*), que mostram quais os actores que partilham informações politicamente delicadas, em situação de crise;
- ◆ Redes de comunicação (*communication network*), que revelam quais os actores que trocam regularmente informações sobre assuntos relacionados com o trabalho” (Krackhard & Hanson, 1997,p. 38).

Os mesmos autores acima mencionados defendem ainda que, nas redes informais no contexto organizacional, as relações que se estabelecem são relações com o intuito de uma maior celeridade no cumprimento de tarefas e que não implicam um quadro funcional e de papéis bem definidos, o que pode facilitar a dinâmica da organização (Krackhard e Hanson, citados por Fialho, 20007).

Em suma, Krackhard e Hanson realçam os aspectos positivos das relações informais, ou seja, “as redes informais de relacionamentos eram um factor de aumento da facilidade de comunicação e de desenvolvimento da confiança mútua entre os pares de actores e também assumiam um papel de correcção das falhas da estrutura formal. Por outro lado, estas redes informais dinamizam interacções que permitem aos indivíduos a resolução de problemas e ganhos de confiança” (Krackhard & Hanson, citados por Fialho, 2007, p.100).

Abordar o conceito de rede permite assim a definição do mesmo numa linguagem tão particular e distinta que a Análise de Redes Sociais encerra em si. No contexto desta dissertação, o estudo de uma rede é particularmente importante no contexto organizacional, quer a nível das relações intra ou inter-organizacionais, como no estudo das redes de carácter formal ou informal.

1.1.3 ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

Após uma pequena abordagem do conceito de rede e da sua importância na aplicação a estudos em organizações, importa agora fazer uma abordagem mais

pormenorizada sobre a Análise de Redes Sociais¹. Com efeito, para Molina (2001, p.13) “a análise de redes sociais estuda as relações estabelecidas entre um conjunto definido de elementos (pessoas, grupos ou organizações, países e inclusive acontecimentos). A diferença entre as análises sociológicas tradicionais (...) é que a análise de redes sociais se centra sobretudo nos atributos destes elementos”.

Neste sentido, também Silva e Fialho defendem que “a matriz que suporta a análise de redes sociais é a ESTRUTURA das relações, as quais assumem um carácter explicativo mais relevante que os atributos pessoais dos elementos que compõem um determinado sistema” (Silva & Fialho, 2006, p.7).

Do ponto de vista da Análise de Redes Sociais, o ambiente social pode ser expresso através de padrões ou regularidades existentes nas relações entre actores sociais que interagem entre si. Este foco nas relações e nos padrões de relações existentes requer um conjunto de métodos e conceitos analíticos próprios da Análise de Redes Sociais, que são diferentes dos métodos utilizados tradicionalmente (Wasserman & Faust, 1994).

Um dos objectivos da Análise de Redes Sociais é o conhecimento de como as propriedades de natureza estrutural da rede influenciam o comportamento, para além dos atributos pessoais, prescrições normativas e relações de natureza regular (Silva & Fialho, 2006). Assim, também segundo Wasserman & Faust (1994, p.3) “a análise de redes sociais assenta no estudo das relações entre actores sociais e padrões e na influência dos padrões e implicações dessas mesmas relações”.

Neste sentido, Fialho (2007) defende que existem dois caminhos para o processo de Análise de Redes Sociais, ou seja, o da relação (colocando em segundo plano os atributos) e o da detecção de padrões de relacionamento bem como compreensão dos efeitos a nível dos actores / fenómenos analisados.

As redes podem assim ser encontradas sobre três formas diferentes: bilateralidade / multilateralidade, quando envolvidos dois ou mais elementos; homogeneidade / heterogeneidade, quando se verificam diferenças mais ou menos significativas entre os componentes da rede; formalidade / informalidade, quando se envolve ou não um conjunto de normas, regras e procedimentos pré-estabelecidos (Fialho, 2007).

¹¹ Relativamente à Análise de Redes Sociais não existe consenso se esta se apresenta como uma teoria, um paradigma ou uma metodologia, existindo diversos autores que advogam qualquer uma das opções. Segundo Fialho (2007), existe uma linguagem especializada criada por uma elite de cientistas, que vão regularmente criando novos métodos e técnicas de análise, dando corpo a um verdadeiro paradigma recheado de novas técnicas e teorias de análise e compreensão dos fenómenos sociais

Apesar do grande desenvolvimento nas últimas décadas, a Análise de Redes Sociais encerra em si o domínio de uma linguagem muito particular, em que poucos cientistas sociais se encontram completamente familiarizados. “Dentro desta linguagem muito particular, as matrizes e os grafos, têm-se constituído como a principal ferramenta para traçar e apresentar as interacções entre indivíduos, grupos e organizações” (Fialho, 2007, p.33).

De forma a compreender qualquer estrutura de uma rede é necessário o conhecimento de alguns elementos básicos:

- ♦ **Nós ou actores:** “são pessoas ou grupos de pessoas que se encontram movidas por um objectivo comum. Regularmente os nós ou actores representam-se por círculos. A soma dos nós representa o tamanho da rede” (Fialho, 2007, p.33);
- ♦ **Vínculos ou relações:** “são os laços que existem e se estabelecem entre dois ou mais nós. (...) Os vínculos de relações são representados por linhas” (Fialho, 2007, p.33);
- ♦ **Fluxos:** “indica a direcção do vínculo. Estes fluxos podem assumir várias designações: unidireccional ou bidireccional. Quando um actor não tem nenhum tipo de fluxo, o que implica também inexistência de vínculos, significa que se trata de um nó solto dentro da rede” (Fialho, 2007, p.33).

Na abordagem dos padrões de relação entre os vários actores são utilizadas ferramentas matemáticas, cujas formas de representação são as matrizes e os grafos. Uma matriz representa a disposição rectangular dum conjunto de elementos, sendo a mais frequente a matriz simples que é constituída por linhas e colunas que representam os vínculos entre os actores. Dentro da matriz simples a mais comum é a matriz binária na qual a existência de relação é assinalada com “1” e a inexistência com “0” (Fialho, 2007; Hanneman, 2001). Por outro lado, estamos perante uma matriz ponderada quando em vez de somente se utilizar a existência ou não de uma relação (números 0 e 1), a mesma relação é caracterizada com outros números (1, 2, ...) que podem representar a frequência ou a intensidade das relações (Molina, 2001)

Os grafos são a representação gráfica através de pontos (nós) de forma a representarem os laços ou relações entre os actores. Existem dois tipos de grafos: os grafos binários e os grafos orientados. Os grafos binários “identificam se existe ou não vínculo entre os actores. Uma seta representa uma relação. A inexistência é sinónima de ausência de relação” (Fialho, 2007, p.34). Os grafos orientados “utilizam a convenção de que os actores ou nós estão conectados através de linhas que têm uma ponta de seta para indicar quem orienta o vínculo com quem” (Fialho, 2007, p.34).

Na perspectiva da Análise de Redes Sociais, segundo Hanneman (2001), as diferenças entre os actores interpretam-se com base nas limitações e oportunidades que surgem da forma como os actores se encontram imersos na rede, enquanto a estrutura e o comportamento da rede baseia-se nas interacções locais entre os actores. Também segundo o mesmo autor, o número e a classe de laços existentes entre actores permitem a percepção da inclusão do actor na rede, bem como a sua influência e poder.

A Análise de Redes Sociais pode ser entendida em diferentes níveis (Fialho, 2007, 52-53):

- ♦ **“Micro** – redes pessoais;
- ♦ **Meso** – redes inter-organizacionais;
- ♦ **Macro** – interacção entre subsistemas”.

Por sua vez, a Análise de Redes Sociais assenta também em duas perspectivas analíticas que se complementam: a perspectiva egocentrada, onde a análise está direccionada para um determinado actor / nó (ego) e outros nós / actores com os quais o nó egóico mantém relações; a perspectiva de rede completa, em que a informação sobre o conjunto de laços é utilizada para designar os subgrupos com maior coesão a nível interno (Wellman, citado por Fialho, 2007).

Com efeito, é a partir da perspectiva da rede completa que se torna fundamental a identificação das posições e papéis sociais através do padrão de relações observadas entre os actores. “A tarefa empírica assenta na distinção dos actores que apresentam maior semelhança, enumerar o que os torna semelhantes, identificar o que os torna diferentes. É a relação entre os ocupantes de dois papéis que define o significado desses papéis” (Hanneman, citado por Fialho, Silva & Saragoça, 2010, p.7).

As relações entre os diferentes actores da rede podem ser caracterizadas quanto à forma e ao conteúdo. Relativamente à forma de relação esta sustenta-se em dois pilares, que são eles a intensidade e/ou força do laço entre dois actores, ou nível de compromisso assumido em determinadas actividades. Do ponto de vista do conteúdo este depende da função instrumental da relação (Fialho, 2007).

Neste sentido, de forma a caracterizar o conteúdo da relação, Knole e Kuklinski apresentam um quadro de conteúdos característicos das relações:

- ♦ “Relações de comunicação: os laços que se estabelecem entre os actores são canais de transmissão e de veiculação das mensagens entre os actores do sistema;
- ♦ Relações de transmissão: há um intercâmbio de controlo através de meios físicos e simbólicos que funcionam, por exemplo, como regras das relações;

- ♦ Relações instrumentais: os contactos entre os actores assentam numa lógica de partilha mútua de segurança, bens, serviços e informação;
- ♦ Relações sentimentais: as redes apontadas como as mais frequentes são aquelas em que os indivíduos expressam os seus sentimentos de afecto, admiração, ódio ou hostilidade uns com os outros;
- ♦ Relações de autoridade e poder: são aquelas que se verificam nas organizações formais complexas. Implicam os direitos e deveres dos actores e uma lógica de respeito e subordinação aos superiores;
- ♦ Redes de parentesco e descendência: são um tipo especial de redes que indicam as posições dos membros numa estrutura familiar e apresentam também algumas vicissitudes com as anteriores referidas” (Knole e Kuklinski, citados por Fialho, Silva & Saragoça, 2010, p.8).

Por seu lado, Fisher propõe uma outra tipologia de relações, ou seja:

- ♦ “Relação formal: assenta nos papéis organizados social e culturalmente (...);
- ♦ Relação sentimental: tem por base uma lógica de afectividade, na qual um indivíduo se compromete a ajudar;
- ♦ Relação de intercâmbio: quando um indivíduo se compromete com os outros para a realização dum conjunto de actividades (Fisher, citado por Fialho, Silva & Saragoça, 2010, p.8).

Nesta abordagem à metodologia de Análise de Redes Sociais importa também referenciar que esta apresenta dois grandes níveis de análise: a análise global e a análise posicional.

Do ponto de vista da análise global, existem algumas dimensões que se apresentam como as mais utilizadas em Análise de Redes Sociais. Segundo Porras, as dimensões mais estudadas na literatura são:

- a. “Tamanho: o número de actores que participam numa rede;
- b. Número de interesses envolvidos na rede;
- c. Coesão: o número de interacções existente entre os participantes da rede com a sua relação ao seu número potencial;
- d. Intensidade associada à frequência e volume de atributos transaccionados;
- e. Estabilidade ou persistência no tempo das relações;
- f. Autonomia ou nível de permeabilidade da rede a actores identificados como externos à rede” (Porras, 2001, p.6).

Por outro lado, do ponto de vista da análise posicional, cujo objectivo é analisar as propriedades relacionais dos diferentes actores em relação ao conjunto da rede, encontram-se os seguintes princípios (Porrás, 2001, p. 6-7):

- a. “O princípio da centralidade que foca o ponto da rede no qual se concentram o maior número de recursos, funções e competências. A partir deste princípio é possível identificar os seguintes actores na rede:
 - I. *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.
 - II. *Actores intermédios* que mesmo sem se situarem no centro da rede, conseguem exercer a sua influência através de alianças com outros actores (...).
 - III. *Actores periféricos* que se situam nas zonas mais distantes da rede e raramente conseguem influenciar os actores mais centrais (...).
- b. O princípio de intermediação. Trata-se da centralidade que é exercida por actores intermediários denominados por «*brokers*». Esta posição no meio de outros actores assume um quadro de poder e controlo das interacções de vários caminhos da rede.
- c. O princípio da proeminência que se caracteriza como a deferência que demonstram o resto dos actores relativamente a um determinado actor.
- d. O princípio da equivalência estrutural que identifica os linhas de acção uniformes que definem posições sociais, sendo estas ocupadas por actores que são substituídos entre si tendo em conta os seus laços relacionais. Este princípio da equivalência estrutural permite trabalhar com redes complexas e com actores que ocupem posições similares, recorrendo ao «*block modelling*»²

Por sua vez, segundo Borgatti (2003), a perspectiva das redes sociais assenta na análise dos seguintes elementos:

- ♦ ESTRUTURA: desempenho do grupo;
- ♦ POSIÇÃO: oportunidades e limitações;
- ♦ CAPITAL SOCIAL: advoga que o capital social prevalece sobre o capital humano;

² Forma de medida de Equivalência Estrutural e um modelo de hipótese, que reagrupa os actores em sub-grupos estruturalmente equivalentes, através de um método de segmentação comparável a uma classificação hierárquica na qual se ajustam linhas e colunas que descrevem as relações entre *blocks* (Fialho 2007)

- ♦ Estudar as consequências da posição na estrutura da rede.

Com efeito, importa agora nesta dissertação aprofundar o conceito de capital social, uma vez que este tem sido amplamente utilizado de forma a ressaltar a importância da Análise de Redes Sociais informais na construção de formas de sociabilidade e de relações sociais, que têm como pano de fundo interesses pessoais e colectivos (Fialho, 2007).

Assim, entende-se por capital social “um quadro de normas de reciprocidade, informação e confiança presentes nas redes sociais informais que se desenvolvem como fruto das interações dos actores na rede, gerando benefícios directos e indirectos, que se revestem de enorme importância para a compreensão da acção social” (Fialho, 2007, p.85).

Neste sentido, Burt (2000) advoga que a estrutura social assume-se como um capital que consegue criar para alguns indivíduos ou grupos uma vantagem competitiva na persecução dos seus objectivos.

Segundo Fialho (2007, p.94) “o capital social envolve um conjunto de laços fortes e fracos, sendo que os primeiros possibilitam o desenvolvimento de confiança mútua e os últimos permitem a recolha de informações e conhecimentos”. Assim, as três funções básicas do capital social são, segundo Portes (citado por Fialho, 2007): fonte de controlo social, fonte de apoio familiar e ainda fonte de benefícios através de redes extra-familiares.

Por sua vez, referindo-se à natureza dos laços estabelecidos entre os actores numa determinada rede social, Granovetter classificou-os como laços fortes e laços fracos. Os laços fortes referem-se àqueles que unem os “parentes” (familiares e amigos mais próximos), sendo que este laço pressupõe um considerável espaço de tempo, feição emocional, confiança e reciprocidade entre dois indivíduos (Fialho, 2007; Lemieux & Ouimet, 2008). Neste sentido, os laços fortes relacionam-se mais frequentemente, existe uma maior intimidade e um conhecimento mais profundo, as relações de reciprocidade são mais frequentes, estando os actores ligados nos mais diversos contextos (Lemieux & Ouimet, 2008).

Em oposição, os laços fracos são aqueles que unem a “conhecimentos” (parentes mais afastados, antigos colegas, vizinhos), envolvendo transacções de carácter pessoal entre actores, com menor importância para a identidade dos mesmos. Ao contrário de nos laços fortes, os níveis de confiança e reciprocidade são mínimos (Fialho, 2007, Lemieux & Ouimet, 2008).

Com efeito, “as redes dos laços fortes têm, por conseguinte, muito mais tendência para se fecharem sobre si mesmas do que as redes de laços fracos, as quais

tendem preferencialmente a abrir-se para o exterior” (Lemieux & Ouimet, 2008, p. 53). Daí reside a teoria da força dos laços fracos, que defende que estes servem frequentemente para estabelecer pontes entre conjuntos de actores que de outra forma estariam isolados (Lemieux & Ouimet, 2008).

Segundo Granovetter (citado por Fialho, 2007, p.96), “os laços que têm uma maior probabilidade de gerar informações novas e, conseqüentemente, fomentar um maior valor no relacionamento são os laços denominados de fracos. (...) Os laços fortes vão perdendo a sua funcionalidade se os mesmos indivíduos transaccionarem por tempo indeterminado, sendo que às questões de carácter pessoal se sobrepõem à da eficiência e as possibilidades de inovação começam a ser reduzidas”.

Por seu lado, Burt defende ainda a existência de buracos estruturais nas redes, propondo uma teoria que “assenta numa proposição geral segundo a qual um actor considerado como sendo *tertius gaudens*, se encontra numa posição vantajosa quando estabelece contactos que não têm qualquer conexão directa entre si” (Lemieux & Ouimet, 2008, p.55). Efectivamente, os buracos estruturais não existem em grupos em que existam laços fortes mas sim laços fracos (Lemieux & Ouimet, 2008).

Com efeito, para Burt (2000) os buracos estruturais caracterizam-se pela ausência de relações entre dois actores. O mesmo autor defende que os buracos estruturais constituem-se uma oportunidade de quebra o fluxo de informação entre actores bem como controle de projectos que congregam pessoas de lados opostos do buraco estrutural existente.

Assim, a perspectiva dos buracos estruturais ressalta os “benefícios que resultam do acesso à informação e a partir de oportunidades de intermediação relacionadas com a manutenção de relações não redundantes. (...) Fica evidente que os benefícios da informação que resultam dos vínculos fracos se encontram menos relacionados com a intensidade do vínculo e mais com os buracos estruturais que são regularmente associados a eles e a partir dos quais as organizações beneficiam do acesso a recursos não redundantes de informação” (Fialho, 2007, p.97).

Para além das teorias dos laços fortes e fracos e buracos estruturais, no que concerne à análise estrutural de redes sociais, foram descritas ainda mais duas importantes teorias: teoria da grupabilidade e teoria da coordenação das relações (Lemieux & Ouimet, 2008).

A teoria da grupabilidade, defendida por Heider e Festinger, define que “existem um ou vários blocos, de tal maneira que as relações internas de um bloco, são todas positivas ou neutras e as relações externas, quando existem, são todas negativas ou neutras. (...) A teoria prediz que, quando o princípio da grupabilidade não é respeitado,

surtem tenções que têm tendência para arrastar a situação em direcção à grupabilidade” (Lemieux, Ouimet, 2008, p.58-59).

A teoria da coordenação das relações postula que deverá existir uma coordenação entre os conjuntos de membros que se considerem abrangidos por relações de pertença e que se julguem distintos de outros conjuntos do seu ambiente. Esta coordenação pressupõe uma estrutura conexas de relações entre os actores, sendo que quando esta conexão não é considerada forte, existe pelo menos um buraco estrutural (Lemieux & Ouimet, 2008).

Relativamente ao tamanho de uma determinada rede social, Fialho (2007) defende que este pode ser considerado com um factor crítico no processo, uma vez que quanto maior for o grupo maior será a densidade dos laços estabelecidos, podendo originar o aparecimento de novos grupos.

Nesta abordagem sumária sobre a metodologia da Análise de Redes Sociais, importa referir ainda que esta tem como principais objectivos a identificação de três categorias (Degene, Forsé, Varanda citado por Fialho, 2007):

- ◆ Detecção da estrutura;
- ◆ Posicionamento dos actores na estrutura
- ◆ Efeito da estrutura no comportamento dos actores

Assim, do ponto de vista da detecção da estrutura são utilizadas fundamentalmente duas medidas: coesão ou densidade das relações entre os actores e equivalência estrutural. A segunda categoria, isto é, o posicionamento dos actores na estrutura reporta-se a três medidas de centralidade: grau (*degree*), proximidade (*closeness*) e intermediação (*betweenness*) (Fialho, 2007). Por fim, ao concretizar os objectivos anteriores estão reunidas condições para associar a posição e o comportamento, no sentido da concretização do terceiro objectivo referido anteriormente. “Esta associação entre a posição e o comportamento não é determinista, apenas indica as tendências que prevalecem, as quais podem funcionar como oportunidades ou constrangimentos” (Lazega, citado por Fialho, 2007, p. 78-79).

O quadro seguinte apresenta algumas medidas que são mais utilizadas em Análise de Redes Sociais e que podem ser tratadas através da aplicação informática UCINET.

Quadro 1 – Medidas da Rede.

Medidas Descritivas	
Densidade (<i>density</i>)	É a proporção de laços efectivos entre laços possíveis. Uma medida do grau de inserção dos actores na rede.
Centralidade (<i>centrality</i>)	Permite obter a localização do actor em relação à rede local.
Proximidade (<i>closeness</i>)	Grau de proximidade em relação a outros actores na rede.
Intermediação (<i>betweness</i>)	Permite medir o grau de intervenção de cada actor relativamente a outros actores na rede
Distância Geodésica (<i>distance</i>)	Mede o grau de afastamento da localização de um actor em relação ao outro.
Alcance (<i>reachability</i>)	Mede a extensão do contacto que um actor estabelece com outros actores na rede.
Sub-grupos (<i>cliques</i>)	Permite medir o grau de concentração e formação de subgrupos numa determinada rede.
Medidas Estruturais	
Densidade (<i>density</i>)	Mede o grau de coesão e homogeneidade.
Transitividade (<i>transitivity</i>)	Mede o grau de flexibilidade e cooperação numa determinada rede.
Equivalência Estrutural	Mede a posição relativa de um actor na rede.
Equivalência Regular	Medida menos estrita que a anterior – mede o papel social
Buraco Estrutural	Mede o grau de coesão e competição da rede.

(Fonte: Fialho, 2007b, p.190).

Com efeito, antes de terminar o capítulo importa fazer uma pequena abordagem explicativa das medidas de centralidade, bem como de outras medidas utilizadas em Análise de Redes Sociais e que serão utilizadas na pesquisa empírica desta dissertação.

Dentro das medidas de centralidade, definidas por Freeman, entende-se por Grau (*degree*) o número de ligações adjacentes a cada actor, medindo assim a sua capacidade de comunicar com os outros, independentemente da centralidade dos indivíduos com que está directamente ligado (Fialho, 2007). Segundo Hanneman (2001), os actores que possuem um maior número de vínculos tornam-se menos dependentes

dos restantes, uma vez que têm formas alternativas de satisfazer as suas necessidades, adquirindo assim um maior número de oportunidades e uma posição mais vantajosa.

Importa ainda distinguir que esta medida de centralidade pode assentar em graus de entrada (*indegree*) ou graus de saída (*outdegree*). Quando um actor recebe muitos vínculos (centralidade assente em graus de entrada), isto quer dizer que muitos dos actores procuram estabelecer vínculos com ele, podendo-se assim afirmar que o actor é *proeminente* ou de *prestígio*. Quando os actores apresentam um elevado grau de saída, isto significa que os mesmos são capazes de interagir com muitos outros, dando a conhecer o seu ponto de vista, o que faz deles actores *influentes* (Hanneman, 2001).

A segunda medida de centralidade, ou seja, Proximidade (*closeness*), “reporta-se à proximidade que um actor assume relativamente aos outros na rede, incluindo ligações directas e indirectas, isto é, a partir da matriz de distâncias (distância pelo caminho mais curto) entre os vértices de um grafo” (Fialho, 2007, p.75). Nesta medida de centralidade os actores que são capazes de alcançar outros por caminhos mais curtos, ou que estão acessíveis por caminhos mais curtos, adquirem uma posição favorável (Hanneman, 2001), estando mais susceptível de receber informações, poder, prestígio e influência (Fialho, 2007). Contudo, esta medida pode ser criticada por apenas ter em consideração os vínculos imediatos, deixando para segundo plano todos os outros (Fialho, 2007; Hanneman, 2001).

Por fim, a Intermediação (*betweeness*) mede o grau em que os actores se encontram situados entre os caminhos mais curtos entre dois pares de actores. Assume assim uma posição favorável, na medida em que é considerado entre estes dois pares, uma vez que se encontra num ponto de passagem obrigatório. Assim, os actores que se encontram em mais caminhos entre pares de actores adquirem assim uma posição vantajosa relativamente a outros actores, sendo que quanto mais actores dependerem uns dos outros, maiores as relações de poder estabelecidas na rede (Fialho, 2007; Hanneman, 2001).

O índice de Poder de Bonacich, proposto por Phillip Bonacich, foi desenvolvido numa perspectiva de alteração no enfoque da centralidade de grau. Neste sentido Bonacich propôs que a noção de centralidade era função de quantas conexões tem um actor na rede relativamente a outro (Fialho, 2007, Hanneman, 2001).

Com efeito, o enfoque original de centralidade defende que os actores que têm mais conexões são provavelmente os mais poderosos pois podem afectar directamente mais actores. Contudo, para o autor estar bem conectado a outros actores também eles bem conectados torna-o mais central mas não mais poderoso (Fialho, 2007, Hanneman, 2001). Da mesma forma que estar bem conectado a outros actores que não estão bem

conectados, faz esse actor ser mais poderoso uma vez que os outros dependem dele (Hanneman, 2001).

Por fim, o mesmo autor propôs que ambas as noções de centralidade e poder eram funções das conexões dos actores no seu ambiente. Quantas mais conexões um actor possui no seu ambiente, mais central se torna e, por sua vez, quantas menos conexões os actores têm com o ambiente de um outro actor, mais poderoso é este último (Hanneman, 2001).

Em suma, neste capítulo foram abordados importantes conceitos que constituem uma linguagem muito particular e específica da Análise de Redes Sociais. Somente com o conhecimento aprofundado da linguagem particular que a Análise de Redes Sociais encerra, se poderão dar os primeiros passos no desenvolvimento de estudos de investigação tão importantes e urgentes na área da saúde.

1.1.4. ESTADO DE ARTE:

Importa agora neste subcapítulo fazer uma abordagem sumária relativamente ao que existe em termos de Análise de Redes Sociais no contexto da saúde. Embora ainda recente, a Análise de Redes Sociais tem a potencialidade de possuir na área da saúde um vasto campo de análise, que em muito poderá contribuir para a melhoria da gestão da qualidade neste sector.

É de salientar que, segundo Fialho (2007b) embora a saúde não seja um domínio privilegiado para a Análise de Redes Sociais, os estudos desenvolvidos representam um importante contributo para o conhecimento nesta área.

Com efeito, desde os primórdios da Análise de Redes Sociais que existem estudos na área da saúde, sendo o campo de estudo relacionado com a Sida um importante impulsionador desta aplicação. Efectivamente, “dado que esta doença se transmite maioritariamente em contextos que implicam relações pessoais (relações sexuais, partilha de seringas, etc.), o estudo de redes associadas a pessoas, grupos de risco, incluindo grupos mais castigados pela doença, revelaram-se fundamentais para melhorar as políticas de prevenção” (Molina, 2001, p.40). Exemplos disso são os estudos elaborados por Klovdah (1995), Bernard (1995) e Latkin (1995), que deram um importante contributo para a implementação destas políticas (Molina, 2001; Fialho 2007b).

Assim, a utilização da Análise de Redes Sociais nesta temática tem-se pautado por dois importantes objectivos: sinalizar as redes de propagação do vírus e desenho de acções comunitárias preventivas.

O estudo desenvolvido por Klovdah, pretendeu dar um importante contributo para o conhecimento da estrutura das relações e identificação do potencial epidémico / pandémico da doença. A partir dos estudos desenvolvidos pelo Centro de Controlo de Doenças em Atlanta, o autor procurou, com base na lógica da abordagem de rede, representar os contactos sexuais entre os homossexuais masculinos portadores de HIV e fornecer as bases para a hipótese de que um agente infeccioso estaria envolvido e que este agente seria transmitido através das relações sexuais (Fialho, 2007b). Neste contexto, o autor defendeu que “a taxa e a extensão da disseminação da doença transmitida através de relações pessoais dependeria da estrutura das redes relevantes. Assim, o conhecimento da estrutura das relações seria fundamental para a identificação da taxa e extensão previsível da doença, através do desenho duma rede “ (Fialho, 2007b, p. 198).

Uma outra técnica de abordagem mais recente foi a desenvolvida por Latkin, Mandell e colaboradores, técnica essa que consistia na realização de sessões de grupo utilizado o *paciente chave* como ponto de referência para a reconstrução e formação progressiva da rede, sendo que o técnico / terapeuta encorajava o mesmo a manter a sua rede social, desenvolvendo técnicas de negociação para a adopção de relações sexuais seguras e a não partilha de seringas. Esta reconstituição e análise da rede permitia delinear estratégias de intervenção com o objectivo de melhorar a qualidade de vida do grupo (rede), tendo como base as teorias de influência social e redes de relações (Fialho, 2007b).

Para além dos estudos com o HIV, é ainda de ressaltar outros estudos de aplicação da ARS na saúde. Em 1966 o estudo de Coleman incidiu sobre a difusão de informações entre a classe médica. Por sua vez, em 1982, Kadushin debruçou-se sobre a relação existente entre rede social e a saúde preconizada. Por fim, de referir ainda o contributo de Hirdes que, em 1998, se interessou sobre o estudo dos cuidados pessoais como complementares dos serviços institucionalizados de saúde (Molina, 2001; Fialho 2007b).

No contexto português a aplicação da Análise de Redes Sociais terá também um vasto campo de análise e de realização de diversos estudos, possuindo um importante potencial no desenvolvimento desta metodologia.

Neste sentido, segundo Fialho (2007b, p. 199), “a nova configuração do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e as suas implicações nos utentes dos serviços públicos de saúde configuram uma reorganização das redes de acesso, cujo recurso à análise de

redes sociais tornará evidentes os potenciais buracos estruturais da rede, bem como os laços fortes e fracos no acesso ao Sistema”.

De forma a caracterizar o SNS em termos de acesso à saúde e relação público / privado, Sílvia Portugal desenvolveu em 2005 um estudo cujo mote era *Quem tem amigos tem saúde*, que evidenciou uma clivagem neste acesso e na escolha entre serviços oferecidos pelo público e pelo privado. Para a autora, o acesso à saúde estrutura-se segundo as seguintes variáveis: proximidade geográfica dos serviços ao nível da disponibilidade da oferta pública; o nível de rendimento familiar; e por último, as características da rede relacional da família (Fialho, 2007b),

De entre as principais conclusões do estudo ressalta-se (Fialho, 2007b):

- ◆ Relativamente à proximidade de serviços e disponibilidade de oferta pública, a clivagem existente prende-se com a deficiente cobertura do sistema público nas zonas do interior rural, o que leva à procura do sistema privado com implicações directas na oferta estatal com um mínimo de qualidade;
- ◆ Os utilizadores dos serviços públicos são maioritariamente indivíduos com rendimentos mais baixos, sem capacidade económica para aceder à oferta privada;
- ◆ A rede relacional assume um papel preponderante na opção pelo público ou privado, ou seja, esta escolha é amplamente influenciada pelos laços que constituem a rede de relações sociais da família. Neste sentido, os laços fracos são mais eficazes no sector público enquanto os laços fortes têm maior eficácia no sector privado;
- ◆ Por fim, chega-se à conclusão que existe ainda uma utilização dos dois sistemas em simultâneo, isto é, o sistema público serve a resolução de questões de rotina, (nomeadamente para viroses, constipações ou prescrição de medicação habitual), sendo que o sistema privado é utilizado para o recurso a especialidades médicas.

Finalmente, importa ainda referenciar um estudo que contribuiu em muito para a realização desta dissertação, por abordar uma temática semelhante mas num contexto diferente. Assim, no âmbito do Mestrado de Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde, foi desenvolvida por Mafalda Fortuna (2010) uma dissertação que aborda a Análise de Redes Sociais aplicada ao estudo dos cuidados prestados às crianças com Diabetes Mellitus tipo 1. Este estudo, realizado em 2009, centra-se na rede existente no Concelho do Barreiro e tem como título “Diagnóstico e análise da rede social: o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica “

Recorrendo à metodologia da Análise de Redes Sociais o estudo tem como objectivo analisar as redes sociais existentes no apoio à criança com doença crónica do concelho do Barreiro e sinalizadas pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR), EPE. Este é um estudo de caso, que utiliza uma metodologia qualitativa / quantitativa,

onde são realizadas 11 entrevistas semi-estruturadas aos vários elementos de uma equipa multidisciplinar e que fazem parte da rede prestadora de cuidados, o seja, enfermeiros, médicos, nutricionista e psicóloga tanto do HNSR como do Centro de Saúde do Barreiro.

De forma a dar resposta aos objectivos propostos, nestas entrevistas foram definidas um conjunto de questões, que se enquadram em quatro categorias de análise: a Rede da criança com Diabetes no Concelho do Barreiro; Formação Profissional; Prevenção da Diabetes; e por último, Controlo da Diabetes.

Com efeito, Fortuna (2010) chega aos seguintes resultados:

- ◆ Foram identificados como elementos da rede os seguintes actores: Urgência Pediátrica, Consulta de Diabetes, Internamento de Pediatria, Nutrição, Psicologia, Saúde Escolar, Saúde Infantil.
- ◆ As principais limitações da rede identificada prendem-se com a falta de recursos humanos, o facto de a consulta ser ainda recente, a distância entre a APDP (Associação Protectores dos Diabéticos de Portugal) e a articulação com os Centros de Saúde.
- ◆ As principais potencialidades da rede identificadas são a Consulta de Diabetes, o envolvimento dos profissionais de saúde, a formação profissional e a articulação entre os profissionais.
- ◆ A formação dos profissionais foi realizada na sua maioria na APDP, existindo ainda a realização de alguma formação em serviço. Contudo, os actores consideram que a formação ainda é insuficiente existindo a necessidade de formar outros profissionais. A internet é vista como a principal tecnologia de informação utilizada.
- ◆ A rede estabelece parcerias para a obtenção de formação com a APDP na sua maioria, sendo ainda identificadas por alguns parcerias com entidades patrocinadoras de congressos, laboratórios, Consulta de Diabetes do Hospital e associação de nutrição.
- ◆ No que concerne às estratégias de prevenção, a grande maioria não realiza qualquer tipo de prevenção, estando planeada a existência de uma consulta de detecção de comportamentos de risco a nível hospitalar. A maioria dos actores identifica que não existem parcerias nesta área, contudo alguns identificam como parceiros a Consulta de Diabetes, Cardiologia Pediátrica e Câmara Municipal.
- ◆ Relativamente ao controlo da doença, a Consulta de Diabetes foi identificada como o recurso mais importante, sendo que a maioria dos actores considera que a articulação da rede no controlo da doença é eficaz. Contudo, alguns consideram que esta é menos eficaz no que se refere à monitorização ao nível da Saúde Infantil, sensibilização das famílias e articulação com os Centros de Saúde. Ainda no controlo da

doença, as principais limitações identificadas foram a disponibilidade dos profissionais, o horário de funcionamento da consulta, o tempo para a realização de ensinamentos e articulação com as várias especialidades, e ainda a formação profissional

- ♦ A rede identificada apresenta uma densidade ponderada moderada de 0,7143 e uma densidade binária moderada de 45%.
- ♦ Nenhum actor se encontra excluído da rede, emitindo-se fluxos entre todos os actores, prevalecendo a existência de laços fortes na rede. Contudo, a Consulta de Diabetes ocupa uma posição central na rede.
- ♦ Existem maioritariamente fluxos unidireccionais entre os actores que pertencem ao Centro de Saúde e os que pertencem ao HNSR, o que evidencia uma troca de informação escassa ou inexistente, revelando uma deficiente articulação entre os mesmos.
- ♦ Na rede existem uma maior percentagem de fluxos de entrada que fluxos de saída, onde a Consulta de Diabetes possui um grau de entrada normalizado de 100%. O grau de intermediação da rede é de 72%, contudo a Consulta de Diabetes possui um baixo nível de intermediação, ou seja, não consegue exercer a sua influência através de alianças com outros actores.
- ♦ Foram identificados 4 subgrupos na rede: Urgência pediátrica – Consulta Diabetes - Internamento Pediatria – Saúde Infantil; Urgência pediátrica – Consulta Diabetes – Nutrição; Consulta Diabetes – Nutrição – Psicologia; Consulta Diabetes – Saúde Escolar – Saúde Infantil

Efectivamente, com este estudo conclui-se que existem algumas limitações na rede de cuidados estudada, o que poderá ter implicações importantes nos cuidados prestados às crianças com Diabetes. Neste estudo são ainda identificados alguns problemas nomeadamente na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, bem como na circulação e troca de informação entre os diferentes elementos da rede. Existem também importantes lacunas no que respeita à prevenção da doença e ainda necessidades emergentes de formação profissional.

Contudo, segundo a autora do estudo, “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” (Fortuna, 2010, p.72).

Após a descrição do estudo e dos principais resultados, importa agora ressaltar quais os aspectos positivos e menos positivos do mesmo, os quais têm um contributo fundamental para a realização da presente dissertação.

Os principais aspectos positivos prendem-se com o factor de ter sido englobado na rede tanto actores do contexto hospitalar como dos cuidados de saúde primários, nomeadamente Saúde Infantil e Saúde Escolar, o que permitiu uma visão alargada da rede prestadora de cuidados, bem como da articulação hospital / cuidados de saúde primários. Outro dos aspectos positivos foi a abordagem da articulação entre os actores tanto a nível da prevenção como do controlo da doença, bem como as suas principais limitações e potencialidades. A incidência na formação também constitui um factor chave na análise da rede.

Os aspectos menos positivos ou a melhorar, prendem-se com o facto de somente ter sido abordada a rede formal prestadora de cuidados, podendo-se alargar o estudo à identificação da rede informal nos cuidados a esta população. Por outro lado e no sentido da detecção da rede informal, apesar da presente preocupação em estudar a articulação entre os elementos da rede, não se consegue perceber de que forma essa articulação é feita e quais os canais utilizados.

Em suma, embora não sendo com certeza os únicos estudos realizados na área da saúde, estes constituem-se excelentes exemplos da aplicação da Análise de Redes Sociais nesta área. Com estas investigações fica patente a aplicabilidade desta metodologia não só na área da epidemiologia e prevenção de doenças infecciosas, como também em áreas mais abrangentes como a acessibilidade ao sistema de saúde e redes de comunicação entre elementos da mesma profissão. Por fim, abordar o estudo de Mafalda Fortuna é fundamental uma vez que o mesmo deu importantes contributos para a realização desta dissertação.

1.2 DIABETES MELLITUS

1.2.1. DEFINIÇÃO DE DIABETES MELLITUS:

Após a abordagem dos conceitos associados à Análise de Redes Sociais, importa agora contextualizar a Diabetes, de forma de perceber em que medida esta doença pode beneficiar deste tipo de metodologia.

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica “...que resulta da deficiente capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia – a glucose” (APDP, 2005, p.3). Para que a glucose possa ser utilizada como fonte energética é então necessária a presença de insulina (produzida na células β dos Ilhéus de Langerhans do Pâncreas) para a transportar para o interior das células do organismo. Quando não

existe produção de insulina ou existem alterações na produção ou acção desta ocorre a hiperglicémia (aumento de glucose no sangue), que quando não tratada produz graves consequências para o organismo humano (APDP, 2005). Na hiperglicémia prolongada surge, como principal complicação, a cetoacidose, que requer imediata hospitalização, podendo evoluir para coma ou morte quando não diagnosticada e tratada atempadamente (Saparapani & Nascimento, 2009).

Existem vários tipos de Diabetes Mellitus, ou seja, Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes Gestacional e outros tipos de Diabetes. A Diabetes tipo 2, também conhecida como Diabetes Não-Insulino Dependente, tem uma predominância hereditária e ocorre em indivíduos que, devido a hábitos de vida e de alimentação errados, “stress”, peso excessivo ou obesidade, falta de exercício físico, ou que consomem calorias em doces e/ou gorduras em excesso comparativamente com o que o organismo gasta na actividade física. Têm, com frequência, hipertensão arterial, hipercolesterolémia ou hiperlipidemia associados à Diabetes. A Diabetes Gestacional é um tipo de doença que surge em grávidas que não tinham patologia prévia antes da gravidez e, habitualmente, desaparece quando esta termina. Os outros tipos de Diabetes, como por exemplo, tipo MODY, são uma situação rara que aparece maioritariamente em adultos jovens ou crianças, que se caracteriza por uma mutação genética que causa alterações ao nível da tolerância à glucose (APDP, 2009a). Nesta dissertação como a população alvo são as crianças e adolescentes com Diabetes tipo 1, interessa agora fazer uma abordagem mais pormenorizada deste tipo de patologia.

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

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

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

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

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

1.2.2. DOENÇA CRÓNICA E QUALIDADE DE VIDA:

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

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

A definição de doença crónica não é unívoca, contudo e fazendo a ponte entre doença crónica e qualidade de vida, segundo Ribeiro *et al* (1998 p. 91), “de um modo geral aceita-se que são doenças sem cura ou de tratamento muito prolongado que impõem ao sujeito doente muitas mudanças no estilo de vida de modo a poder conviver diariamente, minuto a minuto, com a doença, mantendo uma qualidade de vida elevada”.

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

Quando nos deparamos com uma criança / adolescente com doença crónica, torna-se necessário ter sempre presente que algumas fases da doença são mais previsíveis e outras mais incertas, sendo que todas acarretam grande impacto para a criança e família. Uma doença crónica como a Diabetes “implica modificações na vida da criança / adolescente e sua família, exigindo readaptações face à nova situação e estratégias para a enfrentar. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que eles se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio” (Vieira & Lima, 2002, p. 553).

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

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

De forma a promover uma melhor qualidade de vida aos portadores desta doença crónica, bem como aos seus principais cuidadores, cabe aos profissionais de saúde a promoção de cuidados de saúde de elevada qualidade, adaptados à realidade de cada utente, de forma a minimizar os impactos da doença no quotidiano e desenvolvimento naturais da criança e adolescente. Assim, “os profissionais de saúde têm um importante papel para ajudar a criança e a sua família a desenvolver a sua capacidade de viver ou tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, através da normalização de experiências e da promoção de habilidades de adaptação” (Souto, 2008, p.9).

Uma adequada gestão da doença (conceito que de seguida será explorado de forma mais aprofundada), permitirá à criança / adolescente uma plena integração, tanto a nível escolar como familiar, de forma a assegurar o pleno desenvolvimento das suas competências e capacidades. “Perante uma sociedade, cada vez mais exigente e com direito a sê-lo, o caminho é a prossecução do objectivo da qualidade de vida, onde a saúde da criança diabética depende do resultado de uma série de estratégias e políticas relacionadas entre si e que cada vez mais terão que fazer parte de todas as instituições e profissionais de saúde, através de um processo de consciencialização pessoal e profissional” (Souto, 2008, p.9)

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

1.2.3. GESTÃO DA DOENÇA:

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

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

Com efeito, a Gestão da Doença Crónica inclui e suporta “apoios ao plano de cuidados e à relação médico doente, ênfase na prevenção de exacerbações e complicações utilizando *guidelines* práticas baseadas na evidência e estratégias de

empowerment dos doentes, avaliação de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objectivo de melhorar a saúde global” (Guerra 2006b, 1).

A abordagem do conceito de Gestão de Doença Crónica “...organiza uma variedade de serviços à volta de uma doença ou combinação de doenças que coexistam num mesmo indivíduo e que esta organização e coordenação elevam o nível dos cuidados que essa pessoa recebe. Não basta, por isso, acrescentar componentes aos já existentes” (Guerra, 2006b, 2).

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

Neste contexto, a Direcção Geral de Saúde elaborou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), em Novembro de 2007, com o objectivo do desenvolvimento de estratégias que visem “...obter o conhecimento epidemiológico da diabetes, a sua distribuição na população portuguesa, para ser reforçada a capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e serem melhorados os modelos de boas práticas na gestão da doença e para ser reduzida e incidência de diabetes e das suas complicações...” (DGS, 2007, p.6). Já existindo desde a década de setenta o Programa Nacional de Controlo da Diabetes foi actualizado em 1992, revisto em 1995, e foi assumida, em 1998, a necessidade de nova revisão do mesmo de forma a permitir uma aproximação ao modelo de gestão integrada da Diabetes e estabelecimento de parcerias com todos os intervenientes no processo de vigilância da doença (DGS, 2007).

Neste PNPCD as estratégias de intervenção em saúde devem assentar numa sólida infra-estrutura de saúde, de forma a garantir: “profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar; disponibilidade de tecnologias de informação, que facilitem o acesso atempado a

informação indispensável à gestão do Programa; resposta organizativa das chefias dos serviços prestadores de cuidados de saúde” (DGS, 2007, p.7). Neste contexto, este plano emana um conjunto de estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação cujo objectivo *major* é a promoção da qualidade da prestação de cuidados à pessoa com Diabetes, melhorando a sua qualidade de vida, diminuindo os custos da doença tanto para o próprio indivíduo como para o sistema de saúde (DGS, 2007).

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

No mesmo documento, que teve como principais incidências a prevalência da Diabetes, custos com a doença, existência de programas / políticas de saúde e ainda o acesso aos cuidados de saúde, encontram-se alguns dados interessantes que importam referenciar. Com efeito, os países com maior taxa de prevalência³ da doença são Alemanha (11,8%), Áustria (11,1%) e Chipre (10,3%) enquanto os que têm menor taxa são o Reino Unido (4,0%), Bélgica (5,2%) e Irlanda (5,6%). Contudo, e comparando com relatórios anteriores, existem pelo menos 13 países membros em que esta taxa de prevalência está a aumentar em mais de 9% (IDF, 2008).

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

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

³ Os números reflectem as idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Embora não existam referências à idade pediátrica os mesmos reflectem de forma significativa o reflexo da doença e das políticas de saúde nos respectivos países.

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

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

Sendo uma doença crónica, que se inicia na infância / adolescência e permanece para toda a vida, quanto melhor for a sua adaptação à doença e controlo da mesma, menos complicações existirão no futuro. Neste sentido, a pessoa com Diabetes deve ter uma "...formação em gestão da diabetes tornando-o capaz de assumir atitudes terapêuticas responsáveis. (...) O tratamento da diabetes assenta na alimentação, insulina e exercício físico. No entanto o grande factor de ligação entre as três componentes do tratamento é a educação do diabético, constituindo este um elemento-chave do tratamento da diabetes" (APDP, 2005, p.161). A educação terapêutica consiste assim na formação do diabético relativamente aos diferentes elementos necessários ao tratamento da doença, caracterizando-se por uma transferência de responsabilidades para o doente na sua gestão da doença, numa perspectiva de o tornar mais autónomo e parceiro da equipa multidisciplinar (APDP, 2005).

Neste contexto e consoante a idade em que o diagnóstico da doença é feito, a educação terapêutica de uma criança / adolescente constitui-se um desafio, sendo que a atitude dos pais assume uma importância crítica. São eles que numa fase inicial vão ter que saber gerir a doença, o tratamento e a vigilância, 24 horas por dia, 365 dias por ano (Pina, 2007). Através da educação terapêutica sistemática e programada da criança e família os profissionais de saúde deverão concentrar os seus esforços "...na optimização da qualidade dos cuidados assistenciais de modo a obter um bom controlo da diabetes capaz de prevenir complicações futuras e, simultaneamente, garantir que a criança percorra de modo ajustado todas as etapas do seu crescimento e desenvolvimento psicomotor, social e afectivo" (Pina, 2007, p.12).

Segundo as novas *guidelines* emanadas pela Internacional Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), em 2009, os princípios universais da educação terapêutica devem assentar na premissa de que toda a criança / adolescente tem o direito a uma educação estruturada, profissional e compreensível, de forma a permitir

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

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

Por fim, estas novas *guidelines* defendem que os cuidados às crianças e adolescentes deveram ser prestados em regime de ambulatório, em centros com um elevado grau de especialização e que possuam uma equipa solidamente treinada e especializada em Diabetes. Também defendem que, em caso de crianças e adolescentes que vivam muito longe destes grandes centros, estes deveram ter o apoio da equipa de saúde local, mas que esta deverá estar sempre em contacto com os centros especializados para que possa ser apoiada por estes últimos no adequado seguimento dos utentes e sua família (Pihoker, Forsander, Wolfsdorf, & Klingensmith, 2009).

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

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

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

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

Independentemente do local, existe toda uma equipa de saúde multidisciplinar que deverá apoiar o tratamento desta doença, contudo nesta equipa o primeiro elemento será sempre a criança / adolescente com Diabetes e sua família que, através das suas atitudes e comportamentos, são os grandes responsáveis pela sua saúde e gestão da mesma (APDP, 2005).

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

1.3 GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS EM SAÚDE

Após o aprofundamento dos temas Análise de Redes Sociais e Diabetes Mellitus para compreensão da temática desta dissertação, importa agora enquadrá-los numa temática mais abrangente e que introduza esta dissertação da área de especialização deste Mestrado.

Numa era de constante desenvolvimento económico e tecnológico e de competitividade cada vez maior entre as diferentes empresas na saúde, uma organização deverá adoptar um modelo de Gestão da Qualidade, “...que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho” (Mezomo,

2001, p.47). Segundo Mezomo, “a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria contínua privilegia o trabalho em equipe, a confiança nas pessoas e na sua capacidade produtiva, a relação de parceria e co-responsabilidade, a diversidade e mudança de pensamento (...)” (2001, p.53).

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

Os conceitos de Qualidade foram, ao longo dos anos, vastamente discutidos e definidos, destacando-se os contributos dados por quatro “gurus” nesta área. O primeiro a definir Qualidade foi Crosby, em que para o autor Qualidade significava “conformidade com os requisitos”, introduzindo ainda a noção de zero defeitos como padrão de desempenho, bem como a necessidade de fazer a coisa certa à primeira vez (Mezomo, 2001). Por sua vez, Juran define Qualidade como a adequação ao uso, isto é, para o mesmo “a adequação ao uso tem duas dimensões: a primeira é o perfil do produto ou serviço que atende às necessidades do cliente (o que afecta a venda) e a segunda é a ausência de defeitos (o que afecta os custos)” (Mezomo, 2001, p.71). Deming define Qualidade como a redução nas variações, criticando o zero defeitos de Crosby pois considera que isso seria inatingível, não aceitando também a definição de conformidade com os requisitos, uma vez que não permite à organização a distinção entre qualidade de desenho e qualidade de conformidade, não favorecendo a inovação na melhoria do processo (Mezomo, 2001). Por último, Avis Donabidean, centrando-se nos aspectos relacionados com a saúde, define Qualidade em Saúde como “uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida com a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes” (Donabidean, citado por Mezomo, 2001, p.73). Deve-se ainda a Donabidean a conceptualização dos sete pilares da Qualidade, isto é, eficácia, efectividade, eficiência, optimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade (Zanon, citado por Vargas, et al, 2007).

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

Uma outra definição de Qualidade em Saúde, também ela bastante pertinente, é a apresentada por Feldman, Gatto & Cunha (2005, p.214), em que os autores definem o conceito como "...um fenómeno continuado de aperfeiçoamento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado do estudo de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero – situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda a acção e gestão da qualidade". Os mesmos autores, citando Novaes & Paganini, definem ainda Qualidade como "...um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva actividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revistos, actualizados e difundidos, com participação da alta direcção do hospital até aos seus funcionários mais básicos" (Novaes & Paganini, citados por Feldman, Gatto & Cunha, 2005, p.214), introduzindo aqui a necessidade de envolvimento de todos os participantes no processo da instituição.

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

Com efeito, após a definição do conceito de Qualidade no sector da saúde, importa agora abordar a prestação dos cuidados de saúde e gestão da qualidade dos mesmos. Isto só será possível se a organização de saúde adoptar uma política de gestão da qualidade dos serviços prestados, com base na avaliação da qualidade dos mesmos e implementação de políticas de melhoria. Segundo, Sousa (2010), uma das finalidades dos sistemas de saúde modernos prende-se com a avaliação dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos.

A Gestão da Qualidade em saúde congrega em si um conjunto de funções, isto é, segundo Imperatori diz respeito "a um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade" (Imperatori, citado por Sousa, 2010, p.2).

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

continua medição e avaliação dos cuidados de enfermagem (Schamdl, citado por Sale, 2000).

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

A Gestão da Qualidade Total foi desenvolvida nos EUA por Deming e Juran, como uma filosofia empresarial para a melhoria do desempenho de mercado. Com efeito, segundo Sale (2000, p.43-44), “esta mesma filosofia pode ser utilizada para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, observando-se criticamente o que é realmente necessário para a produção de bens de qualidade ou, neste caso, de serviços. (...) A GQT passa a centrar a atenção não na qualidade praticada por cada uma das profissões ou especialidades, mas sim na organização como um todo”.

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

A definição de um Serviço Nacional de Saúde que possua uma filosofia de GQT deverá considerar os seguintes aspectos:

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

Assim, a GQT permite ao hospital ou outra instituição de saúde uma abordagem organizada de monitorização e reforço da qualidade dos cuidados ou serviços prestados,

com repercussões na satisfação das necessidades dos doentes (Sale, 2000). Com efeito, o planeamento de um processo de GQT pressupõe assim o enfoque nas necessidades dos clientes e prática de prevenção e auto-correcção dos problemas, através de um esforço contínuo pelo aumento da efectividade organizacional e qualidade dos serviços prestados, com eliminação dos erros e redução dos custos (Mezomo, 2001).

A Gestão da Qualidade Total assume-se assim como um processo que se compõe nas seguintes etapas (Mezomo, 2001):

- ♦ Educação para a Qualidade: todos reconhecem a importância da Qualidade;
- ♦ Diagnóstico: avaliar a organização na sua estrutura, processos, resultados, condições para a prática da qualidade, nível de satisfação dos clientes, cultura organizacional e problemas relativos à qualidade;
- ♦ Planeamento: estabelecimento de prioridades, definição de cronograma e recursos necessários, criação de indicadores de qualidade e produtividade, definição de normas e critérios de monitorização e avaliação;
- ♦ Implementação: definição da missão da organização, indicação dos responsáveis do processo e suas responsabilidades, elaboração de procedimentos escritos, criação de estratégias que vão de encontro às necessidades dos clientes, treino para resolução de problemas e trabalho em equipa, auditoria do desempenho da organização.

É de relevar ainda que no processo de GQT surge a necessidade de elaboração de normas e auditorias, de forma a proceder à implementação desta filosofia numa organização de saúde. Com efeito, não é possível medir a qualidade dos cuidados se estes não forem descritos com exactidão e em termos mensuráveis (Sale, 2000).

Neste sentido, uma norma será assim uma definição válida e aceitável da qualidade dos cuidados, ou seja, a descrição numa terminologia mensurável, dos cuidados prestados, o que é necessário para os prestar e o resultado esperado (Sale, 2000). Com o envolvimento de todos os elementos da equipa de saúde, “as normas devem reflectir a competência da equipa na prestação de cuidados, e os cuidados específicos requeridos para os doentes de uma área clínica específica. As normas devem ter por base as evidências da prática e devem ser dinâmicas – (...) sempre em mudança” (Sale, 2000, p. 52).

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

dos cuidados prestados, os seus defeitos e possibilidades de melhoria, e monitorização dos efeitos desses mesmos cuidados nos doentes (Sale, 2000).

Abordar os conceitos da Qualidade e a implementação desta filosofia nas organizações só fará sentido se estivermos a falar do envolvimento de todos os elementos da organização e do necessário trabalho em equipa multidisciplinar. “Os cuidados de elevada qualidade não podem ser mantidos se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes. Tem que existir um nível previamente acordado ao qual todos aspiram, de forma a assegurar a receção, por parte dos doentes ou utentes, de cuidados e serviços de boa qualidade” (Sale, 2000, p. 9).

Com efeito, Silva, Varanda e Nóbrega (2004), defendem o envolvimento de toda a organização, isto é, a promoção da participação de todos os que fazem parte da mesma, num esforço contínuo de melhoria da qualidade. Neste sentido também Mezomo (2001) defende que a chave do sucesso do processo de melhoria da qualidade numa organização está no envolvimento de todos aqueles que fazem parte da mesma.

Após a abordagem do conceito de GQT, torna-se pois pertinente a abordagem do conceito de *Clinical Governance*. Efectivamente, “é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica. Este conceito é originário do *National Health Service* (NHS) britânico e tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica” (OPSS, 2006, p.16).

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

O sucesso da implementação da *Clinical Governance* pressupõe um conjunto de princípios fundamentais, que são eles:

- ◆ “Um compromisso com a qualidade: partilhada por funcionários e gestores, apoiados por recursos humanos e financeiros;

- ♦ Uma ética da equipe de trabalho multi-disciplinar, informada através da educação e das actividades de investigação, centrada em resultados clínicos e da experiência paciente / cliente para melhorar a qualidade dos serviços;
- ♦ Melhoria contínua. *Clinical Governance* é um processo cíclico de revisão, planeamento, implementando mudanças, revendo e ajustando novamente;
- ♦ Uma abordagem centrada no paciente verdadeira parceria entre os profissionais e pacientes. Isso inclui pacientes consideravelmente e habilita-os a tomarem parte nas discussões sobre os seus cuidados;
- ♦ Uma cultura aberta e participativa, onde a educação, a investigação e partilha de boas práticas são valorizadas e esperadas;
- ♦ Gestão positiva do pessoal. Recrutar e reter pessoal devidamente qualificado, aproveitando os seus conhecimentos e experiência para avaliar os pontos fortes e fracos do serviço e envolvê-los no desenvolvimento de planos para melhorar os serviços;
- ♦ Uma forte liderança em todos os níveis, quebrando barreiras profissionais e trabalhando em prol de melhorias, incluindo o suporte profissional dentro da própria estrutura organizacional, que irá facilitar o desenvolvimento de iniciativas em todos os níveis” (Atkinson & Craig, 2002, p.1).

Para além dos princípios que norteiam a Governança Clínica, estão também definidos os seis componentes da mesma, isto é:

- ♦ **Formação:** reflecte a ideia de educação contínua (o que se aprende fica ultrapassado rapidamente);
- ♦ **Auditoria clínica:** melhorar a qualidade dos cuidados clínicos tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado da medição do desempenho face a padrões definidos;
- ♦ **Efectividade Clínica:** determinar até que ponto uma determinada intervenção funciona, tendo em conta diversos aspectos como eficiência, segurança, implicações legais, evidência, etc.;
- ♦ **Investigação e Desenvolvimento:** as boas práticas estão associadas à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de protocolos e linhas de orientação, e a implementação de estratégias;
- ♦ **Abertura:** escrutínio público através de processos abertos e disponíveis ao público, como parte essencial da promoção da qualidade;

♦ **Gestão do risco:** minimização dos riscos associados à prática clínica - risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização - como parte de um programa da promoção da qualidade (Starey, 2003).

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

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

Relativamente ao trabalho em equipa, o mesmo requer confiança, comprometimento e respeito de todos os membros da organização, onde a contribuição de todos, bem como dos pacientes envolvidos, é valorizada. Neste sentido, é necessário a presença de uma liderança forte, bons canais de comunicação entre todos, bem como a capacidade de identificar e resolver problemas, de forma a prestar cuidados centrados nas necessidades dos pacientes. Por seu lado, a educação, treino e desenvolvimento profissional contínuo, não abarca somente o desenvolvimento das capacidades técnicas dos profissionais, mas também ajuda-os a trabalhar das mais diversas formas. Estas diversas formas incluem o trabalho dentro da mesma equipa, colaboração com outras disciplinas e profissões, incluindo ainda as chefias e os próprios pacientes. Um bom desenvolvimento profissional inclui também a presença de recursos adequados, incluindo a remuneração e protecção no trabalho (Currie, Morrell & Scrivener, 2003).

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

Após esta breve abordagem de alguns conceitos que enquadram a Gestão da Qualidade dos cuidados prestados, e depois da explicitação do que se entende por Análise de Redes Sociais, fica patente a importante ligação entre eles, bem como o grande potencial que uma abordagem conjunta pode proporcionar. Segundo Fialho, Silva e Saragoça (2010, p.13) “a metodologia de análise de redes sociais constitui um

proeminente elemento de identificação de processos e de práticas de gestão organizacional. Apesar de ainda pouco experimentada na identificação de práticas no contexto da saúde, esta metodologia, sustentada em elementos de diagnóstico das interações intra e inter organizacionais de nível micro e macro, poderá funcionar como uma ferramenta de diagnóstico bastante eficaz na identificação de factores e processos de redução de custos e, por outro lado, no contributo para a melhoria dos serviços prestados”.

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

2. OPÇÃO METODOLÓGICA

O processo de construção da metodologia a utilizar num processo de pesquisa resulta não somente de toda uma reflexão teórica sobre a temática em causa, como também da necessidade de responder à questão de partida colocada e aos objectivos delineados, de forma a se compreender e explicar o fenómeno em estudo.

Segundo Bachelard, o processo científico pode resumir-se em algumas palavras, isto é, “o facto científico é conquistado, construído e verificado: conquistado sobre os preconceitos; construído pela razão; verificado pelos factos” (Bachelard, citado por Quivy & Campenhoudt, 2008, p.25). Neste sentido, segundo Gil, pode-se definir um processo de pesquisa como “um procedimento racional e sistemático que tem como objectivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” (Gil, 2002, p.19).

Com efeito, a primeira etapa de um processo de investigação é a construção de uma questão de partida, isto é, a enunciação do projecto de investigação sob a forma de uma pergunta, “...através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.32). O facto de enunciar o problema sob a forma de uma pergunta vai permitir ao investigador a problematização sobre o tema, fundamental em qualquer processo de investigação (Gil, 2002).

Assim, a questão de partida desta dissertação foi: *Quais as dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1, no Hospital Dona Estefânia.*

A definição da opção metodológica apresenta-se assim como uma etapa posterior no processo de investigação científica. Após a elaboração da pergunta de partida, exploração e a problematização, cabe assim ao investigador definir o modelo de análise que melhor se adapta ao exposto anteriormente. Nesta etapa o investigador deverá delinear o estudo e fazer opções metodológicas, através da escolha do método de investigação, das técnicas a utilizar, dos objectivos e das hipóteses dessa mesma investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

A metodologia de um processo de investigação assume-se como “um processo que engloba um conjunto de métodos e técnicas para ensinar, analisar, conhecer a realidade e produzir novos conhecimentos” (Oliveira, 2005, p.43). Neste sentido, os métodos serão assim um conjunto de operações que visam atingir determinados objectivos, bem como um corpo de princípios que norteiam toda a investigação e um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas (Grawitz, citado por Carmo & Ferreira, 2008). Por sua vez, as técnicas “são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados

nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em causa (Carmo & Ferreira, 2008, p. 193).

A pertinência deste estudo, com uma metodologia tão própria como é a Análise de Redes Sociais, é também um aspecto importante a realçar neste capítulo. Segundo Fialho (2007b, p.200) “a reduzida aplicação da análise de redes sociais em Portugal em geral, e no caso particular da saúde, deixa em aberto um campo de investigação multidimensional”

É de salientar que a temática da Diabetes tipo 1 em crianças e adolescentes surge como um importante objecto de análise, uma vez que requer uma adequada interacção entre os diferentes prestadores de cuidados, no sentido de uma prestação de cuidados de especializados, adaptados e uniformizados. A utilização da metodologia da Análise de Redes Sociais⁴ surge como pertinente para a consecução destes objectivos, uma vez que permite conhecer as dinâmicas e interacções que sustentam a rede estabelecida nos cuidados a esta população. Analisar estas mesmas interacções constitui-se uma forma inovadora de analisar os cuidados prestados numa dada organização, no sentido da avaliação dos mesmos, com o objectivo final de identificação de problemas e de implementação de melhorias. Tal como referencia Fialho (2007b, p.200) “numa dimensão macro-social, a aplicação da teoria dos grafos para o mapeamento de relações intra-organizacionais dos serviços de saúde, pode funcionar como uma ferramenta poderosíssima na identificação de estrangulamentos na oferta dos serviços”.

Em suma, analisar a rede que presta cuidados a esta população é assim importante numa perspectiva de melhoria dos cuidados dando contributos fundamentais para uma adequada gestão da qualidade.

2.1. NATUREZA DO ESTUDO

Após uma reflexão sobre o mais variados paradigmas e tipos de estudo existentes, e com base na temática em causa e objectivos delimitados, importa neste subcapítulo abordar em qual a natureza do estudo desta dissertação. Com efeito, esta dissertação insere-se num paradigma misto (estudo qualitativo e estudo quantitativo), e por sua vez num estudo de caso.

⁴ Tal como referido no Enquadramento Teórico-conceptual desta dissertação, relativamente à Análise de Redes Sociais não existe consenso se esta se apresenta como uma teoria, um paradigma ou uma metodologia, existindo diversos autores que advogam qualquer uma das opções.

Assim, este é um estudo de predomínio quantitativo, uma vez que utiliza a metodologia da Análise de Redes Sociais, bem como utilização do questionário como instrumento de colheita de dados. Considera-se ainda que o estudo se enquadra num paradigma quantitativo por este ser aquele que advoga o uso de métodos quantitativos, postula uma concepção global positivista, pressupõe uma medição rigorosa e controlável, é objectivo e particularista e orientado para os resultados (Carmo & Ferreira, 2008).

Por sua vez, este estudo não negligencia os aspectos qualitativos, pois não se pretende generalizar este estudo a outras organizações, mas sim analisar a rede social de apoio às crianças e adolescentes existentes num determinado contexto, neste caso particular o Hospital Dona Estefânia. Assim, é um estudo qualitativo uma vez que tem como principal objectivo a descrição dos fenómenos, ou seja, está mais orientado para o processo, interessado na descoberta e exploração de determinado fenómeno (Carmo & Ferreira, 2008).

Com efeito, neste caso particular interessa descrever a rede de cuidados de uma determinada instituição hospitalar, quantificar os elementos pertencentes às mesmas, explorando as dinâmicas e interações entre os elementos da rede de forma a conhecê-la em pormenor, descrevendo, caracterizando e quantificando as relações existentes.

Relativamente ao tipo de estudo este será um estudo de caso, uma vez que se pretende a descrição de um determinado fenómeno actual no próprio contexto em que ocorre (Carmo & Ferreira, 2008). Neste sentido, segundo Robert Yin, define-se como estudo de caso “uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2002, p.32). Segundo o mesmo autor utilizam-se estudos de caso nas mais variadas situações, de forma a contribuir para o conhecimento de fenómenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo (Yin, 2001).

Considera-se assim esta dissertação um estudo de caso uma vez que o que interessa é a descrição de um fenómeno actual no próprio contexto em que o mesmo ocorre, ou seja, a descrever a rede social que suporta os cuidados à criança e adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1, importando perceber o fenómeno numa determinada organização, não generalizável para todas as outras existentes.

Por fim, define-se como **objectivo geral** desta dissertação:

- ◆ Identificar as dinâmicas e relações intra-organizacionais que sustentam as redes estabelecidas nos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1, no Hospital Dona Estefânia.

Por sua vez, os **objectivos específicos** da mesma são:

- ♦ Identificar a rede de elementos responsáveis pelos cuidados às crianças / adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1, no Hospital Dona Estefânia;
- ♦ Identificar a tipologia e características das interações estabelecidas entre os diferentes elementos da rede;
- ♦ Identificar as potencialidades e limitações existentes nas acções dos diferentes elementos que constituem a rede.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE DE ACOLHIMENTO

O Hospital Dona Estefânia é um hospital centenário, tendo comemorado neste ano de 2010, 133 anos de existência. Foi criado em 1877, com o intuito de ser o primeiro hospital a prestar cuidados somente a crianças.

Resumidamente a sua história remonta ao século XIX, altura em que Dom Pedro casou com uma princesa da Alemanha, Dona Estefânia. Numa época de epidemias de cólera e febre-amarela, este casal visitava habitualmente pessoas enfermas hospitalizadas. Ao visitar o Hospital de São José, a Rainha ficou impressionada com a promiscuidade com que na mesma enfermaria eram tratadas crianças e adultos, tendo oferecido o seu dote de casamento para que aí fosse criada uma enfermaria para as crianças, manifestando também o desejo de construir um hospital para crianças pobres e enfermas (Boletim HCL's, 1996).

A morte prematura da Rainha, em 1859, não permitiu ver realizado este sonho mas, em sua memória, Dom Pedro V fundou o Hospital da Bemposta em 1860 e iniciou a sua construção. Também o malogrado rei não viria a conhecer o resultado do seu empenhamento. Falecido em 1861, o seu irmão, o Rei Dom Luíz, deu continuidade à obra e inaugurou o Hospital da Bemposta, a 17 de Julho 1877, dia da morte da Rainha. Cinco anos antes cedeu o Hospital ao Estado, "com todos os direitos de propriedade e todas as suas pertenças" - Diário do Governo de 23 de Junho de 1872 (Boletim HCL's, 1996).

Por fim, o povo encarregar-se-ia de prestar a própria homenagem à Rainha que tanto amara, denominando-o definitivamente Hospital de Dona Estefânia. A sua construção foi primorosamente planeada. Em mais de 300 anos da história da saúde em Portugal e até à data da inauguração, o Hospital da Bemposta foi a primeira construção hospitalar construída em Lisboa, planeada especificamente para esse efeito, tendo sido assim que nasceu o Hospital de Dona Estefânia (Boletim HCL's, 1996).

Actualmente o Hospital Dona Estefânia encontra-se integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHCL), EPE. Com efeito, o CHCL, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, visando a integração numa mesma organização de quatro unidades hospitalares: Hospital de S. Marta, EPE, Hospital de D. Estefânia, Hospital de S. José e o Hospital de S. António dos Capuchos.

O CHCL, EPE tem assim definida como Missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A actividade do CHLC assegura a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente” (CHCL, EPE, s.d.).

Por sua vez, está ainda definida a Visão do mesmo, ou seja, “o CHLC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência” (CHCL, EPE, s.d.). Tem ainda como Valores, os seguintes: “competência técnica; ética profissional; segurança e conforto para o doente; responsabilidade e transparência; cultura de serviço centrada no doente; melhoria contínua da qualidade; cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; actividade orientada para resultados; trabalho em equipa multidisciplinar e multi-profissional; boas condições de trabalho” (CHCL, EPE, s.d.).

Os cuidados à população com Diabetes tipo 1 prestam-se no HDE em vários serviços espalhados pelo hospital, sendo que algumas especialidades (Médicos, Enfermeiros e Dietista) estão juntas na consulta e outras funcionam em locais distantes.

Assim, na Consulta de Endocrinologia estão presentes quatro Médicas Especialistas em Endocrinologia, três Enfermeiras, sendo que somente uma está em permanência diária exclusiva na consulta, uma Dietista e dois Assistentes Administrativos.

Por sua vez, o Serviço de Internamento, é um serviço de especialidades médicas, onde funciona também a especialidade de Endocrinologia e onde são habitualmente internadas as crianças e adolescentes com Diabetes, salvo em situações de ausência de vagas no mesmo. Tem um Enfermeiro Chefe, uma Enfermeira que apoia a Gestão e que tem também a responsabilidade de ser dinamizadora da temática da Diabetes no serviço. Possui ainda 18 Enfermeiros que diariamente asseguram os cuidados nas 24 horas. Diariamente e durante a semana o serviço tem

permanentemente uma Educadora de Infância, bem como uma Assistente Administrativa.

O Serviço de Urgência Pediátrica está aberto 24 horas por dia, todos os dias do ano, e é neste local onde é habitualmente diagnosticada a doença, bem como são prestados os cuidados necessários para compensação da mesma, de forma a evitar situações mais graves, antes da transferência para o Internamento; dá também resposta a situações de descompensação da doença, em utentes com Diabetes já diagnosticada. Neste serviço existem 34 Enfermeiros, que diariamente asseguram os cuidados prestados. Dentro destes Enfermeiros, existe um Enfermeiro Chefe, duas Enfermeiras que apoiam a gestão, em alternância de períodos uma com a outra, três Enfermeiros que são dinamizadores da temática da Diabetes no serviço. A equipe médica é uma equipe rotativa, em que não existe qualquer elemento especialista em Endocrinologia actualmente a fazer urgência. Desde Junho de 2010, das 9h às 14h e nos dias de semana, existe uma equipa médica fixa.

O Serviço Social tem as suas próprias instalações no hospital estando destacada uma Assistente Social para a área da Diabetes. Relativamente ao Gabinete de Psicologia, existe também uma Psicóloga destacada para esta população e que tem um gabinete próprio no hospital, não dentro da consulta de Endocrinologia.

2.2.1. SELECÇÃO DOS INQUIRIDOS

A selecção dos inquiridos teve como base a persecução dos objectivos propostos para esta dissertação, ou seja, os mesmos foram seleccionados de forma intencional com o intuito de abarcar toda a rede social de apoio às crianças e adolescentes com Diabetes no HDE.

De forma a conhecer a rede prestadora de cuidados foram inicialmente seleccionados os serviços que habitualmente prestam cuidados a esta população, ou seja, o Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento (com especialidade de Endocrinologia), Consulta Externa de Endocrinologia, Serviço de Dietética, Psicologia e Serviço Social. A participação dos mesmos neste estudo foi feita respeitando a vontade ou não de cada um no preenchimento do questionário.

Relativamente aos Médicos que prestam cuidados a esta população foram seleccionados os quatro especialistas existentes que dão apoio ao Serviço de Urgência e ao Internamento e que os seguem em Consulta Externa. Neste sentido, foram distribuídos aos quatro Médicos os questionários, tendo somente sido entregues três.

Em relação aos Enfermeiros, foram seleccionados alguns dos profissionais dos diversos serviços, excepto na Consulta Externa em que se inquiriu a totalidade dos enfermeiros que aí prestam cuidados.

Com efeito, foram seleccionados os Enfermeiros Chefe dos diversos serviços do hospital uma vez que serão eles que deverão ter um conhecimento mais aprofundado e global sobre o funcionamento do serviço. Também devido às suas funções de gestão, estes possuem uma melhor percepção sobre a articulação entre os diversos serviços, uma vez que pelas suas funções deverão estar em contacto permanente com as outras valências do hospital. Por sua vez, foram ainda seleccionados os Enfermeiros que apoiam a gestão dos serviços em questão, uma vez que pelas suas funções não só de apoio aos Enfermeiros Chefe, mas também por serem aqueles que habitualmente estão mais relacionados com os pedidos de consumo de materiais e por isso mais em contacto com os Laboratórios que fornecem o material de apoio à monitorização e controlo da doença.

Por último, foram seleccionados os Enfermeiros dinamizadores na área da Diabetes, isto é, os Enfermeiros responsáveis pela formação em serviço nesta temática, pois serão eles que formalmente deverão ter um conhecimento mais aprofundado da área, bem como do funcionamento da rede, tendo habitualmente a seu cargo e conjuntamente com a chefia a criação de normas e protocolos de cuidados. De notar que no Serviço de Urgência só serão inquiridos dois dos três dinamizadores pois o terceiro é a autora desta dissertação.

Contudo, relativamente ao Serviço de Internamento, o Enfermeiro que assume não só o apoio à gestão, como simultaneamente é responsável pela formação sem serviço na área da Diabetes, encontra-se de momento com atestado médico de longa duração, pelo que não foi possível obter a sua participação nos resultados desta dissertação.

Relativamente à restante equipa multi-profissional, ou seja, Dietista, Psicóloga e Assistente Social, foram inquiridas aquelas que estão destacadas para a população com Diabetes.

Foi ainda feita uma tentativa de aplicação de questionário à Educadora de Infância que habitualmente está diariamente no Serviço de Internamento, bem como os Assistentes Administrativos que se encontram no Serviço de Internamento e Consulta Externa, questionário esse que seria adaptado uma vez que estes profissionais não prestam cuidados directos à população em causa. Contudo, ou por não entrega do mesmo ou ainda por referenciarem que não consideram enquadrar-se no estudo, os mesmos não foram preenchidos ou entregues.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A definição da técnica e do instrumento de colheita de dados tem como base não só a temática em causa e a metodologia da ARS, como também os objectivos delimitados. É uma etapa de grande importância e que condicionará o sucesso de qualquer processo de investigação científica.

Esta opção metodológica teve a sua base na metodologia utilizada na dissertação de Mafalda Fortuna, já referenciada anteriormente. A partir do modelo de análise criado pela autora, o mesmo foi adaptado à nova realidade e melhorado em alguns aspectos. De referir ainda que a técnica foi alterada no sentido de facilitar a obtenção dos dados e de uma maior objectividade na colheita dos mesmos, uma vez que a instituição de acolhimento desta dissertação possui um maior número de inquiridos.

Assim, e de forma a colher os dados necessários à elaboração desta dissertação, utilizar-se-á a técnica do inquérito uma vez que é uma "...forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados susceptíveis de poder ser comprovados" (Carmo & Ferreira, 2008, p.139). Neste caso particular foi seleccionado o inquérito por questionário. Com efeito, um inquérito por questionário será um conjunto de perguntas, previamente elaboradas e testadas, que deverão ser extremamente bem organizadas, de forma a terem uma coerência intrínseca e configurar-se de forma lógica para que a ele responde. Na elaboração do inquérito por questionário há que respeitar um conjunto de procedimentos, ou seja, definir rigorosamente os seus objectivos, formular hipóteses e questões orientadoras, identificar as variáveis relevantes, seleccionar a amostra adequada de inquiridos, elaborar o instrumento em si, testá-lo e administra-lo para uma posterior análise do mesmo (Carmo & Ferreira, 2008).

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

Assim, tendo como base o modelo de análise de Fortuna (2010), adaptado à realidade desta dissertação, foi elaborado um questionário⁵ (ver Apêndice II), bem como um guião de colheita de dados. No quadro seguinte está expresso esse guião de colheita de dados, isto é, um conjunto de dimensões, objectivos, hipóteses e variáveis / indicadores de medição, bem como os referentes que originaram os mesmos.

⁵ Os questionários foram validados através dum painel de *experts*, tomando como pano de fundo a validação facial do conteúdo e da linguagem.

Quadro 2 – Guião de colheita de dados.

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	HIPÓTESES	VARIÁVEIS/ INDICADORES DE MEDIÇÃO	REFERENTES
A rede da criança/adolescente com Diabetes tipo 1 no HDE	- Identificar a rede da Criança/Adolescente com Diabetes. - Analisar as potencialidades e limitações existentes na acção dos actores da saúde na rede social do HDE. - Perceber a intensidade das relações estabelecidas pelos actores.	- Existe uma rede multidisciplinar no Hospital; - Existem pontos fortes / pontos fracos / limitações / potencialidades nos recursos humanos da rede; - Existem diferentes graus de frequência de articulação entre os profissionais;	- Enumeração de recursos humanos; - Identificação pontos fortes da rede; - Identificação de pontos fracos da rede; - Identificação de limitações da rede; - Identificação de potencialidades da rede;	- Concepções teóricas; - <i>Guidelines</i> ISPAD;
Formação Profissional	- Perceber a existência de uniformização das práticas profissionais, através do uso de práticas baseadas em evidência; - Identificar os factores críticos que permitam ao HDE promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1.	- Os profissionais de saúde têm formação específica na área da Diabetes; - Existem parcerias entre organizações para obtenção de formação;	- Recursos formativos; - Forma de participação dos actores da rede; - Identificação de entidades que articulam com o HDE para obtenção de formação;	- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde (2008); - Modelo de Gestão de Doença Crónica
Tratamento e Controlo da Diabetes	- Avaliar a frequência de articulação entre os diversos elementos da rede; - Identificar o tipo e meios de articulação	- Existem variações na articulação e frequência de articulação entre todos os elementos pertencentes à rede de cuidados, no	- Frequência de articulação entre os elementos da rede no tratamento e controlo da doença; - Tipo e meios de articulação entre os	- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde (2008); - Modelo de Gestão

	entre os diversos elementos da rede; - Identificar os factores críticos que permitam ao HDE promover a melhoria da articulação de cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1.	tratamento e controlo da doença; - Existem limitações e potencialidades da rede no tratamento e controlo da doença;	elementos da rede no tratamento e controlo da doença; - Limitações e potencialidades existentes na rede, no tratamento e controlo da doença;	de Doença Crónica
Relatórios de Rotina / Informação de Retorno	- Analisar a partilha de informação entre elementos da rede no sentido da avaliação dos cuidados prestados; - Identificar os factores críticos que permitam ao HDE promover a melhoria da qualidade dos cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1.	- Há partilha de informação no sentido da avaliação da qualidade dos cuidados; - Existem variações na partilha de informação entre os diversos actores, no sentido da avaliação dos cuidados;	- Existência de troca de informação entre profissionais; - Periodicidade de troca de informação; - Recursos com os quais a informação é partilhada; - Canal de comunicação de informação;	- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral da Saúde (2008); - Modelo de Gestão de Doença Crónica

2.3.1. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Neste subcapítulo será feita uma breve descrição de como foi processada a colheita de dados nesta dissertação, de forma a explicar correctamente todo o processo.

Após elaboração e aceitação do Projecto de Dissertação, foi elaborado o instrumento de colheita de dados, já referenciado anteriormente. Por sua vez, foi feito o pedido de autorização para a colheita de dados à entidade de acolhimento do mesmo, ou seja, ao Conselho de Administração do Hospital Dona Estefânia, no nome da Exma. Sra. Enfermeira Directora Adjunta. Neste pedido foi anexo o projecto de investigação e o respectivo questionário (ver Apêndice I). A autorização para aplicação do questionário foi dada pelo Conselho de Administração na data de 18 de Março de 2010.

Na mesma altura e enquanto se aguardava a autorização da entidade de acolhimento, foi aplicado um pré-teste ao questionário previamente elaborado noutra

instituição hospitalar com Consulta de Diabetes organizada e feitas as respectivas alterações, com base nas dificuldades sentidas pelos inquiridos e confronto com a tipologia de respostas esperadas e dadas pelos mesmos.

Posteriormente foi feito um contacto mais personalizado aos respectivos serviços e profissionais em causa, de forma a explicar o processo, bem como os objectivos da dissertação e como a sua participação seria importante não só para a conclusão da dissertação como também para a identificação de alguns constrangimentos na prestação de cuidados e hipóteses de melhoria dos mesmos. A aplicação dos questionários aos inquiridos seleccionados decorreu nos meses de Junho e Julho e início de Agosto, por condicionamento de férias e ausências dos mesmos.

2.4. ANÁLISE DOS DADOS:

A análise dos dados obtidos através da aplicação dos questionários aos inquiridos foi feita através de uma análise qualitativa e quantitativa em algumas questões, bem como com a utilização de uma aplicação informática própria da Análise de Redes Sociais noutras questões.

Com efeito, para além caracterização da rede através da Análise de Redes Sociais foi utilizada a análise de conteúdo nomeadamente no tratamento dos dados referentes às questões abertas do questionário, bem como análise estatística para algumas questões fechadas do questionário.

Assim, entende-se por análise de conteúdo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009, p.44).

Também segundo Guerra (2008, p.62) “a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal de investigação – a saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. Neste sentido, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência”.

Nesta dissertação na análise do questionário foi utilizada a metodologia proposta por Bardin. Efectivamente, a autora defende que existem vários tipos de análise, ou seja:

categorial (constitui na primeira fase da análise de conteúdo sendo normalmente descritiva), avaliação (mede as atitudes do entrevistado face ao estudo, ou seja, objecto, direcção, intensidade), enunciação (processo utilizado para entrevistas longas e muito abertas, dirigindo-se mais a análise para os conteúdos), expressão (análise formal, utilizada mais para investigar a veracidade e autenticidade dos documentos) (Bardin, citado por Guerra, 2008).

Por sua vez, segundo Bardin (2009) a análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na primeira fase, é feita a escolha dos documentos a analisar, a formulação das hipóteses e objectivos, bem como a elaboração de indicadores que permitem fundamentar a interpretação final. A fase de exploração do material é a fase da análise propriamente dita e da aplicação das técnicas no *corpus*. Por fim, na última fase os resultados são tratados de forma a serem significativos e válidos.

Com efeito, no processo de análise de conteúdo propriamente dito, primeiramente é necessário proceder ao **desmembramento dos textos**, isto é, fazer uma leitura cuidada das respostas dos inquiridos, de forma a descodificar as ideias gerais e os conceitos predominantes (Fialho, 2007).

Seguidamente, procede-se à **codificação**, que se insere na fase de exploração do material, sendo “um processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2009, p.129).

Esta fase desenvolve-se nas seguintes etapas:

♦ **Seleção das unidades de registo e de contexto:**

a) Unidades de Registo: entende-se como “uma unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2009, p.130).

b) Unidades de Contexto: a unidade de contexto tem como objectivo servir de “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo” (Bardin, 2009, p.133).

♦ **Regras de enumeração:** distingue-se da unidade de registo, por ser o modo de contagem, enquanto a anterior apresenta-se como o que se conta. Esta fase pressupõe a escolha de uma ou mais regras de enumeração, sendo que qualquer que seja essa escolha, a mesma “assenta numa hipótese de correspondência entre a presença, a

frequência, a intensidade, a distribuição” (Bardin, 2009, p.139), bem como a associação da manifestação da linguagem com os *ítems* atrás referidos.

♦ **Análise quantitativa e qualitativa:** “a abordagem quantitativa funda-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem. A abordagem não quantitativa recorre a indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferências” (Bardin, 2009, p.140). De referir que, após uma época em que se o que interessava era o rigor e por isso a codificação, compreendeu-se agora que a característica da análise de conteúdo é a inferência, isto é, “variáveis inferidas a partir de variáveis inferência ao nível da mensagem, quer as modalidades de inferência se baseiem ou não em indicadores quantitativos” (Bardin, 2009, p.142).

Por fim, segundo a autora temos a fase de **categorização**, isto é, “uma operação de classificação de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos (Bardin, 2009, p.145).

Por sua vez, de forma a organizar alguns dos dados qualitativos provenientes da análise de conteúdo do questionário foi também utilizada uma matriz SWOT⁶.

Na análise estatística das questões fechadas do questionário foi utilizado o programa informático SPSS versão 17 para o qual foi adquirida a respectiva licença legal para a sua utilização. Esta análise foi feita através da utilização de medidas de estatística descritiva, com o objectivo de descrever os resultados, nomeadamente através do uso de medidas de localização e tendência central.

Por último, na Análise de Redes Sociais deste estudo foi utilizado, como já referido anteriormente, o programa informático UCINET versão 6.109 para Windows. Este programa, desenvolvido por Steve Borgatti, Martin Everett e Lin Freeman, é distribuído por Analytic Technologies, trabalha directamente com o programa NETDRAW versão 2.28 para a visualização de redes (instala-se automaticamente com o programa UCINET). Este programa foi disponibilizado a partir de <http://www.analytictech.com/ucinet.htm>, tendo sido adquirida a respectiva licença legal para a sua utilização.

Com efeito, o programa UCINET versão 6.109 é considerado um dos programas de tratamento e análise de dados mais eficaz na Análise de Redes Sociais e uma ferramenta de eleição para os principiantes em análise estrutural. Neste sentido, constitui-se um programa que “permite estabelecer facilmente quase todas as

⁶ Na análise SWOT as iniciais significam respectivamente a análise dos pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses) ao nível da análise interna, bem como das oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats) na análise externa. Esta análise tem a capacidade de promover um confronto entre as variáveis externas e internas, facilitando desta forma a criação de alternativas de escolhas estratégicas, bem como de possíveis linhas de acção (Tuleski, 2009).

propriedades estruturais de um conjunto de relações sociais” (Lemieux & Ouimet, 2004, p.39).

Nesta dissertação para a análise da rede prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 no HDE, para além da análise das matrizes e grafo correspondentes às relações estabelecidas entre os elementos da rede, foram consideradas as seguintes medidas: tamanho e número de laços, densidade, centralização, centralidade (grau, intermediação, proximidade), índice de poder, e por fim a presença de sub-grupos.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados decorrentes das opiniões e percepção de cada um dos actores que se inserem na rede prestadora de cuidados e que se disponibilizaram para participar neste estudo.

Embora não tendo sido possível inquirir todos os actores que inicialmente foram definidos, pretendeu-se com os questionários recolhidos caracterizar as dinâmicas e as relações intra-organizacionais da rede prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, no HDE. Com efeito, os resultados assentam nomeadamente na identificação e caracterização da rede, bem como nas vertentes de formação profissional, tratamento e controlo da doença e existência de relatórios de rotina ou informação de retorno, na organização em causa. Os mesmos pretendem ainda dar resposta aos objectos propostos para esta dissertação.

Assim, de forma a uma melhor organização e compreensão dos resultados este capítulo será subdividido nos seguintes pontos:

- 3.1 Caracterização dos inquiridos;
- 3.2 Rede prestadora de cuidados;
- 3.3 Formação Profissional;
- 3.4 Tratamento e controlo da Diabetes;
- 3.5 Relatórios de Rotina / Informação de Retorno;
- 3.6 Análise da Rede Social de Apoio às Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1 no HDE.

É de salientar que os cinco primeiros pontos, tal como referido anteriormente, foram analisados recorrendo à análise de conteúdo das repostas abertas ao questionário (ver Apêndice III) e análise estatística nas respostas fechadas ao mesmo (ver Apêndice IV). Por sua vez, o último ponto de análise de resultados, ou seja, a Análise da Rede Social, foi analisado recorrendo à aplicação informática UCINET (ver Apêndice V).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS:

O quadro seguinte pretende enumerar os inquiridos, num total de 16, bem como fazer uma breve caracterização dos mesmos, nomeadamente o serviço a que pertencem, categoria profissional, tempo de serviço e de experiência profissional com utentes com Diabetes Mellitus tipo 1.

Quadro 3 – Caracterização dos inquiridos

Serviço do HDE	Categoria Profissional	Tempo de Serviço	Tempo de Experiência em DM tipo1
Urgência Pediátrica	Enfermeiro Chefe	30 anos	30 anos
	Enfermeiro com Especialidade responsável pela Gestão	18 anos	9 anos
	Enfermeiro com Especialidade responsável pela Gestão	10 anos ⁷	13 anos
	Enfermeiro dinamizador na área da Diabetes no serviço.	4 anos	4 anos
	Enfermeiro dinamizador na área da Diabetes no serviço.	4 anos	4 anos
Internamento de Pediatria (Especialidade Endocrinologia)	Enfermeiro Chefe	19 anos	3 anos
Consulta Externa de Pediatria (Endocrinologia)	Médica Pediatra especialista em Endocrinologia	26 anos	16 anos
	Médica Pediatra especialista em Endocrinologia	34 anos	22 anos
	Médica Pediatra especialista em Endocrinologia	10 anos	8 anos
	Enfermeira Chefe	29 anos	-
	Enfermeira Especialista	27 anos	9 anos
	Enfermeira com Especialidade	16 anos	10 anos
	Enfermeira Graduada	18 anos	8 anos
Serviço de Dietética	Dietista	15 anos	14 anos
Serviço de Psicologia	Psicóloga	25 anos	15 anos
Serviço Social	Assistente Social	10 anos	2 anos

(Fonte: questionário).

⁷ O Tempo de Serviço é neste caso inferior ao Tempo de Experiência em Diabetes Mellitus tipo 1 devido ao inquirido em questão ter considerado o facto de já ter tido experiência com esta população noutro local que não a organização em questão.

3.2 REDE PRESTADORA DE CUIDADOS:

Neste subcapítulo, com base nas respostas dadas pelos inquiridos, foram identificados os vários elementos que os mesmos identificam como pertencentes à rede prestadora de cuidados. Por sua vez, após a enumeração dos actores foram identificados os pontos fortes, pontos fracos, limitações e potencialidades da rede, de forma a obter uma profunda caracterização da mesma.

Assim, o quadro seguinte apresenta, com base na frequência de identificação de cada actor por parte dos inquiridos, os vários elementos que os mesmos consideram como pertencentes à rede.

Quadro 4 - Rede Prestadora de Cuidados

Elemento da Rede	Frequência (%)
Serviço de Internamento	14 (87,5%)
Consulta Externa	14 (87,5%)
Serviço de Dietética	13 (81,3%)
Serviço de Psicologia	10 (62,5%)
Serviço de Urgência	9 (56,3%)
Serviço Social	6 (37,5%)
Oftalmologia	4 (25%)
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	3 (18,8%)
Nefrologia	3 (18,8%)
Laboratório	2 (12,5%)
UMAD	2 (12,5%)
Consulta de Pedopsiquiatria	2 (12,5%)
Consulta de Adolescentes	1 (6,3%)
Urologia	1 (6,3%)
Ginecologia	1 (6,3%)
Estomatologia	1 (6,3%)
Professores / Educadores	1 (6,3%)
Todos os serviços do Hospital	1 (6,3%)

(Fonte: questionário).

Como se pode observar no quadro acima, os elementos que foram referenciados pela quase totalidade dos inquiridos foram o Serviço de Internamento, Consulta Externa e Serviço de Dietética, em mais de 80% das respostas, demonstrando assim que estes elementos são considerados como elementos de referência na rede. O mesmo pode observa-se em alguns excertos de respostas seguintes:

“Consulta Externa de Pediatria - Consulta de Endocrinologia, Serviço 2 Sala 2 – Especialidades Médicas, Serviço de Dietética” (Q6; P1).

“Internamento Serviço de Endocrinologia, Consulta Endocrinologia, Enfermeira Educadora em Diabetes, Médico Endocrinologista Pediátrico, Dietista (...)” (Q9; P1).

Por sua vez, existem ainda alguns actores, que também foram inúmeras vezes referenciados pelos inquiridos, como o Serviço de Psicologia, Serviço de Urgência, Serviço Social, e que representam também elementos importantes na rede prestadora de cuidados, uma vez que são reconhecidos pelos restantes elementos como tal. Os seguintes excertos demonstram o referido anteriormente:

“Urgência (todos os profissionais), Serviço de Internamento; Consulta de Diabetologia; Dietista, Nutrição e Serviço Social” (Q5; P1).

“Serviço de Urgência, Consulta Externa, Serviço de Internamento, Dietista, Psicóloga” (Q2; P1).

Por fim, como se pode observar no quadro acima, existem ainda muitos outros serviços que são considerados pelos actores como serviços de apoio e que têm uma actuação esporádica e de apoio circunstancial, que são eles a Oftalmologia, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Nefrologia, Laboratório, UMAD, Consultas de Pedopsiquiatria, Adolescentes, Urologia, Ginecologia, Estomatologia, Professores / Educadores. O mesmo pode exemplificar-se com os seguintes excertos de respostas:

“(....) apoio Oftalmologia, apoio Nefrologia, Laboratório (análises clínicas)”.(Q9; P1).

“ (...) Apoio da Consulta de Pedopsiquiatria, Oftalmologia, Urologia, Nefrologia”. (Q12; P1).

“(...) Consulta de Pedopsiquiatria, adolescentes, Ginecologia, Oftalmologia, Estomatologia (...)”. (Q13, P1).

Existe ainda um inquirido que referencia que *“todos os serviços do Hospital estão disponíveis para as crianças e adolescentes com Diabetes tipo 1” (Q15; P1).*

De seguida são analisadas as respostas dos inquiridos relativamente à identificação dos pontos fortes, pontos fracos, limitações e potencialidades da rede prestadora de cuidados no Hospital Dona Estefânia.

Relativamente aos **Pontos Fortes** identificados, foram referenciados alguns pontos importantes e que permitem a caracterização da rede. Assim, existem dois aspectos que foram referidos por um maior número de inquiridos (4) como pontos fortes da rede. O primeiro foi a existência de uma equipa construída por profissionais das mais

diversas áreas (equipa multidisciplinar) e que prestam cuidados nos vários momentos em que esta população recorre à instituição.

“Existe uma equipa multidisciplinar no seguimento destes doentes” (Q3; P2.1).

“Atendimento multidisciplinar da criança com DM1 (Médico, Dietista, Enfermeiro) em todas as consultas” (Q9; P2.1).

O segundo ponto forte mais referido pelos inquiridos foi a existência de uma equipa de referência fixa (médico e enfermeiro) no seguimento das crianças e adolescentes com Diabetes tipo1, denominado por alguns como método de trabalho por referência, bem como um atendimento multidisciplinar (médico, enfermeiro e dietista) em todas as consultas. Este será um ponto bastante importante uma vez que garante a continuidade dos cuidados através do estabelecimento de uma relação mais próxima e profunda entre cuidador e cuidado, favorecendo a educação terapêutica destes últimos e a qualidade dos cuidados prestados.

“Referenciação dos doentes a uma equipa médica / enfermeira que se mantém ao longo do tempo” (Q7; P2.1).

“(...) método individual de trabalho por enfermeira de referência (...)” (Q13; P2.1).

““O facto de estarem presentes na consulta o médico, a enfermeira e a dietista. A criança ou adolescente em oportunidade de no mesmo dia falar com esses três profissionais” (Q14; P2.1).

Seguidamente, outro aspecto referenciado pelos inquiridos prende-se com a competência dos vários profissionais da rede, existência de habilitações profissionais e formação adequadas. Esta é também uma característica que vai de encontro às *guidelines* internacionais da ISPAD, favorecendo a qualidade dos cuidados prestados pela rede. Estas características referenciadas como pontos fortes e que foram enumeradas por 3 inquiridos podem exemplificar-se com os seguintes excertos de respostas:

“Profissionais habilitados para responder às reais necessidades destes utentes em qualquer fase da sua doença” (Q1; P2.1).

“O nível elevado de formação e motivação dos profissionais desta equipa” (Q10; P2.1).

“(...) Partilha de informação e saberes. Motivação dos elementos da rede. Consolidação da prática (...)” (Q16; P2.1).

Por sua vez, também a motivação profissional foi apontada por 3 elementos da rede como um ponto forte da mesma, demonstrando que existe por parte dos inquiridos um factor motivacional que os faz prestar os melhores cuidados possíveis a esta população. No seguinte excerto está presente a referência à motivação dos elementos pertencentes à rede, para além dos acima citados que também fazem referência a este aspecto:

“Equipa de enfermagem motivada e competente na realização de ensinamentos individualmente” (Q6; P2.1).

Não só a motivação é referenciada, como também a existência de uma equipa coesa e com uma boa relação entre os elementos da rede. Neste sentido, será também uma característica fulcral uma vez que a existência de profissionais motivados, coesos e com uma boa relação entre todos, facilita a implementação de melhorias e a adesão às mesmas. As boas relações interdisciplinares na rede são referidas por 3 elementos, como se exemplifica de seguida:

“Boa relação de trabalho (interprofissionais)” (Q11; P2.1).

“Coesão da equipa” (Q16; P2.1).

A proximidade dos locais onde os vários elementos trabalham, referenciada por 1 elemento, é também vista como um ponto forte da rede e que facilita o trabalho em equipa, como se pode observar no seguinte excerto:

“Boa relação de trabalho (interprofissionais). Proximidade dos locais (...)” (Q11; P2.1).

Por sua vez, a articulação entre os elementos da rede também é referida pelos inquiridos (3) como sendo um ponto forte da mesma. Esta mesma articulação não é referida como global em toda a rede, mas sim particularizada entre alguns serviços. Os seguintes excertos mostram a referência à articulação entre os actores, bem como a menção à existência de um circuito:

“(...) existe um circuito” (Q2; P2.1).

“Articulação entre a Urgência e o Serviço de Internamento” (Q4; P2.1).

“A articulação entre o serviço de internamento, consulta e com a dietista e psicóloga” (Q12; P2.1).

É também referido por 1 inquirido que a rede atende às necessidades das crianças e adolescentes com diabetes que são seguidas no HDE, como se pode observar no seguinte excerto:

“A rede tem a possibilidade de atender às necessidades destas crianças e adolescentes, desde que residentes na área que pertence a este hospital” (Q15; P2.4).

Por fim e não menos importante que os restantes é ainda identificado como ponto forte (por 1 inquirido) a existência de protocolos de actuação no Serviço de Urgência, que englobam não só o tratamento da doença em si como também a existência de um formulário que favorece a continuidade de cuidados no Serviço de Internamento.

“Início da prestação de cuidados segundo protocolo pelos profissionais do S. Urgência nomeadamente em SO (Diabetes Inaugural) e início do preenchimento do formulário concebido para o efeito com o objectivo de um devido seguimento dos cuidados a nível do internamento” (Q5; P2.1).

Após a exposição dos pontos fortes referidos pelos inquiridos, são de seguida enumerados os pontos fracos identificados pelos mesmos nas respostas ao questionário aplicado. A identificação dos **Pontos Fracos** permite caracterizar a rede, facilitando a identificação de possíveis aspectos que poderão ser melhorados ou alvo de um plano de intervenção.

Com efeito, os elementos da rede identificam com uma maior frequência a deficiente articulação / comunicação entre os vários serviços, bem como a existência de um isolamento de cada um dos elementos da rede, com uma fraca partilha de informação e conhecimento. Este aspecto é identificado por 9 (56,3%) elementos da rede, o que espelha a importância que este aspecto tem na dinâmica da rede, podendo mesmo condicionar o adequado funcionamento da mesma.

“Cada serviço vive esta problemática sozinho, forma os seus profissionais autonomamente e o núcleo não desenvolve contactos entre os serviços” (Q1; P2.2).

“Não há articulação entre os serviços” (Q2; P2.2).

“Pouca informação transmitida” (Q12; P2.2).

“Difícil comunicação entre os outros profissionais que não se encontram na própria consulta. Nem sempre é fácil encontrar na hora necessária os colegas que colaboram, mas fora do espaço físico da consulta” (Q15; P2.2).

Alguns inquiridos particularizam mesmo quais os elementos em que este défice de comunicação está presente, nomeadamente na articulação entre o Serviço de Urgência, a Consulta Externa / restantes serviços (referenciado por 2 inquiridos), bem como na articulação entre a o Serviço de Internamento e a Consulta Externa

(referenciado por 2 elementos), demonstrando assim o quão importante este facto representa para estes actores.

*“Articulação entre a Urgência e a consulta externa e os restantes serviços”
(Q4; P2.2).*

*“Algumas dificuldades de articulação entre o ambulatório e o internamento”
(Q10; P2.2).*

Um outro aspecto referido por 3 inquiridos foi o facto de sentirem que a equipe médica não se encontra sempre presente no Serviço de Urgência / Internamento, tendo muitas vezes que recorrer aos mesmos em regime de consultadoria. Este aspecto poderá também condicionar a uniformização de práticas, uma vez que nos locais acima descritos, nomeadamente no Serviço de Urgência, só existirem médicos que não estão directamente ligados à área da Diabetes.

“Equipe médica para assistência em regime de consultadoria. (...)” (Q6; P2.2).

“Ausência de urgência específica, que dificulta por vezes uma melhor eficácia dos cuidados. (...)” (Q8; P2.2).

Foi ainda referenciado pelos inquiridos o pouco apoio financeiro que condiciona a implementação de novas tecnologias e formas de tratamento mais intensivo, tendo este facto sido referido em 3 questionários, como se exemplifica pelo seguinte excerto:

“Pouco apoio financeiro e estrutural para o desenvolvimento e implementação de novas tecnologias. (...)” (Q9; P2.2).

Também a rotatividade dos enfermeiros, nomeadamente a nível do Serviço de Urgência e Serviço de Internamento foi referido por 3 elementos, como ponto fraco da rede e que condiciona o adequado funcionamento e seguimento desta população, por não se conseguir manter a continuidade dos cuidados pelo mesmo profissional, facilitando assim a educação terapêutica do utente.

*“Rotatividade dos enfermeiros nos serviços de internamento e urgência”
(Q13; P2.2).*

Por fim, é referido por 2 inquiridos a falta de recursos humanos nos serviços de apoio a esta população, bem como a não exclusividade à problemática da Diabetes de alguns profissionais, este último referido em apenas 1 questionário.

“(...) Poucos médicos e enfermeiros” (Q9; P2.2).

“(...) poucos médicos e enfermeiros, poucos dietistas” (Q14; P2.2).

“Profissionais não se encontram em exclusividade a trabalhar com esta problemática” (Q16; P2.2).

As **Limitações da Rede** foram também um aspecto inquirido aos elementos da rede, sendo que os mesmos referenciaram um vasto número de aspectos, não havendo como no ponto anterior uma quase unanimidade de opinião.

Contudo, existem três aspectos mais referidos pelos inquiridos, que se prendem com a falta de recursos humanos, a dificuldade de implementação de novas tecnologias por falta de apoio (financeiro / logística) da própria instituição, e ainda a existência de poucos momentos formativos ou de partilha. Todos estes aspectos foram referenciados por 4 elementos.

Assim, foi referido nas respostas aos questionários que a falta de recursos humanos nas diversas valências da instituição e consequentemente a falta de tempo dos profissionais existentes, condiciona a qualidade dos cuidados prestados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. O mesmo exemplifica-se de seguida:

“O número de profissionais para as necessidades da procura, levando por vezes à falha nos cuidados ideais” (Q8; P2.3).

“Sobrecarga de trabalho pela limitação de recursos humanos. (...)” (Q10; P2.3).

“Falta de tempo dos profissionais” (Q16; P2.3).

Por sua vez, a dificuldade na implementação de novas tecnologias é referido pelos elementos com factor limitador da qualidade dos cuidados prestados e adequado tratamento da doença, nomeadamente devido a condicionamentos de logística do CHLC, EPE, bem como falta de apoio financeiro.

“Financiamento / apoio para desenvolvimento / implementação de novas tecnologias (ex. bombas infusoras de insulina, monitorização contínua de glicemia em hospital de dia)” (Q9; P2.3).

“Dificuldade em incluir novas tecnologias no tratamento devido a aspectos de logística da própria organização do CHLC, EPE” (Q11; P2.3).

Ainda neste sentido, 4 inquiridos referem como limitação da rede a existência de poucos momentos formativos e de pouca partilha de conhecimentos, realidade / experiência de cada serviço, o que condiciona a qualidade de cuidados prestados, bem como a uniformização dos mesmos.

“(...) nenhuma divulgação do trabalho de cada um” (Q2; P2.3).

“(...) Existência de poucos momentos formativos / de partilha, entre os vários intervenientes na rede prestadora de cuidados” (Q5; P2.3).

Outro dos aspectos referidos por 3 elementos da rede foi a deficiente articulação com outras instituições fora da própria organização e a falta de apoio na comunidade, o que condiciona encaminhamento / apoio da comunidade a esta população, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, centros de acolhimento ou escolas.

“Dificuldade na ligação a outras instituições que prestam cuidados a crianças e jovens diabéticos fora do HDE” (Q7; P2.3).

“As limitações mais relevantes estão na articulação com instituições exteriores ao Hospital, tal como escolas, casas de acolhimento ou centros de saúde” (Q15; P2.3).

Os elementos da rede referem ainda como limitação da rede mais uma vez a falta de comunicação entre os actores, sendo este aspecto referido por 2 inquiridos, como se pode observar neste excerto de resposta:

“Falta de comunicação entre todos, pouca divulgação do trabalho / experiência / conhecimento de cada serviço, o que condiciona a articulação” (Q4; P2.3).

Por fim, são referidos por somente 1 elemento cada um dos seguintes aspectos: a falta de comando e liderança na própria rede, condicionando a gestão da qualidade dos cuidados; as diferentes tecnologias de informação utilizadas pelos diversos serviços o que dificulta a consulta / passagem de informação relativamente aos cuidados prestados por cada um; e por fim, a curta duração dos internamentos que é considerada pelos profissionais do mesmo como factor que dificulta o processo de tratamento na doença, nomeadamente no ensino da auto-gestão da mesma. Estes três aspectos observam-se nos três excertos seguintes:

“Auto-limita-se por falta de comando e liderança” (Q1; P2.3).

“Os suportes informáticos que não são comuns a todo o hospital (papel / informático) impede o seguimento de cada caso de uma forma mais eficaz. (...)” (Q5; P2.3).

“Alguns internamentos são de curta duração o que não permite validar os conhecimentos dos utentes adquiridos” (Q6; P2.3).

Por último, após abordar as limitações, importa agora caracterizar as **Potencialidades da Rede**. Com efeito, tal como no ponto anterior não existe uma unanimidade de opiniões mas sim um conjunto variado de potencialidades e aspectos que podem favorecer a melhoria da própria rede e consequentemente os cuidados prestados a esta população.

Neste sentido, 3 dos inquiridos consideram que a rede teria uma maior potencialidade de melhoria e de se desenvolver através do estabelecimento de protocolos / orientações uniformizadas entre os vários serviços que prestam cuidados a esta população, bem como a criação de parcerias não só para uniformizar os cuidados como também na formação dos profissionais.

“Podia, caso englobasse os serviços, estabelecer protocolos e orientações uniformes e ter um papel mais activo em prol da melhoria e uniformização dos cuidados, bem como melhorar a formação dos profissionais” (Q1; P2.4).

“Criação de parcerias na formação, bem como uniformização de procedimentos. (...) (Q4; P2.4).

Ainda no sentido da uniformização dos cuidados entre os serviços prestadores de cuidados, 3 inquiridos referem como potencialidade a melhoria da articulação quer interna, quer externamente, nomeadamente através da implementação de reuniões entre os elementos da rede, como se pode observar seguidamente:

“Implementação de reuniões de equipe que englobassem todos os serviços da rede para discussão de casos” (Q4; P2.4).

“Melhor articulação interna e externa com o reforço de recursos humanos” (Q10; P2.4).

Outro dos aspectos referidos pelos inquiridos prende-se com as características dos vários profissionais e que podem favorecer a melhoria na rede. Com efeito, 1 inquirido considera que o facto de cada serviço ter os seus saberes e conhecimentos específicos pode ser uma potencialidade, se partilhada com os restantes elementos da rede. Por sua vez, a motivação dos profissionais e o número elevado de diferentes profissionais envolvidos na rede são também apontados como uma potencialidade para o seu desenvolvimento, sendo o mesmo referenciado por 2 inquiridos. É ainda referido por 1 inquirido o facto de a rede ser dinâmica e criativa e, por 2, o facto dos profissionais da rede possuírem uma formação actualizada em *guidelines* internacionais. Os seguintes excertos demonstram o acima descrito:

“Cada serviço tem as suas competências / saberes” (Q2; P2.4).

“Abrangência / elevado número de profissionais envolvidos nas várias fases da evolução da criança / adolescente com maior proximidade” (Q5; P2.4).

“Profissionais com formação teórico-prática actualizada segundo guidelines internacionais e motivados para a excelência dos cuidados; (...) (Q13; P2.4).

“Rede dinâmica e criativa” (Q13; P2.4).

Seguidamente, 2 dos inquiridos referem que outra das potencialidades da rede é o alargamento da mesma a outras instituições fora do HDE, contribuindo para torná-la numa unidade de referência, com o aumento do número de profissionais envolvidos.

“Dado ser uma rede alargada há potencialidade e vontade de alargar a capacidade de intervenção terapêutica e educativa a outras áreas e instituições quer do HDE ou de saúde, quer da sociedade em geral” (Q7; P2.4).

“Uma verdadeira unidade de referência com o aumento do número de profissionais que contribuam à melhoria dos cuidados e novas técnicas” (Q8; P2.4).

Por sua vez, referindo-se ao tratamento da doença propriamente dito, 2 respostas ao questionário reflectem ainda a vontade do desenvolvimento de novas tecnologias no tratamento, tal como foi referido anteriormente como uma limitação da rede, devido à sua inexistência.

“Desenvolvimento de tecnologias / tratamentos / métodos de diagnóstico mais actualizados” (Q9; P2.4).

Uma outra sugestão feita por 2 inquiridos no sentido de potenciar a acção da rede é partilha e troca de experiências / actuação entre o Serviço de Internamento e a Consulta Externa, através da rotatividade dos elementos pelos dois serviços, favorecendo a formação dos mesmos e aumentando os conhecimentos específicos de cada um e que caracterizam cada serviço em particular.

“(…) Rotação dos profissionais do internamento / consulta de diabetes para formação em contexto de trabalho / aferição de práticas” (Q11; P2.4).

“(…) encontros formais teórico-práticos, incluindo rotação na prestação de cuidados entre internamento e consulta para formação em contexto de trabalho de modo a serem aferidas as práticas”(Q13; P2.4).

Por fim, está presente em 1 resposta no questionário o facto de considerarem que a rede favorece a autonomia das crianças e adolescentes, com consequente potencialidade na diminuição do número de internamentos.

“Autonomia dos utentes no controlo da doença. Diminuição do número de internamentos” (Q6; P2.4).

Após o exposto pode-se verificar que existem um sem número de pontos fortes e potencialidades, que fazem com que a rede prestadora de cuidados no HDE seja uma rede com uma vasta equipa multi-profissional com capacidade prestar cuidados a esta

população e com potencialidade de melhoria. Contudo, existem alguns pontos fracos e limitações presentes, mas que poderão ser colmatados através de um adequado plano de intervenção sócio-organizacional. Estes aspectos forneceram pistas fundamentais para um diagnóstico da rede prestadora e elaboração do Plano de Intervenção no HDE.

3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

Neste subcapítulo, são identificados quais os principais recursos utilizados para a formação de cada elemento da rede, a sua forma de participação na mesma, bem como quais as entidades que articulam com a instituição para formação.

Com efeito, o seguinte quadro reflecte quais os **recursos** utilizados, bem como a sua frequência de referenciação no questionário por parte dos inquiridos:

Quadro 5 - Recursos para formação profissional

Recurso para Formação	Frequência	Percentagem
Formação em Serviço	14	82,4%
Cursos internos promovidos pelo HDE	12	70,6%
Cursos Externos	13	76,5%
Revistas / Livros	14	82,4%
Congressos / Jornadas	12	70,6%
Informações de Laboratórios	9	52,9%
Internet	14	82,4%
Partilha informal entre profissionais	15	88,2%
Reuniões periódicas entre profissionais	10	58,8%
Outros: Campo de Educação em Diabetes	2	11,8%

(Fonte: questionário).

Como se pode analisar no quadro, o recurso com uma maior frequência de resposta por parte dos inquiridos é a partilha informal entre profissionais, demonstrando-se aqui a prevalência da informalidade na obtenção de formação profissional, bem como a importância dos pares para a formação individual de cada profissional.

Seguidamente, os recursos que também apresentam uma elevada frequência de resposta foram a formação em serviço, dando aqui ênfase à formação realizada no e sobre o próprio contexto profissional, bem como a procura de informação em revistas / livros e internet, como recursos externos e de procura mais individual.

Os recursos com menores frequências de enumeração, mas mesmo assim com frequências relativamente elevadas, são as informações provenientes de laboratórios e ainda as reuniões periódicas entre profissionais. Com efeito, neste segundo caso demonstra-se que, segundo a opinião dos inquiridos, a partilha formal e organizada de informação com vista à formação profissional assume um peso menor quando comparada com as restantes formas de formação.

Existe ainda um outro recurso referido por 2 inquiridos como importante para a formação profissional que é Campo de Educação em Diabetes, organizado anualmente pela Consulta de Endocrinologia, demonstrando assim a importância da formação contínua que se vai desenvolvendo no contexto da prática profissional.

Em suma, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos refere com uma frequência elevada os recursos acima descritos, demonstrando-se assim o grande peso que a formação tem para a prática profissional dos vários elementos da rede.

Seguidamente, do ponto de vista das diversas **formas de participação na formação profissional**, o quadro seguinte pretende categorizar as respostas dadas pelos inquiridos quando questionados sobre o facto.

Quadro 6 - Formas de participação em formação profissional

Formas de Participação em Formação Profissional	Frequência (%)
Formador	7 (43,8%)
Formando	4 (25%)
Formação em Serviço	3 (18,8%)
Formações Externas (Cursos / Congressos / Jornadas)	3 (18,8%)
Iniciativa própria	3 (18,8%)
Organização e Planeamento de Formação em Serviço	2 (12,5%)
Participação activa	2 (12,5%)
Cursos Internos	1 (6,3%)
Divulgação da Formação existente	1 (6,3%)
(Não resposta)	1 (6,3%)

(Fonte: questionário).

Como se pode observar no quadro anterior, apesar de existir uma não resposta a esta questão, observa-se que todos os inquiridos frequentam ou têm um papel activo em alguma forma de formação profissional, o que demonstra a vontade de adquirir novos conhecimentos de forma a melhorar as práticas e os cuidados prestados.

Com efeito, as respostas com um maior número de frequência correspondem ao facto de 7 elementos da rede considerarem-se como formadores, bem como 4 elementos como formandos. O mesmo pode exemplificar-se nos seguintes excertos:

“Como formanda; como formadora” (Q11; P4).

“Costumo dar uma aula sobre a adolescência e a Diabetes” (Q15; P4).

Está também presente em quantidade de respostas moderada (3) a formação em serviço como forma de participação, nomeadamente de forma activa no papel de formador. Contudo, este tipo de formação, embora seja fundamental e importante por se aplicar à própria realidade de cada serviço, habitualmente não se centra nas práticas dos restantes serviços, sendo por isso menos abrangente. Demonstra-se assim, como já referido anteriormente pelos inquiridos, o facto de cada serviço ter os seus próprios saberes e competências, com a fraca partilha entre todos dos mesmos, o que poderá condicionar uma boa articulação entre os elementos da rede. A presença da formação em serviço está presente nos seguintes excertos:

“Formação em serviço, como formador” (Q3; P4).

“Partilha de informação entre profissionais / formação em serviço de presença não obrigatória, criação de suportes de informação relacionados com a mesma, na qualidade de elemento pertencente ao grupo de dinamizadores da DM no HDE” (Q5; P4).

Por sua vez, está também reflectido nas respostas ao questionário (3) o recurso à formação externa através de congressos / cursos / jornadas.

“Participação em congressos / cursos de formação em serviços no exterior em áreas específicas da DM, nomeadamente terapêutica com bombas de infusão de insulina” (Q7, P4).

“Formação em serviço, cursos internos, cursos externos, congressos / jornadas” (Q8; P4).

São também referenciados alguns aspectos relacionados com a gestão da formação, em 2 respostas, nomeadamente com a organização e planeamento da formação em cada serviço, bem como com a divulgação para outros profissionais da formação existente na área da Diabetes.

“Participação como formando e organização do planeamento da formação em serviço” (Q6; P4).

“Coordenação de formação em serviço. Análise das propostas de formação e adequação aos projectos profissionais de cada enfermeiro. Divulgação da formação existente” (Q10; P4).

Por fim, para além da formação em serviço que é desenvolvida pela própria instituição e localizada / centralizada na realidade de cada serviço, somente é feita uma referência à frequência de curso interno desenvolvido pelo HDE.

“Formação em serviço, cursos internos, (...)” (Q8; P4).

Está ainda patente nas respostas dos inquiridos que a participação na formação profissional é muito centrada na iniciativa de cada um, principalmente na frequência de actividades formativas externas, através de uma postura activa na procura da mesma.

“Participação por iniciativa própria e formação em serviço” (Q1; P4).

“Activa. A formação profissional é por iniciativa própria ou orientada e facilitada pela coordenadora da Dietética” (Q14; P4).

Com efeito, tal como se pode observar na tipologia das respostas dadas quando questionados sobre a forma de participação na formação, a mesma parece ser considerada como presente na globalidade dos inquiridos. Contudo, observa-se que a participação, para além da formação em serviço de carácter obrigatório ou não, a maioria é feita por iniciativa própria, através do recurso a formação quer interna quer externa à instituição. Observa-se ainda que a grande maioria dos inquiridos têm um papel activo na procura de formação, não só como formadores mas também como formandos.

Seguidamente foram analisadas as **parcerias** que se estabelecem com o Hospital Dona Estefânia para a obtenção de formação profissional. Assim, o quadro abaixo pretende espelhar as respostas dadas pelos inquiridos sobre quais as entidades que articulam com a instituição para a formação profissional.

Quadro 7 - Entidades que articulam com o HDE para a formação profissional

Entidades que articulam com o HDE para a formação profissional	Frequência (%)
Nenhuma	4 (25%)
Laboratórios	4 (25%)
Centros de Saúde	3 (18,8%)
Hospitais Distritais	2 (12,5%)
Serviços do HDE	2 (12,5%)
APDP	1 (6,3%)
Hospital Curry Cabral	1 (6,3%)
CFPI	1 (6,3%)
Instituto Português de Oncologia	1 (6,3%)
Escolas Superiores de Enfermagem	1 (6,3%)
Faculdades	1 (6,3%)
Escolas de Formação Pós-Básica	1 (6,3%)
Escolas	1 (6,3%)
Centros de Acolhimento	1 (6,3%)
Hospitais com serviços Pediátricos de Endocrinologia	1 (6,3%)

(Fonte: questionário).

O quadro acima reflecte que não existe uma unanimidade de respostas em relação à existência de parcerias, demonstrando que as mesmas, caso existam, estão focalizadas pontualmente em alguns serviços ou individualmente em alguns profissionais. Existem algumas instituições que foram referidas por mais do que um inquirido, nomeadamente os Laboratórios, Centros de Saúde, Hospitais Distritais e Serviços do próprio HDE, mas a grande maioria das referências somente é referida por um elemento da rede.

Assim, verifica-se que em maior frequência de respostas centra-se na referência à inexistência de parcerias, bem como a articulação com os Laboratórios para a obtenção de formação.

A ausência de parcerias é referida por 4 inquiridos, o que demonstra um peso relativo nesta opinião, podendo este ser um aspecto a considerar quando se pensa num plano de melhoria da rede. Esta opinião está presente nos seguintes excertos:

“Não vislumbro articulação” (Q1; P5).

“Nenhuma” (Q4; P5).

Também em igual número de respostas está a existência de parcerias para formação com os Laboratórios Farmacêuticos, por serem estes que habitualmente

fornece os equipamentos de monitorização e tratamento da doença, gratuitamente, e que posteriormente são fornecidos pelos profissionais às crianças e adolescentes.

“Nenhuma no serviço de Urgência. Na consulta externa o pessoal (enfermeiros e médicos) tem formação com representantes de laboratórios, Associação de Diabéticos” (Q2; P5).

“Laboratórios” (Q12; P5).

Seguidamente, foram referidos por mais do que um inquirido as parcerias entre Centros de Saúde, Hospitais Distritais e o próprio HDE com parcerias entre serviços, revelando uma abertura da instituição, ainda que de forma pouco expressiva, à articulação com outras entidades, favorecendo a criação de uma rede inter-organizacional.

“Não existe articulação em termos formativos entre entidades para além dos vários serviços do HDE, a menos que seja a título particular” (Q5; P5).

“Centros de Saúde / Enfermeira da Saúde Escolar. Hospitais Distritais....)” (Q11; P5).

Por fim, são referidas apenas por 1 elemento da rede as seguintes entidades parceiras: APDP, Hospital Curry Cabral, CFPI, Instituto Português de Oncologia, Escolas Superiores de Enfermagem, Faculdades, Escolas de Formação Pós-Básica, Escolas, Centros de Acolhimento, e por fim, Hospitais com serviços Pediátricos de Endocrinologia. Este facto demonstra que provavelmente estas entidades somente estabelecem parcerias pontualmente com um elemento / serviço da rede, não se reflectindo em toda a rede como um todo.

Após a análise dos dados relativos à dimensão da formação profissional verifica-se que a mesma é uma realidade na instituição. Relativamente aos recursos utilizados para a obtenção da mesma, estes são variados e presentes na grande maioria dos inquiridos. Os mesmos assumem um papel activo na sua própria formação profissional, quer através de formações dentro da própria instituição (como formandos e formadores) quer com recursos a entidades externas.

A formação em serviço adquire também um recurso fundamental para a formação dos profissionais, bem como os encontros e partilha informal de informação entre os mesmos. Contudo, parece estar também reflectido nos dados que a participação na formação profissional ocorre na grande maioria por iniciativa própria e recorrendo a recursos tanto internos como externos ao HDE. Relativamente às parcerias envolvidas não se observa um forte recurso formal com outras entidades, nomeadamente devido à baixa frequência nas respostas, bem como às inúmeras instituições enumeradas apenas por um inquirido.

3.4 TRATAMENTO E CONTROLO DA DIABETES

Este subcapítulo pretende fazer uma caracterização da rede prestadora de cuidados no tratamento e controlo da doença, através da abordagem da articulação entre os elementos da rede, sua frequência, tipologia e canais utilizados, bem como as limitações e potencialidades da rede no tratamento e controlo da doença.

Relativamente à **caracterização da articulação e eficácia da rede**, os elementos foram questionados sobre a mesma, sendo que na grande maioria das respostas, os inquiridos consideram a articulação e eficácia da rede como positiva, isto é 11 inquiridos (68,8%) têm uma opinião favorável.

Com efeito, 5 dos elementos da rede caracterizam a eficácia e a articulação da rede no tratamento e controlo da doença como boa, como se exemplifica nos seguintes excertos:

“Boa à exceção de até agora não ter sido possível iniciar de forma continuada a terapêutica com bomba de infusão de insulina” (Q7; P6).

“De uma maneira geral boa na eficácia e satisfatória na articulação” (Q10; P6).

“Considero boa dentro das possibilidades e condições de trabalho existentes” (Q15; P6).

Também considerando como positiva a eficácia e articulação na rede, 4 inquiridos consideram-na como satisfatória, tal como se pode verificar em seguida:

“Satisfatória” (Q3; P6).

“Satisfaz” (Q13; P6).

Existem ainda alguns inquiridos que embora não considerando tão positiva a articulação e eficácia como as opiniões anteriores, consideram-na como razoável (1 inquirido), ou ainda em como uma rede em evolução no tratamento e controlo da doença devido à dependência de serviços externos à instituição (1 inquirido), O mesmo pode observar-se nos seguintes excertos:

“Razoável” (Q11; P6).

“Considero que é uma rede em evolução, no sentido de melhorar os cuidados às crianças, mas que está muito dependente de outros serviços externos ao HDE, como sendo Centros de Saúde, escolas, CPCJ entre outros” (Q16; P6).

Em oposição, 5 inquiridos (31,3%) têm uma opinião negativa relativamente à eficácia e articulação da rede prestadora de cuidados no tratamento e controlo da

Diabetes. Com efeito, 4 elementos da rede consideram-na como deficitária, e 1 elemento como má na articulação e eficácia, como se exemplifica em seguida para as duas opiniões:

“O serviço de Urgência articula apenas com o serviço de internamento. Relativamente aos outros serviços não tenho conhecimento” (Q4; P6).

“Deficiente articulação / transmissão de informação entre os vários intervenientes sobretudo com a consulta externa, cujos profissionais são detentores de um maior conhecimento sobre a história clínica das crianças que mais vezes recorrem ao HDE” (Q5; P6).

“Deficitária” (Q6; P6).

“A articulação é má” (Q2; P6).

Este aspecto poderá explicar-se pelo facto de alguns inquiridos terem referido que cada serviço vive muito da experiência de cada um, com pouca partilha da realidade / práticas de cuidados / conhecimentos, condicionando assim a articulação entre os elementos da rede ou tornando-a deficitária nalguns aspectos.

Por fim, existe ainda um inquirido que considera que a rede pode melhorar, não se posicionando em nenhum dos pólos anteriores.

“Pode melhorar” (Q12; P6).

Neste subcapítulo de análise e discussão dos resultados, foi também analisado o **tipo de articulação** que se estabelece com cada elemento da rede, no tratamento e controlo da Diabetes. Assim, as tabelas seguintes pretendem demonstrar qual o tipo de articulação mais frequente para cada um dos elementos da rede.

Quadro 8 - Articulação com o SUP no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com o SUP	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	1	6,3%
Relatórios	0	0%
Telefonicamente	7	43,8%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	7	43,8%
Circulares informativas	0	0%
Cartas referenciação	3	18,8%
Por transferência de doentes	3	18,8%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

Na articulação com o Serviço de Urgência Pediátrica, observa-se que existe uma prevalência do uso do telefone para troca de informação, no tratamento e controle da doença, bem como mais uma vez a prevalência da informalidade na partilha de informação.

Por sua vez, existe também o recurso a cartas de referência e transferência de doentes, por este ser um serviço onde habitualmente os doentes dão entrada aquando do diagnóstico inicial ou descompensação aguda da doença. Por fim, existe ainda referência à existência de reuniões formais para a troca de informação enquadrada no tratamento e controle da doença, podendo-se particularizar aqui as reuniões de passagem de turno onde existe partilha de conhecimentos / discussão de casos da prática.

Quadro 9 - Articulação com o Serviço de Internamento no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com o Serviço de Internamento	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	2	12,5%
Relatórios	2	12,5%
Telefonicamente	13	81,3%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	8	50%
Circulares informativas	0	0%
Cartas referência	0	0%
Por transferência de doentes	5	31,3%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

No caso do Serviço de Internamento, observa-se que na grande maioria a forma de articulação dos restantes elementos da rede com este é mais uma vez através do telefone. Por sua vez, os encontros informais também têm um peso moderado neste caso (50%), bem como a transferência de doentes como forma de articulação para a troca de informação no que respeita ao tratamento e controlo da doença, uma vez que a entrada neste serviço é feita habitualmente desta forma (transferência do Serviço de Urgência ou Consulta Externa).

Por fim, são ainda referidas as reuniões formais e os relatórios como forma de articulação, demonstrando aqui a presença de algum grau de formalidade e transmissão de informação mais organizada.

Quadro 10 - Articulação com a Consulta Externa de Endocrinologia no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com a Consulta Externa de Endocrinologia	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	3	18,8%
Relatórios	2	12,5%
Telefonicamente	7	43,8%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	9	56,3%
Circulares informativas	0	0%
Cartas referênciação	6	37,5%
Por transferência de doentes	1	6,3%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

Também no caso da Consulta Externa de Endocrinologia, a maioria dos contactos com este elemento é feito através da via oral em encontros informais, bem como telefonicamente. Por sua vez, está ainda presente um peso moderado na transmissão de informação para o tratamento e controlo da doença através de cartas de referênciação e, em menor quantidade de respostas, as reuniões formais e existência de relatórios, demonstrando aqui alguma formalidade na troca de informação na rede.

Quadro 11 - Articulação com o Serviço de Dietética no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com o Serviço de Dietética	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	0	0%
Relatórios	0	0%
Telefonicamente	7	43,8%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	10	62,5%
Circulares informativas	1	6,3%
Cartas referênciação	1	6,3%
Por transferência de doentes	0	0%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

Como se pode observar na articulação com o Serviço de Dietética para o tratamento e controlo da doença, mais uma vez a grande maioria dos contactos são feitos via telefone (43,3%) e oralmente em encontros informais (62,5%), demonstrando assim uma menor formalização na transmissão de informação.

É ainda feita referência, embora somente por 1 inquirido em cada um dos casos, à utilização de cartas de referênciação e à transferência de doentes como forma de troca de informação. Neste ponto está patente, ainda que de forma pouco expressiva, a formalidade dos contactos feitos com este elemento da rede.

Quadro 12 - Articulação com o Serviço Social no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com o Serviço Social	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	1	6,3%
Relatórios	2	12,5%
Telefonicamente	11	68,8%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	5	31,3%
Circulares informativas	0	0%
Cartas referênciação	2	12,5%
Por transferência de doentes	0	0%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

Na articulação com o Serviço Social, tal como em todos os elementos acima referidos, está também presente um maior número de contactos através do uso do telefone, bem como, embora em menor número comparativamente com o anterior, a via oral em encontros informais para troca de informação.

A troca de informação sob a forma mais formal, tal como as cartas de referenciação, relatórios e reuniões formais, estão também presentes como forma de articulação com o Serviço Social no tratamento e controlo da Diabetes.

Quadro 13 - Articulação com Serviço de Psicologia no Tratamento e Controlo da Doença

Articulação com o Serviço de Psicologia	Frequência	Percentagem
Reuniões formais	0	0%
Relatórios	5	31,3%
Telefonicamente	5	31.3%
Via e-mail	0	0%
Oralmente em encontros informais	5	31,3%
Circulares informativas	0	0%
Cartas referenciação	0	0%
Por transferência de doentes	0	0%
Outros	0	0%

(Fonte: questionário).

Por fim, no caso do Serviço de Psicologia, estão presentes em igual número de referenciação por parte dos inquiridos os recursos a relatórios, telefone e ainda oralmente em encontros informais, como forma de troca de informação entre os elementos. Com efeito, com este elemento da rede não só estão presentes formas informais e não organizadas como também transmissão formal de informação.

Em suma, após a exposição e análise dos resultados relativamente às formas de troca de informação entre os elementos da rede no tratamento e controlo da doença, verifica-se assim a utilização em maior número do telefone e encontros informais. Por sua vez, embora com menor peso que os anteriores, estão também presente em quase todos os elementos outras formas de transmissão de informação mais organizada e formal. Conclui-se ainda com o exposto que existe articulação na rede (quer de forma mais informal ou de forma mais formal) para o tratamento e controlo da doença.

Contudo, na análise dos questionários verifica-se também que existem alguns elementos que não têm qualquer forma de articulação entre outros, tal como se poderá observar na análise da rede social que será abordada no final do capítulo.

Por último, com o objectivo da detecção das **limitações e potencialidades da rede no tratamento e controlo da doença** foram também colocadas um conjunto de questões sobre as práticas de cuidados de cada inquirido na organização.

O quadro abaixo resume as respostas dos inquiridos, referindo qual a média, moda e mediana, tendo em conta a seguinte legenda:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- De vez em quando; 4- Frequentemente; 5- Sempre.

Quadro 14 - Limitações e potencialidades da Rede no tratamento e controlo da Diabetes

Limitações e Potencialidades da Rede	Média	Mediana	Moda
Tomada de decisão a partir das necessidades da população.	4,44	5,00	5
Aprendizagem com outros serviços que prestam cuidados à mesma população.	4,50	5,00	5
Utilização da experiência de outros profissionais.	4,06	4,00	4
Inclusão de pais / familiares na prestação de cuidados.	4,69	5,00	5
Realização do trabalho de melhor forma quando feito em colaboração e coordenação com todos os membros da organização.	4,75	5,00	5
Prestação apoiada no projecto geral da organização para o tratamento e controlo da doença.	4,00	4,00	5
Uso de informações provenientes de estudos, livros, revistas ou outras fontes d informação.	4,44	5,00	5
Novas tecnologias como base do trabalho.	3,63	4,00	4
Prestação de cuidados com tarefas bem definidas.	4,06	4,50	5
Prestação de cuidados que obedece a rotinas.	3,33	3,00	3
Tentativa de inovação e criação de actividades não definidas pela organização.	3,56	4,00	4
Prestação com responsabilidade partilhada entre os vários elementos da rede.	4,44	5,00	5
Necessidade de assistir a programas de formação complementar.	3,88	4,00	4
Existe plano detalhado de actividades a desenvolver para a população no HDE.	2,94	3	4
Exposição da actividade profissional para a avaliação de outros elementos da rede e vice-versa.	3,25	4,00	4
Referenciação aos cuidados de saúde primários.	2,56	2,00	2

(Fonte: questionário).

Com base na análise do quadro anterior existem algumas questões que podem ser agrupadas consoante as várias dimensões a que se referem, tais como a própria organização, actividade profissional, formação, etc. .

Assim, do ponto de vista da organização em si, a maioria dos inquiridos referencia como frequentemente ou sempre, que a prestação de cuidados está apoiada no projecto da organização (mediana 4 e moda 5), considerando a maioria dos inquiridos que frequentemente existe um plano detalhado de actividades a desenvolver para a população (mediana 3, moda 4). Por sua vez, os inquiridos consideram que existem sempre tarefas bem definidas (mediana 4,5 e moda 5).

Abordando agora a prática profissional, os inquiridos consideram que tomam sempre decisões a partir das necessidades da população (mediana e moda de 5), bem como incluem os pais ou outros familiares na prestação de cuidados (mediana e moda de 5). Por sua vez, está patente a importância dada pelos inquiridos à aprendizagem com os outros serviços (mediana e moda de 5), bem como a importância da experiência de outros profissionais (mediana e moda de 4), considerando mesmo que a prestação de cuidados é melhor desenvolvida quando realizada em colaboração e coordenação entre todos os elementos (mediana e moda de 5). Consideram ainda que existe sempre uma prestação de cuidados baseada numa responsabilidade partilhada entre os elementos da rede (mediana e moda de 5).

Relativamente à presença de novas tecnologias no trabalho dos elementos da rede, os mesmos consideram que estas estão frequentemente presentes (mediana 4 e moda 4). Consideram ainda que, de vez em quando a sua prestação de cuidados obedece a rotinas (mediana 3 e moda 3), havendo assim frequentemente a necessidade de tentar inovar e criar actividades não definidas pela organização (mediana 4 e moda 4).

Do ponto de vista da formação profissional dos elementos da rede, estes consideram que utilizam sempre informações provenientes de estudos, livros, revistas ou outras fontes de informação (mediana 5 e moda 5); consideram ainda como frequente a necessidade de assistir a programas de formação complementar (mediana 4 e moda 4).

Em relação à avaliação das práticas, os elementos da rede consideram que frequentemente expõem a sua actividade profissional para a avaliação de outros elementos da rede e vice-versa (mediana 4 e moda 4).

Por fim, relativamente à referenciação das crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1 aos cuidados de saúde primários, os inquiridos consideram que o fazem poucas vezes (mediana 2 e moda 2).

Em suma, as principais potencialidades da rede no tratamento e controlo da Diabetes são: existência de plano e actividades definidas na organização; importância

dada à aprendizagem com outros serviços / profissionais e colaboração entre todos, com partilha de responsabilidades; existência de novas tecnologias; importância dada à formação como uma necessidade sempre presente; importância dada à prestação de cuidados baseada nas necessidades da população e inclusão dos pais e familiares nos cuidados. Por sua vez, as características identificadas como limitações na prestação de cuidados na organização são: alguma presença de rotinas na prestação de cuidados, com necessidade de inovação; pouca referenciação aos cuidados de saúde primários por parte da maioria dos elementos da rede.

3.5 RELATÓRIOS DE ROTINA / INFORMAÇÃO DE RETORNO

Este subcapítulo pretende reflectir sobre a opinião dos inquiridos relativamente à troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados, nomeadamente na frequência de troca, periodicidade, canais utilizados e ainda quais os recursos com que essa informação é partilhada.

Com efeito, o quadro seguinte reflecte as respostas apresentadas pelos inquiridos quando questionados acerca da **existência de troca de informação** no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados.

Quadro 15 - Existência de troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados

	Frequência	Percentagem
Nunca	0	0%
Raramente	3	17,6%
De vez em quando	6	35,3%
Muitas Vezes	7	41,2%
Sempre	0	0%

(Fonte: questionário).

O quadro acima demonstra que segundo a opinião dos inquiridos existe, com uma frequência elevada, a troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados por parte dos elementos da rede. Na análise estatística da questão (Apêndice IV), verifica-se que a moda nesta questão é de 4, isto é, a resposta com maior frequência absoluta está codificada com o número 4, ou seja, muitas vezes.

Contudo, embora a frequência de troca seja elevada, importa também analisar a **periodicidade** dessa troca. O quadro abaixo reflecte as respostas dos inquiridos a esta questão.

Quadro 16 - Periodicidade na troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados

Periodicidade de troca de informação	Frequência	Percentagem
Mensal	0	0%
Trimestral	0	0%
Semestral	0	0%
Anual	0	0%
Nunca	5	29,4%
Outros: “sempre que necessário”	11	64,7%

(Fonte: questionário).

Analisando o quadro, apesar dos inquiridos referenciarem na questão anterior que existe troca de informação frequente entre os elementos da rede para a avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados, a mesma não tem uma periodicidade definida, existindo ainda 5 inquiridos que referem que nunca existe troca de informação.

Por sua vez, 64,7% dos inquiridos referiram uma outra opção na periodicidade de partilha de informação, ou seja, todos referiram a troca é efectuada sempre que necessário. O mesmo se verifica na moda calculada nesta questão, isto é 6, o que demonstra que a resposta com maior frequência absoluta é a resposta a “outros”.

Seguidamente, com o objectivo de analisar a dimensão da existência de relatórios de rotina ou informação de retorno no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados, foram verificados quais os **recursos** com que a troca de informação é feita, bem como qual o canal utilizado.

Quadro 17 - Recurso com que existe troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados

Recurso com que existe partilha informação	Frequência	Percentagem
SUP	4	25%
Serviço de Internamento	15	93,8%
Consulta Externa	10	62,5%
Serviço de Dietética	10	62,5%
Serviço Social	8	50%
Centros de Referência em Diabetes	5	31,3%
Conselho de Administração	3	18,8%
DGS	0	0%
Outros:		
Infantários	2	12,5%
Escolas	3	18,8%
Centros de Saúde	1	6,3%

(Fonte: questionário).

Conforme se pode observar no quadro acima, embora não com uma periodicidade definida existem vários recursos com quem é partilhada informação para a avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados.

Com efeito, o recurso com que quase totalidade dos elementos partilha informação é o Serviço de Internamento, sendo que a Consulta Externa e o Serviço de Dietética também se assumem como recursos de referência. Por sua vez os recursos com quem a partilha é referida por menos inquiridos são o Conselho de Administração do HDE, Escolas, Infantários e Centros de Saúde.

Contudo, de referir que apesar de alguma variabilidade de respostas, existem vários recursos com quem é partilhada informação, o que poderá constituir uma potencialidade na promoção da qualidade dos cuidados prestados no HDE. Não só a partilha é feita com recursos da própria instituição, como também são referidos outros recursos externos ao hospital, denotando uma abertura dos elementos da rede na partilha de informação.

Por fim, os **canais** utilizados na troca de informação referidos pelos inquiridos estão patentes no quadro seguinte:

Quadro 18 - Canal de troca de informação no sentido da avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados

Canal de troca de informação	Frequência	Percentagem
Telefone	13	81,3%
Via e-mail	2	12,5%
Relatórios	8	50%
Oralmente em encontros informais	15	93,8%
Oralmente em reuniões de trabalho formais	8	50%
Apresentações em congressos/jornadas	5	31,3%
Outro: Contexto de Passagem de Turno	1	6,3%

(Fonte: questionário).

Como se pode verificar no quadro acima existe uma elevada frequência nas respostas dos inquiridos na quase totalidade dos canais descritos. Este facto demonstra não só a informalidade dos contactos está presente, como também o uso de canais mais formais e organizados e que requerem uma outra preparação e fundamentação.

Em suma, no que respeita à avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados, embora não exista uma periodicidade de troca definida na rede, a mesma está bem presente em todos os elementos. Não só é partilhada informação com os elementos do HDE como também esta é partilhada com recursos externos ao hospital. Também os canais de troca de informação revelam a existência de alguma formalidade na partilha de informação na rede prestadora de cuidados.

3.6 ANÁLISE DA REDE SOCIAL DE APOIO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO1 NO HDE

Neste subcapítulo e de forma a proceder à análise da rede prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 no HDE, através da metodologia da Análise de Redes Sociais, foi utilizado a aplicação informática UCINET (que trabalha directamente com NETDRAW), com o objectivo da construção da matriz, grafo e cálculo de medidas de análise.

Assim, após a análise da questão 7 do questionário (ver Apêndice II) foram construídas duas matrizes que melhor reflectem a articulação entre os elementos da rede no tratamento e controlo da doença (ver Apêndice IV). Com efeito, foi construída

uma matriz ponderada que melhor reflecte a intensidade das relações estabelecidas entre os elementos da rede no tratamento e controlo da doença, bem como uma matriz binária que reflecte a presença ou ausência de relações entre os elementos.

Quadro 19 - Matriz Ponderada da Rede Prestadora de Cuidados no HDE

	Urgência	Internamento	Consulta Externa	S. Dietética	S. Social	Psicologia
Urgência	0	2	2	1	1	1
Internamento	2	0	3	4	2	2
Consulta Externa	2	3	0	3	2	3
S. Dietética	2	3	3	0	3	3
S. Social	1	3	3	1	0	1
Psicologia	2	3	3	4	3	0

Legenda: “0” – ausência de relação; “1” – relação rara; “2” – relação esporádica; “3” – relação frequente; “4” – relação sempre presente.

(Fonte: questionário).

Quadro 20 - Matriz Binária da Rede Prestadora de Cuidados no HDE

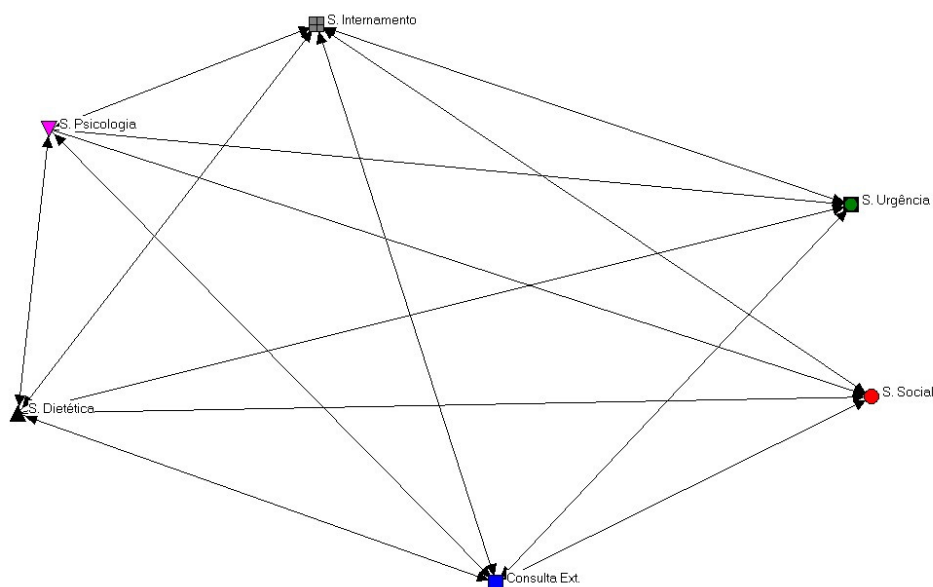
	Urgência	Internamento	Consulta Externa	S. Dietética	S. Social	Psicologia
Urgência	0	1	1	0	0	0
Internamento	1	0	1	1	1	1
Consulta Externa	1	1	0	1	1	1
S. Dietética	1	1	1	0	1	1
S. Social	0	1	1	0	0	0
Psicologia	1	1	1	1	1	0

Legenda: “0” – ausência de relação; “1” – presença de relação;

(Fonte: questionário).

Por sua vez, após a elaboração das matrizes foi representado o grafo correspondente da matriz binária, por ser aquela que nesta dissertação melhor representa as relações existentes na rede prestadora de cuidados.

Grafo 1: Grafo Orientado correspondente às relações dos actores na rede prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1, no HDE



(Fonte: questionário).

A **análise do grafo** acima permite-nos concluir, com base na quantidade de fluxos, que esta é uma matriz de intensidade moderada, revelando que dentro da rede são estabelecidas algumas relações entre os actores que a compõem.

Assim, nenhum actor é excluído da rede de relações, pelo que são emitidos fluxos para todos os actores. Contudo, pode-se observar ainda que nem todos os actores estabelecem relações com todos, como é o caso do Serviço de Urgência e do Serviço Social que não emitem fluxos entre si. Os restantes actores estabelecem relações uni ou bidireccionais entre si.

Com efeito, observa-se que a Consulta Externa emite e recebe fluxos de todos os actores, tal como o Serviço de Internamento. Existem ainda quatro actores que emitem fluxos para todos os elementos da rede, que são a Consulta Externa, o Serviço de Internamento, Serviço de Dietética e Serviço de Psicologia. Ao passo que, somente existem dois actores que recebem fluxos de todos os elementos da rede, que são eles a Consulta Externa e o Serviço de Internamento.

Por sua vez, os actores que emitem menos fluxos são o Serviço de Urgência e o Serviço Social. Os actores que recebem menos fluxos são o Serviço de Dietética e o Serviço de Psicologia.

Contudo, a análise do grafo apenas nos dá a visualização da rede não nos fornecendo qualquer outra informação. Assim, é necessário proceder ao cálculo de algumas medidas de forma a ter uma análise mais aprofundada e correcta da rede social em estudo (ver Apêndice V).

Na análise do **tamanho da rede**, ou seja, o número de nós que envolve cada actor na rede (Fialho, 2007), verifica-se que os actores com maior número de nós e por isso mesmo com uma maior dimensão são o Serviço de Internamento, Consulta Externa, Serviço de Dietética e Serviço de Psicologia (5 cada), sendo que de seguida temos o Serviço de Urgência e o Serviço Social (4 cada).

Quanto ao **número de laços** que cada actor estabelece, o serviço de Dietética e o Serviço Psicologia são aqueles que estabelecem um maior número de laços (16), seguidos do Serviço de Internamento e Consulta Externa (14) e posteriormente do Serviço de Urgência e Serviço Social (12).

Relativamente à **densidade** da rede, isto é “a proporção de laços efectivos entre os laços possíveis, uma medida do grau de inserção dos actores na rede” (Fialho, 2007, p.46), a mesma apresenta um valor de 0.80, com um desvio padrão de 0,40. Isto significa que, num conjunto de 100% de relações possíveis, existem 80% de relações nesta rede, com um grau de variação entre todas as relações da rede entre 0 e 1 moderado (0,40). Considera-se assim uma matriz de densidade elevada, sendo que numa possibilidade máxima de 30 (6x5) interacções na rede registam-se 24 fluxos de relacionamentos entre actores na rede, verificando-se assim que a maioria dos actores estão inseridos na rede.

O **grau de centralidade** (*Degree Centrality*) corresponde ao número de nós aos quais um actor estará ligado directamente, localizando o actor na rede (Fialho, 2007), dividindo-se em grau de entrada e de saída dependendo da direcção dos fluxos (Alejandro & Norman, 2005).

Assim, nesta rede os actores com maior grau de saída (*outdegree*) são o Serviço de Dietética, Serviço de Internamento, Consulta Externa e Serviço de Psicologia, o que significa que estes actores são os mais centrais na rede, sendo também os mais influentes visto que emitem fluxos com um maior número de actores. Este facto pode explicar-se por ser nestes locais que se localizam os profissionais com um maior número de contactos com a população com Diabetes, sendo que, por exemplo, na consulta de rotina a população tem sempre apoio de Pediatra, Enfermeiro (ambos da Consulta Externa) e Dietista em todas as consultas. São também estes os elementos da rede que

por terem uma maior centralidade de saída, apresentam uma maior abertura, sendo por isso aqueles que menos estrangulam a comunicação na rede devido a emitirem uma maior quantidade de fluxos de saída.

Em oposição, o Serviço Social e o Serviço de Urgência apresentam valores mais baixos de centralidade de saída, indicando que estes se apresentam como actores mais estranguladores da comunicação da rede, devido a emitirem menos fluxos. O mesmo pode explicar-se pela ausência de médicos com a especialidade de Endocrinologia nas equipas de urgência (ponto fraco já identificado anteriormente), bem como o distanciamento do serviço social dos restantes serviços e não exclusividade dos mesmos à problemática da Diabetes.

Por sua vez, os actores com maior grau de centralidade de entrada (*indegree*) são o Serviço de Internamento e a Consulta Externa, sendo estes dois considerados actores de prestígio, uma vez que são aqueles que recebem muitos fluxos, sendo os mais procurados pelos restantes elementos, indicando assim a sua importância. Este facto explica-se por serem estes serviços que recebem dos restantes elementos da rede os casos clínicos, ou seja, do Serviço Urgência para o Serviço de Internamento e posteriormente Consulta Externa, e da Consulta Externa para o Internamento. É também com estes elementos que os restantes actores como o Serviço Social, Dietética e Psicologia estabelecem comunicação no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Também o Serviço de Urgência e o Serviço Social, anteriormente considerados como tendo menor grau de saída, têm aqui um valor de centralidade de entrada comparativamente mais elevado, o que pode indicar uma atitude de meros receptores de informação, emitindo posteriormente poucos fluxos. Este facto pode explicar-se mais uma vez pela não exclusividade a esta problemática do Assistente Social, pela rotatividade dos profissionais no Serviço de Urgência e pela falta de pediatra com especialidade em Endocrinologia nas equipas de urgência, pontos fracos e limitações já identificados anteriormente.

Ainda decorrente da centralidade de grau dos actores, pode-se ainda avaliar o **índice de centralização**, isto é, “uma condição especial em que um actor exerce um papel claramente central ao estar ligado a todos os nós, os quais necessitam de passar pelo nó central para se ligarem aos outros” (Alejandro & Norman, 2005), sendo que esta medida refere-se à totalidade da rede (Fialho, 2007).

Assim, a centralização de saída da rede (24,0%) é igual ao de entrada (24,0%), o que significa que existe uma diferença ligeira entre os graus de centralidade dos actores, ou seja, não existe uma quantidade substancial de centralização na rede. Neste sentido,

o poder dos actores individuais tem uma variação menos significativa, não se centralizando na rede quer na emissão, quer na recepção de fluxos.

Seguidamente, de forma a perceber o papel que cada actor ocupa na rede ao nível da circulação da informação, é pertinente a avaliação do grau de **intermediação** (*Betweenness*) na rede, permitindo o mesmo identificar o nível de intervenção de cada actor em relação a outros actores na mesma rede (Fialho, 2007).

Com efeito, na rede prestadora de cuidados no HDE existem 2 actores sobre os quais passam um maior número de fluxos dos actores, sendo eles a Consulta Externa e o Serviço de Internamento. O mesmo já se tinha verificado na posição central que os actores assumiram anteriormente, quer com maior grau de centralidade de entrada quer de saída. Isto explica-se por serem estes os actores que mais frequentemente lidam com esta população e por um período mais prolongado do tempo, quer ao nível do ambulatório quer quando se encontram internados.

Os restantes actores têm um grau de intermediação de 0,0, o que significa que não têm qualquer papel de intermediação na rede, sendo uma espécie de actores passivos. O mesmo também se verificou anteriormente com os actores Serviço de Psicologia e Dietética com elevados graus de centralidade de saída mas baixos de entrada e os Serviços de Urgência e Serviço Social com valores de entrada e saída igualmente baixos.

Analisando a globalidade dos actores da rede verifica-se que, relativamente à intermediação, a rede apresenta uma baixa capacidade na circulação de informação, reforçando-se assim a opinião da dificuldade de interacção na rede, relatada anteriormente pelos inquiridos⁸.

Para além da análise da intermediação dos actores, é importante verificar a **proximidade** (*Closeness*), isto é, percebermos a capacidade que um actor tem para chegar aos outros actores. Segundo Fialho (2007) esta medida permite estabelecer a proximidade de um actor em relação aos outros inseridos na rede.

Na rede analisada, os actores com maior proximidade são mais uma vez o Serviço de Internamento e a Consulta Externa, seguida do Serviço de Urgência e o Serviço Social e por fim o Serviço de Dietética e Psicologia, sendo que todos os actores apresentam valores de proximidade elevados. O mesmo explica-se devido a ser uma rede, ainda que com algumas lacunas na articulação, com um grande número de laços estabelecidos bem como uma densidade elevada. Também a proximidade física entre os diversos actores na instituição, o factor de ser considerada uma equipa coesa e com

⁸ Foi também realizado um *output* referente aos buracos estruturais da rede (ver Apêndice VI) que confirmam esta tendência de baixa capacidade de circulação de informação, uma vez que os valores apresentados neste cálculo demonstram que existe uma baixa eficiência na capacidade de intermediação e uma baixa percentagem de relações da rede do ego.

boas relações profissionais (pontos fortes da rede identificados anteriormente) pode ser uma explicação para os valores encontrados.

Ainda na análise das medidas de centralidade, o **índice de poder** de cada actor dá-nos um importante contributo na análise da rede pois um actor pode ser muito central mas não exercer qualquer poder sobre os restantes. Com efeito, nesta rede os actores com um índice de poder mais elevado (5) são o Serviço de Internamento, Consulta Externa, Serviço de Dietética e Serviço de Psicologia, o que comparativamente com os valores de centralidade de grau de saída se sobrepõem. Este facto pode explicar-se por ser nestes locais que se localizam os profissionais com um maior número de contactos com a população com Diabetes e que fazem o seguimento da doença na mais diversas áreas do tratamento.

Por sua vez, o Serviço de Urgência e o Serviço de Social têm um poder residual na rede, que embora com uma centralidade de grau de entrada mais elevada e uma centralidade de saída mais baixa, são actores mais passivos na comunicação da rede, não assumindo assim uma característica de poder na rede. Isto explica-se por exemplo pela não existência de médicos nas equipas de Urgência com especialidade em Endocrinologia, a rotatividade dos profissionais nestes serviços, e no caso do Serviço Social a não exclusividade a esta temática.

Seguidamente foram identificados dois **sub-grupos** da rede:

1: S. Internamento; Consulta Externa; S. Dietética; S. Social; S. Psicologia.

2: S. Urgência; S. Internamento; Consulta Externa; S. Dietética; S. Psicologia.

De observar que o Serviço de Internamento, Consulta Externa, Serviço de Dietética e Serviço de Psicologia partilham os dois cliques o que vai de encontro ao facto de estes serem os actores mais centrais e com maior índice de poder.

4. CONCLUSÕES

A Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crónica que, habitualmente diagnosticada na infância ou adolescência, acarreta uma enorme responsabilidade para o Sistema Nacional de Saúde em geral e para as Instituições de Saúde que os apoiam em particular. Com efeito, somente com o apoio de uma equipa multidisciplinar devidamente treinada e formada em Diabetes, é que se conseguirá uma adequada gestão da doença, com consequentes melhorias dos cuidados prestados, qualidade de vida das pessoas com Diabetes e, em última análise, redução dos custos com a doença por parte do Sistema Nacional de Saúde e da sociedade em geral.

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

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

A Análise de Redes Sociais torna-se uma metodologia inovadora e pertinente nesta temática, na medida em que tem a capacidade de expressar a estrutura das relações, das dinâmicas e dos constrangimentos existentes na articulação entre os diversos profissionais que cuidam desta população.

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

Esta dissertação, centrando-se apenas nas dinâmicas e relações a nível intra-organizacional, pretende dar uma visão da articulação entre a equipa multi-profissional que presta cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, bem como das suas principais limitações e potencialidades

Indo de encontro aos objectivos propostos para esta dissertação, identificou-se a rede prestadora de cuidados às crianças/adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1, no Hospital Dona Estefânia. Esta é composta pelo Serviço de Urgência, Serviço de Internamento, Consulta Externa de Endocrinologia, Serviço de Dietética, Serviço Social e Serviço de Psicologia, verificando-se assim a existência de uma equipa multi-profissional no seguimento desta população.

Com efeito, na Análise da Rede Social, obteve-se uma matriz de relações, bem como um grafo orientado das mesmas, onde se regista que nenhum actor é excluído da rede de relações. A matriz analisada traduz-se numa rede com uma densidade elevada, isto é, num conjunto de 100% de relações possíveis, existem 80% de relações nesta rede.

Apesar de não existir uma quantidade substancial de centralização na rede, existem quatro actores que se destacam nas relações estabelecidas, principalmente em termos de grau de centralidade (nomeadamente na emissão de fluxos) e índice de poder, sendo estes, o Serviço de Internamento, Consulta Externa, Serviço de Dietética e Serviço de Psicologia. Estes são actores que facilitam o processo de articulação entre os elementos da rede.

Destes quatro actores destacam-se ainda dois (Serviço de Internamento, Consulta Externa) como sendo considerados de prestígio, uma vez que têm um maior grau de centralidade de saída (recepção de fluxos), reforçando assim o seu papel na articulação na rede. Por sua vez, existem ainda actores que se apresentam como mais estranguladores da comunicação na rede pois, apesar de receberem muitos fluxos, emitem poucos, sendo estes actores o Serviço de Urgência e o Serviço Social.

Verificou-se ainda que o Serviço de Internamento e a Consulta Externa são os elementos da rede sobre os quais passam um maior número de fluxos, bem como são aqueles que têm uma maior capacidade de chegar aos restantes actores. De referir ainda que os restantes actores, apesar de apresentarem valores de proximidade mais elevados, apresentam valores baixos de intermediação, reflectindo assim alguns défices na articulação na rede, uma vez que existe uma dificuldade na passagem de fluxos pelos mesmos. Por fim, foram ainda identificados a existência de dois sub-grupos na rede.

Apesar dos aspectos referidos anteriormente, a rede analisada é uma rede onde estão presentes inúmeros laços entre os actores, verificando-se que a mesma se encontra ainda muito centrada em si, havendo relações entre quase todos os actores. Contudo, apesar de presentes e consideradas como globalmente boas e satisfatórias pelos inquiridos, foi verificado pelos mesmos que as relações / articulação existentes apresentam alguns défices e lacunas.

Tal como foi realçado no enquadramento teórico-conceitual, uma adequada articulação dos elementos da rede prestadora de cuidados é fundamental na qualidade dos cuidados prestados e na gestão da doença crónica, com consequentes prejuízos para a população em causa quando não existente ou deficitária. Assim, indo de encontro aos objectivos definidos para a dissertação foram verificadas quais as limitações potencialidades da rede, no sentido de uma avaliação das dinâmicas e relações existentes na instituição em causa.

Do ponto de vista da própria rede prestadora de cuidados, os vários elementos consideram que na mesma, apesar de apresentar uma equipa coesa e com boas relações entre todos, facilitada pela proximidade dos locais onde cada elemento de encontra, existe um isolamento de cada elemento da rede nomeadamente na partilha de conhecimentos e das práticas de cuidados de cada um. Consideram ainda que, apesar da existência de um ou outro protocolo de articulação entre elementos, os mesmos ainda são escassos e não se reflectem na totalidade da rede. Também a existência de diferentes tecnologias de informação de apoio dificultam a transmissão de informação entre os elementos da rede. São ainda referidas como potencialidades o facto de ser uma rede criativa e dinâmica, motivada para a temática em causa e para a implementação de cuidados de elevada qualidade, que baseia as suas práticas em *guidelines* internacionais.

Referindo-se à formação profissional dos vários elementos da rede, concluiu-se que a mesma está presente na instituição. Contudo, verifica-se que esta está muito centrada em cada elemento / serviço, não sendo por isso abrangente a toda a rede. Este facto pode também condicionar a articulação na rede, bem como a uniformidade dos procedimentos, ambos os aspectos essenciais para uma adequada qualidade dos cuidados.

Com efeito, verificou-se que os elementos da rede assumem um papel activo na formação, quer como formandos ou formadores, fundamentalmente através da sua própria iniciativa na participação em momentos formativos. A formação em serviço apresenta-se ainda como um recurso primordial para os elementos da rede, bem como a partilha informal de informação entre os diversos elementos.

Conclui-se ainda que o próprio HDE constitui-se como entidade formadora dos elementos da rede, não só através da realização de cursos internos como também por possuir como elementos formadores os próprios profissionais da instituição.

De referir por fim que, em termos de formação profissional, foi verificado ainda que não existe uma parceria entre os elementos da rede na partilha de conhecimentos e experiências de cada um, condicionando assim a articulação da rede e uma adequada prestação de cuidados. Assim, cada elemento acaba por não ter percepção dos

conhecimentos e das práticas dos outros elementos, não se conseguindo assim uma uniformização de linguagem, essencial para a educação terapêutica das crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. Relativamente às parcerias com outras instituições para obtenção de formação, não se observa um forte recurso formal a outras entidades.

Seguidamente, no que concerne às dinâmicas da rede no tratamento e controlo da doença, as formas de articulação mais comuns com os elementos da rede são o uso do telefone e a informalidade dos contactos. Contudo, estão também presentes, embora com um menor peso que as anteriores, outras formas de contacto entre os elementos da rede mais formalizadas. Neste sentido, é de realçar ainda que a existência da informalidade nos contactos tem como principais vantagens o facto de estes serem desbloqueadores e facilitadores da comunicação na rede, uma vez que existe uma maior facilidade de comunicação, desenvolvimento de confiança mútua, maior capacidade de resposta a problemas imprevistos, facilitando assim a dinâmica da organização com consequentes ganhos de confiança.

Por sua vez, as principais potencialidades da rede no tratamento e controlo da Diabetes são: existência de plano e actividades definidas na organização; importância dada à aprendizagem com outros serviços / profissionais e colaboração entre todos, com partilha de responsabilidades; existência de novas tecnologias; importância dada à formação como uma necessidade sempre presente; importância dada à prestação de cuidados baseada nas necessidades da população e inclusão dos pais e familiares nos cuidados. Em oposição, as características da rede identificadas como limitações na prestação de cuidados na organização são: alguma presença de rotinas na prestação de cuidados, com necessidade de inovação; pouca referenciação aos cuidados de saúde primários por parte da maioria dos elementos da rede.

Mais uma vez aqui se demonstra a importância dada a uma boa articulação entre os elementos da rede, nomeadamente à partilha de experiências / conhecimentos de cada um, que permitem um cuidado centrado nas necessidades de cada criança / adolescente / família, assumindo este último um papel central no tratamento e controlo da doença.

Por fim, relativamente à avaliação dos resultados e promoção da qualidade dos cuidados, através da existência de relatórios de rotina / informação de retorno entre os elementos da rede, verificou-se que, embora não exista uma periodicidade estabelecida de troca de informação na rede, a mesma é referida como presente por todos os elementos. Não só é partilhada informação com os vários actores da instituição, como também a mesma é partilhada com recursos externos ao hospital. Também os canais de

troca de informação revelam a existência de alguma formalidade na partilha de informação na rede prestadora de cuidados.

Com efeito, a articulação com vista à avaliação da qualidade da prestação de cuidados é também mais um aspecto fundamental num adequado processo de gestão de doença crónica, revelando assim que no HDE, embora não com uma periodicidade estabelecida, a mesma está presente e é feita pelos vários elementos da rede.

Esta dissertação ressalta assim aspectos importantes da prestação de cuidados à população com Diabetes, nomeadamente a importância da articulação na rede, formação profissional e avaliação dos resultados e qualidade dos cuidados. Verificando-se a existência de uma rede com uma densidade de fluxos entre os actores elevada, a mesma só será eficiente se essa articulação for centrada nas necessidades de cada utente, com uniformidade de procedimentos entre todos e discussão partilhada da melhor forma de controlo da doença.

Cada actor da rede não pode viver a sua realidade isoladamente e há que aproveitar a já existência de laços para os maximizar nos componentes essenciais de uma adequada gestão da doença, maximizando e melhorando também a qualidade dos cuidados prestados.

É de reflectir que não basta que cada serviço tenha os seus conhecimentos e práticas o mais adequadas possíveis à Diabetes. É pois necessária uma adequada articulação entre todos e principalmente o envolvimento da criança / adolescente e família em todo o processo, com prejuízo de todos os esforços serem nulos ou quase nulos, caso isto não aconteça.

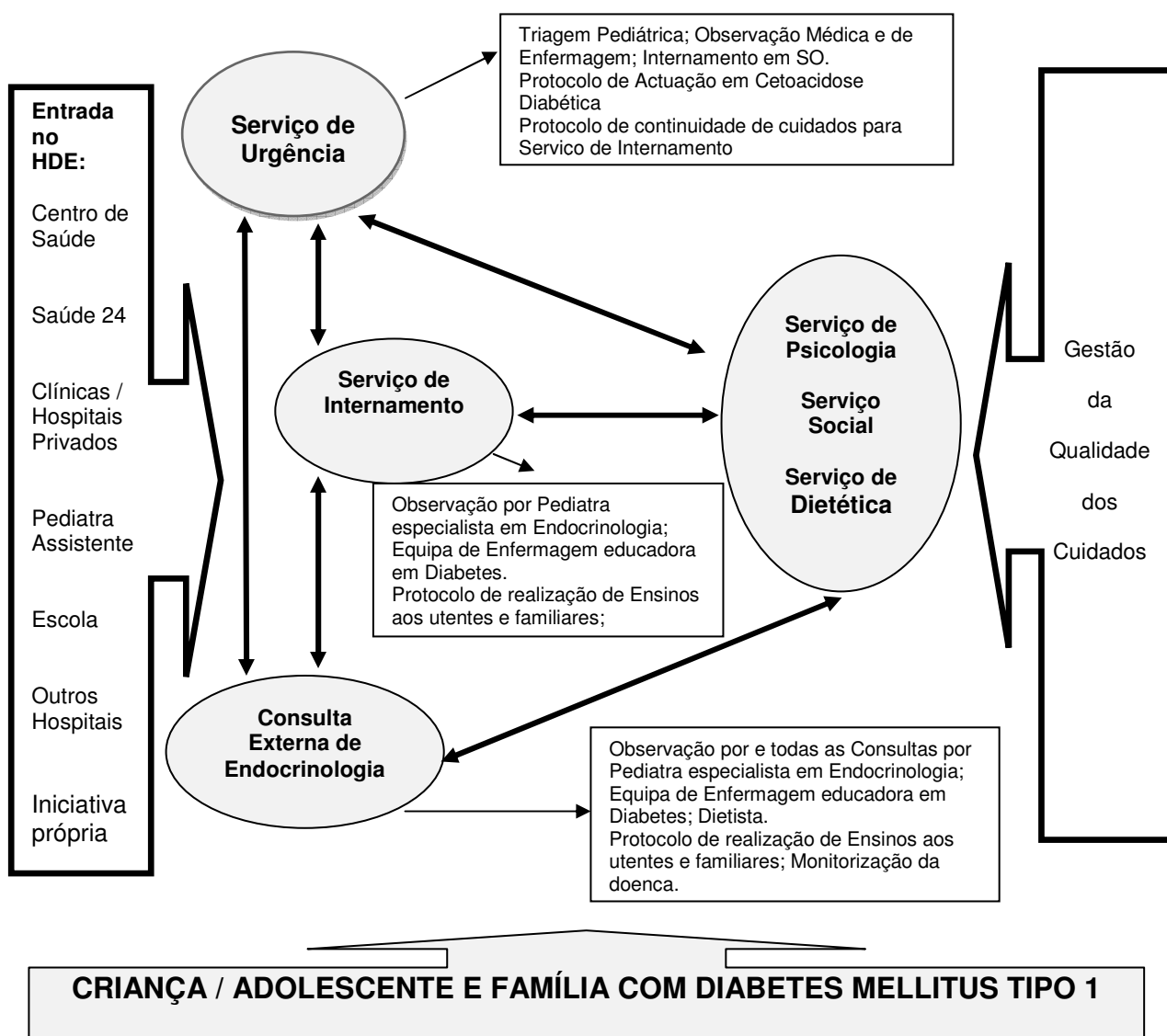
Somente com uma adequada prestação de cuidados a esta população, por todos negociada, se conseguirá uma integração da doença crónica na vida da criança / adolescente e sua família, com ganhos na qualidade de vida desta população.

Após expor as principais conclusões do estudo, importa ainda referenciar algumas limitações do mesmo. Assim, considero que uma das limitações apresentadas foi a não participação de alguns elementos, ou por ausência do hospital ou por não resposta ao questionário, o que poderia ter sido mais uma mais-valia para o estudo. Também poderá constituir uma limitação nos resultados obtidos, o facto de somente se ter em conta a dinâmica intra-organizacional e não englobar os serviços da comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde primários, facto este que se deve à extensa área de abrangência do hospital, bem como às áreas de residência dos utentes se espalharem por todo o país.

Por fim, para uma melhor interpretação dos resultados e das principais conclusões do estudo foi elaborado um quadro e um esquema ilustrativos das dinâmicas

estabelecidas entre os vários elementos da rede e que sintetiza toda a intervenção dos actores na procura da melhoria da qualidade da prestação de cuidados nesta população, com o objectivo principal de uma adequada gestão da doença crónica.

Rede Prestadora de Cuidados às Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo1 no HDE:



Deste modo sugere-se a criação de um circuito para o tratamento e controlo da doença na criança / adolescente com Diabetes Mellitus tipo1 no HDE, com o objectivo *major* de uma melhor e mais eficiente articulação entre os vários elementos da rede prestadora de cuidados, bem como um conjunto de actividades a serem desenvolvidas (ver Apêndice VI).

Seguidamente neste trabalho é edificada nas recomendações a estrutura de um Plano de Intervenção nas várias áreas de maior fragilidade detectadas na rede, e que pretende ser uma ferramenta útil à introdução de melhorias da qualidade dos cuidados prestados, no HDE.

Recomendações:

Um Plano de Intervenção Sócio-organizacional deverá ser um projecto que, com base numa avaliação das práticas existentes, propõe um conjunto de estratégias e acções a desenvolver no sentido da melhoria destas práticas. Assim, “na prossecução da «melhoria contínua da qualidade» dos cuidados torna-se necessário efectuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e garantia da sua solução” (Sousa, 2010, p.19).

Após a apresentação dos resultados desta dissertação e respectivas conclusões, torna-se assim pertinente recomendar um Plano de Intervenção Sócio-organizacional para o HDE, no sentido de uma melhor gestão da qualidade dos cuidados prestados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1.

Com efeito, os resultados desta dissertação demonstram assim que existe um elevado peso na informalidade dos contactos quer a nível da formação profissional, como no tratamento e controlo da doença e na avaliação dos resultados. Contudo, apesar de esta informalidade ser também ela uma óptima forma de transmissão de informação e conhecimentos, no sentido de uma optimização da qualidade dos cuidados, é pois necessário que estes mesmos contactos sejam normalizados e com uma periodicidade e forma de transmissão definidas.

É de relevar que, somente com o estabelecimento de uma articulação bem delimitada e com canais bem definidos que se poderá garantir a continuidade dos cuidados, uniformização dos mesmos e adequada transmissão de informação relativamente ao tratamento e controlo da doença, tão essenciais para a gestão da doença nesta população. Só assim será também possível a realização de auditorias de forma a detectar as não conformidades no processo e propor as necessárias melhorias, garantido assim uma adequada gestão da qualidade.

Assim, este Plano de Intervenção visará quatro áreas de intervenção:

- ◆ Melhoria dos processos de articulação dos actores da rede;
- ◆ Melhoria da gestão da doença com optimização da comunicação entre elementos da equipa multi-profissional e estabelecimento de protocolos de actuação;
- ◆ Inclusão dos utentes / familiares na rede;

- ♦ Uniformização da formação profissional e melhoria na partilha de experiências profissionais de cada actor;

1 – Plano de Intervenção Sócio-organizacional:

DIAGNÓSTICO			
Existência de lacunas na articulação entre os vários actores da rede social prestadora de cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 no HDE.			
Análise Externa			
Oportunidades		Ameaças	
Existência de <i>guidelines</i> internacionais que preconizam formas de articulação;		Aumento do número de casos de Diabetes inaugural em cada ano, comparativamente com o anterior;	
Análise Interna			
Pontos Fortes		Pontos Fracos	
Profissionais motivados para a temática; Proximidade dos locais onde se encontram os diferentes actores; Boas relações profissionais entre todos; Rede dinâmica e criativa.		Não exclusividade de profissionais à temática da Diabetes; Rotatividade dos profissionais; Falhas na comunicação entre os vários actores; Diferentes tecnologias de informação de apoio nos vários locais onde se prestam cuidados; Baixa capacidade de intermediação na rede;	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- Promover a articulação entre os vários elementos da rede prestadora de cuidados; - Melhorar o conhecimento dos actores do papel de cada um na rede; - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados; - Avaliar a qualidade da articulação entre a rede com a implementação do protocolo de articulação;	2010 - 2011	Implementação de Grupo de trabalho para realização de protocolo de articulação;	HDE;
Estratégias			
Criação de um grupo de trabalho multidisciplinar para elaboração de protocolo de articulação.			
Plano de Acção			
- Criação de Grupo de trabalho multidisciplinar; - Elaborar protocolo de articulação entre os vários actores da rede;			
Fases de Acção		Prazos	
Etapas na elaboração do protocolo a definir.		Elaboração e entrega do protocolo de articulação após aprovação do Conselho de Administração do HDE.	
Recursos Necessários			
Humanos	Físicos	Financeiros	
Profissionais de referência na temática de cada serviço que presta cuidados a esta população.	Sala de Reuniões com material de apoio para a elaboração de protocolo.	A definir e actualizar.	
Indicadores de Desempenho			
Elaboração de <i>check-list</i> de auditoria à articulação; Resultados das auditorias.			

DIAGNÓSTICO			
Lacunas na comunicação / discussão entre todos os elementos da rede na gestão da doença, com ausência de protocolos de actuação, que englobem todos os elementos da rede prestadora de cuidados.			
Análise Externa			
Oportunidades		Ameaças	
Na instituição existem algumas normas de actuação para cada serviço de apoio; Existência de <i>guidelines</i> internacionais que estabelecem o papel de cada elemento na rede;		Aumento do número de casos de Diabetes inaugural em cada ano, comparativamente com o anterior.	
Análise Interna			
Pontos Fortes		Pontos Fracos	
Existência de equipa multidisciplinar; Profissionais motivados para a temática; Proximidade dos locais onde se encontram os diferentes actores; Boas relações profissionais entre todos; Práticas baseadas em <i>guidelines</i> internacionais.		Isolamento de cada serviço / elemento da rede na partilha da realidade de cada um; Protocolos existentes adaptados a realidade de cada serviço e diferentes entre si; Falta de recursos humanos;	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- Melhorar o conhecimento dos actores do papel de cada um na rede; - Uniformização de cuidados prestados a esta população; - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados; - Avaliação da qualidade dos cuidados prestados e implementação de necessárias melhorias com base nessa avaliação; - Melhoria da relação entre os elementos da rede.	2010 – 2011	-Implementação de reuniões de equipa multidisciplinar; -Implementação de grupo de trabalho para elaboração de protocolos de actuação;	HDE.
Estratégias			
- Estabelecimento de reuniões de equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos; - Avaliação da qualidade dos cuidados prestados; - Elaboração de protocolos de actuação que englobem as práticas de cuidados, abrangentes a todos os serviços / elementos da rede prestadora de cuidados;			
Plano de Acção (1)			
- Estabelecimento de reuniões de equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos; - Avaliação da qualidade dos cuidados prestados;			
Fases de Acção		Prazos	
Estabelecimento de plano de reuniões multidisciplinares.		Elaboração do plano de realização de reuniões após aprovação do Conselho de Administração.	
Recursos Necessários			
Humanos	Físicos	Financeiros	
Todos os profissionais pertencentes à rede prestadora de cuidados.	Sala de Reuniões; Equipamentos audiovisuais.	A definir e actualizar.	
Indicadores de Desempenho			
Número de reuniões anuais realizadas; Relatórios das reuniões; Relatórios de avaliação dos resultados; Auditorias às práticas clínicas e respectivos resultados.			
Plano de Acção (2)			
- Elaboração de protocolos de actuação que englobem as práticas de cuidados			

abrangentes a todos os serviços / elementos da rede prestadora de cuidados;		
Fases de Acção		Prazos
Etapas na elaboração do protocolo a definir.		Elaboração e entrega do protocolo de práticas de cuidados após aprovação do Conselho de Administração do HDE.
Recursos Necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Profissionais de referência na temática de cada serviço que presta cuidados a esta população.	Sala de Reuniões; Equipamentos audiovisuais.	A definir e actualizar.
Indicadores de Desempenho		
Elaboração de <i>check-list</i> de auditoria às práticas profissionais; Resultados das auditorias.		

DIAGNÓSTICO			
Lacunas na inclusão das crianças / adolescentes e seus familiares na rede prestadora de cuidados no HDE.			
Análise Externa			
Oportunidades		Ameaças	
Existência de <i>guidelines</i> internacionais que favorecem a inclusão dos utentes e familiares;		Aumento do número de casos de Diabetes inaugural em cada ano, comparativamente com o anterior.	
Análise Interna			
Pontos Fortes		Pontos Fracos	
Existência de uma equipa multidisciplinar nos cuidados prestados; Percepção dos elementos da rede da necessidade de inclusão dos utentes e familiares na gestão da doença; Motivação Profissional para a temática; Cuidados baseados em <i>guidelines</i> internacionais.		Falta de tempo dos elementos da equipa multidisciplinar; rotatividade dos profissionais que prestam cuidados a esta população.	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- Inclusão das crianças e adolescentes nas reuniões de equipa multidisciplinar; - Aumento da adesão ao tratamento, com consequentes melhorias na evolução da doença e diminuição dos custos; - Aumento da satisfação dos utentes; - Melhoria dos cuidados prestados; - Melhorias na gestão da doença;	2010 – 2011	Implementação de reuniões de equipa multidisciplinar, incluindo utentes e familiares;	HDE.
Estratégias			
- Inclusão na equipa multidisciplinar das crianças / adolescentes e familiares;			
Plano de Acção			
- Estabelecimento de reuniões de equipa multidisciplinar com inclusão dos utentes / familiares.			
Fases de Acção		Prazos	
Estabelecimento de plano de reuniões multidisciplinares.		Elaboração do plano de realização de reuniões após aprovação do Conselho de Administração.	
Recursos Necessários			
Humanos	Físicos	Financeiros	
Crianças / adolescentes e familiares com Diabetes e restantes profissionais que prestam cuidados a estes utentes.	Sala de Reuniões	A definir e actualizar.	
Indicadores de Desempenho			
Elaboração de <i>check-list</i> para avaliar a inclusão dos utentes / familiares em reuniões de equipa e respectivos resultados; Elaboração de <i>check-list</i> com avaliação da satisfação dos utentes / familiares e respectivos resultados.			

DIAGNÓSTICO			
Não uniformidade na formação profissional dos elementos da rede prestadora de cuidados.			
Análise Externa			
Oportunidades		Ameaças	
Existência de várias entidades especializadas a fazer formação na área da Diabetes; Na instituição realizam-se cursos de formação na área da Diabetes para enfermeiros		Aumento do número de casos de Diabetes inaugural em cada ano, comparativamente com o anterior.	
Análise Interna			
Pontos Fortes		Pontos Fracos	
Existência de várias formas / recursos de formação profissional em todos os actores da rede; Grande peso da formação em serviço na formação profissional; Motivação para o estabelecimento de parcerias na área da formação.		Frac articulação da rede na obtenção de formação; Cada serviço / elemento da rede vive isolado na sua realidade sem partilha de experiências; Formação individualizada em cada serviço; Baixa capacidade de intermediação na rede.	
Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
- Promover a formação profissional de cada actor; - Promover a uniformização dos cuidados prestados; - Promover a partilha de experiências / práticas de cuidados entre elementos da rede; - Melhorar a qualidade dos cuidados prestados; - Promover o recurso a parcerias entre entidades externas para obtenção de formação; - Promover o conhecimento de outras realidades fora da instituição com contributos para a melhoria da gestão da qualidade dos cuidados;	2010 - 2011	Implementação de Grupo de trabalho responsável pela formação profissional na área da Diabetes	HDE e entidades externas.
Estratégias			
- Criação de um grupo de trabalho responsável pela formação profissional na área. - Realização plano de formação anual que englobe todos os elementos da rede; - Estabelecimento de parcerias com entidades com conhecimentos na área da Diabetes.			
Plano de Acção (1)			
- Criação de um grupo de trabalho responsável para a formação; - Realização plano de formação anual que englobe todos os elementos da rede.			
Fases de Acção		Prazos	
Etapas na elaboração de plano de formação a definir pelo grupo de trabalho.		Elaboração e entrega do protocolo de articulação após aprovação do Conselho de Administração do HDE.	
Recursos Necessários			
Humanos	Físicos	Financeiros	
Profissionais com competências na área da formação profissional	Sala de Reuniões; Sala de Formação; Equipamentos audiovisuais.	A definir e actualizar.	
Indicadores de Desempenho			
Plano anual de formação profissional; Número de formações realizadas; Avaliação das formações realizadas; Relatório anual da actividade do grupo de trabalho; Elaboração de <i>check-list</i> de auditoria à formação profissional; Resultados da auditoria.			
Plano de Acção (2)			
Estabelecimento de parcerias com entidades com conhecimentos na área da Diabetes.			
Fases da Acção		Prazos	

Etapas no estabelecimento de parcerias a definir pelo grupo de trabalho.		Elaboração e entrega do protocolo de articulação com outras entidades após aprovação do Conselho de Administração do HDE.
Recursos Necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Profissionais com competências na área da formação.	Sala de Reuniões;	A definir e actualizar.
Indicadores de Desempenho		
Número de parcerias estabelecidas; Avaliação da qualidade das parcerias; Relatório anual das actividades do grupo de trabalho.		

2 - Grelha de Avaliação do Plano de Intervenção:

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

3- Projecto de Auditoria ao Plano de Intervenção:

Procedimento a auditar	Pano de Intervenção
Departamentos implicados	Hospital Dona Estefânia; Serviço de Urgência, Serviço de Internamento; Consulta Externa de Endocrinologia; Serviço de Dietética; Serviço Social; Serviço de Psicologia.
Data	A agendar.
Auditor	Externo (técnico especializado na área da qualidade em saúde).
Causas da auditoria	Implementação de um novo plano de intervenção na área dos cuidados às crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1, ao nível dos elementos que compõem a rede prestadora de cuidados.
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:	- Verificar clareza do objectivo; - Verificar se estão definidas as responsabilidades e deveres de todos os implicados na implementação do plano; - Verificar se é realista e adequado à problemática; - Verificar a lista de registos de tarefas efectuadas; - Verificar se foi feita a distribuição a todos os implicados na implementação do plano e - Verificar se as entidades têm presente o plano de intervenção; - Verificar se estão a implementá-lo; - Verificar se as actividades / tarefas descritas são as que estão a ser elaboradas e executadas; - Verificar 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 de acção correctiva

5. BIBLIOGRAFIA

- ♦ Aguirre, Mariela (Dezembro, 2007). *Passado, prestigio y relaciones familiares. Elite e historiadores en Santa Fe, Argentina. REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 13(3). Recuperado em 30 Agosto, 2009, de <http://revista-redes.rediris.es>.
- ♦ Alejandro, Velázquez A. O. & Norman, Aguilar G. (2006). *Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais*. Tradução e Adaptação de Aires, Maria Luísa L., Laranjeiro, Joanne B. & Silva, Sílvia C. A. (Trabalho Original publicado em 2005).
- ♦ APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2009a) *O que é a Diabetes?* Recuperado em 19 Novembro, 2009, de <http://www.apdp.pt/diabetes.asp>.
- ♦ APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2009b) *Tratamento da Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino-dependente)*. Recuperado em 19 Novembro, 2009, de <http://www.apdp.pt/tratamento.asp>.
- ♦ APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2005). *Como usar a Insulina*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- ♦ APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2004). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- ♦ Atkinson, Patricia & Craig, Amanda (2002). *Clinical Governance Structure Within Brent PCT*. Recuperado em 4 de Junho, 2010, de www.brentpct.org/doxpixandgragix/clinicalgovernancestructure.doc.
- ♦ Bardin, Laurence (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- ♦ Biscaia, José L. (2000). *Qualidade em Saúde Uma Perspectiva Conceptual*. *Revista Qualidade em Saúde*, 1(0), 6-10.
- ♦ Boletim HCL's (1996). *Nascimento do Hospital Dona Estefânia*. 0. Recuperado em 13 de Junho, 2010, de http://www.hdestefania.min-saude.pt/hde_frames_pr.htm.
- ♦ Borgatti, Steve (2003). *Conceptos Básicos de Redes Sociales*. Recuperado em Abril 15, 2010, de <http://www.analytictech.com/networks/introduccion2.pdf>.
- ♦ Borgatti, S., Mehra, A., Brass, D. & Labianca, G. (2009) *Network Analysis in the Social Sciences*. 323. Recuperado a 30 de Dezembro, 2009, de www.sciencemag.org.
- ♦ Borgatti, Stephen & Molina, José-Luis (2005). *Toward ethical guidelines for network research in organizations*. *Social Networks*, 27. Recuperado em 31 de Dezembro, 2009 de <http://www.steveborgatti.com/papers/ethics2005.pdf>.

- ♦ Burt, Ronald S. (2000). Strutural Holes versus Network Closure as Social Capital. In Lin, N., Cook, K. S. & Burt, R.S. (2001) *Social Capital: Theory and Research*. Aldine de Gruyter.
- ♦ Carmo, Hermano & Ferreira, Manuela M. (2008). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- ♦ CHCL, EPE, (s.d.). Missão, Visão e Valores. Recuperado em 13 de Junho, 2010, de http://www.chlc.min-saude.pt/Centro_Hosp/MissaoValores/?sm=1_0.
- ♦ Cordeiro, Joselma (Junho, 2007). Redes sociais e saúde. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 12(10). Recuperado em 30 Agosto, 2009, de <http://revista-redes.rediris.es>.
- ♦ Costa, Raquel (2010). *Dinâmicas das Relações da Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada na Cidade do Barreiro*. Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde – Especialização em Qualidade e Tecnologias de Saúde. Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.
- ♦ Currie, L., Morrell, C. & Scrivener, R. (2003). *Clinical Governance: an RCN resource guide*. London: Royal College of Nursing. Recuperado em 4 de Junho, 2010 de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/78581/002036.pdf.
- ♦ DGS - Direcção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Recuperado em 9 Fevereiro, 2009, de www.dgs.pt
- ♦ DMAA – Disease Management Association of America (2009). *DMAA Definition of Disease Management*. Recuperado em Fevereiro 9, 2009 de http://www.dmaa.org/dm_definition.asp.
- ♦ Eller, M., Holle, R., Landgraf, R. & Mielck, A. (2008). Social network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients – results from a longitudinal population-based study. *International Journal of Public Health*, 53, pp.188-194.
- ♦ Feldman, L., Gatto, M. & Cunha, I. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-219.
- ♦ Fialho, Joaquim (2007). *Redes de Cooperação Interorganizacional: O caso das entidades formadoras do Alentejo Central*. Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia. Universidade de Évora.
- ♦ Fialho, Joaquim (2007b). Análise de Redes Sociais – Algumas pistas para aplicação à saúde. *Economia e Sociologia*, 83, pp.183-203.

- ♦ Fialho, J., Silva, C. A. da & Saragoça, J. M. L. (2010). Diagnóstico de Processos de Qualidade nos Serviços de Saúde: A Perspectiva da Análise de Redes Sociais. Universidade de Évora (working paper no prelo).
- ♦ Fortuna, Mafalda (2010). *Diagnóstico e análise da rede social: o caso da prestação de cuidados continuados a crianças com doença crónica*. Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde – Especialização em Qualidade e Tecnologias de Saúde. Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.
- ♦ Guerra, Isabel C. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- ♦ Guerra, J. (2006a). Gestão da Doença e a Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 4, pp. 21-23.
- ♦ Guerra, João (2006b). Conceito de Gestão da Doença – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado em 27 de Janeiro, 2009 de http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Prestacao/GestaoDaDoenca/Estado-da+arte/EA_GestaoDoenca.htm.
- ♦ Hanas, Ragnar (2007). *Diabetes Tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa-Porto: Lidel – Edições Técnicas.
- ♦ Hanas, R., Donaghue, K. C., Klingensmith, G. & Swift, P. (2009). Introduction. *Pediatric Diabetes*. 10 (Suppl. 12), 1-2. Recuperado em 20 Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.
- ♦ Hanneman, Robert A. (2001). *Introducción a los Métodos del Análisis de Redes Sociales*. Recuperado em 31 Março, 2010 de <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/>.
- ♦ IDF – International Diabetes Federation (2008). *The Policy Puzzle: Is Europe Making Progress*. Recuperado em 26 Março, 2010 de <http://www.idf.org/webdata/docs/EU-diabetes-policy-audit-2008.pdf>.
- ♦ Krackhard, David & Hanson, Jeffrey (1997). Informal Network: The company. In Prusak, Laurence. *Knowledge in Organizations*, S.L. Butterworth-Heinemann. Recuperado em 12 Abril, 2010, de http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=RqkZl7M6zEEC&oi=fnd&pg=PA37&dq=david+krackhardt+informal+network&ots=mKLKzKpqA9&sig=ImJ5WI9uy_a3PvUwEwhxJTylGU0#v=onepage&q=david%20krackhardt%20informal%20network&f=false.

- ♦ Kozel, Dejan & Marusic, Andrej (2006). Individuals with Diabetes Mellitus with and without Depressive Symptoms: Could Social Network explain the comorbidity?. *Psychiatria Danubina*, 18(1-2), 12-18.
- ♦ Lazzarini, S. G., Chaddad, F. R. & Neves, M. F. (2000). O Conceito de Capital Social e Aplicações para o Desenvolvimento e Estratégia Sustentável. *Preços Agrícolas*, Maio, pp. 10-13.
- ♦ Lemieux, Vincent & Ouimet, Mathieu (2008). *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ♦ Mezomo, João C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos*. São Paulo: Manole.
- ♦ Molina, José Luis (2001). *El análisis de redes sociales: Una introducion*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- ♦ Nogueira, J.M. (2004, Fevereiro). A gestão da doença crónica com o desafio dos custos. *Cidade Solidária*, 116-121. Recuperado em 20 Novembro, 2009, de http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_11/saude_custos.pdf.
- ♦ Oliveira, Maria Marly (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. São Paulo: Editora Vozes.
- ♦ Organização Mundial de Saúde (2009). *Chronic Diseases*. Recuperado em 5 de Fevereiro, 2009, de http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/.
- ♦ OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006). Um ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados. *Relatórios de Primavera*. Recuperado em 4 de Junho, 2010, de http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e67oqyvanzj5lqn3fp45oz5zmlj3kffxhjixk266cvqnfc4tnmlu27mkhaqxcgabg6t3qichpq23kta/RP_2006.pdf.
- ♦ Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ♦ Pihoker, C., Forsander, G., Wolfsdorf, J. & Klingensmith, G. (2009). The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescent with diabetes. *Pediatric Diabetes*. 10 (Suppl. 12), 58-70. Recuperado em 20 de Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.
- ♦ Pina, Rosa (2007, Abril/Maio/Junho). As crianças com Diabetes e as suas famílias. *Diabetes: Viver em Equilíbrio*, 43, pp.12-13.
- ♦ Pontes, Fátima (Fevereiro, 2007). Redes de Comunicação em Unidades de Internamento Hospitalar, Uma Abordagem Através da Análise de Redes Sociais. *Revista*

Nursing, 217. Recuperado em 7 de Julho, 2009, de http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2745: redes-de-comunicacao-em-unidades-de-internamento-hospitalar&catid=144.

♦ Porras M., J. Ignacio (2001); Cambio Tecnológico y Cambio Organizacional. La Organizacion en Red. Recuperado em 31 de Dezembro, 2009, de <http://www.revistapolis.cl/2/porr.htm>.

♦ Quivy, Raymond & Campenhoudt, Luc Van (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

♦ Roland, M. & Baker, R. (1999). *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. Manchester: National Primary Care research and Development Centre.

♦ Sale, Diana (2000). *Garantia Da Qualidade Nos Cuidados De Saúde – Para os Profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa: Principia.

♦ Saparapani, Valéria & Nascimento, Lucila (2009). Crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1: Fortalezas e Fragilidades no Manejo da Doença. *Ciência, Cuidado e Saúde* 8(2), 274-279. Recuperado em 7 de Janeiro, 2010, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8211/4934>.

♦ Silva, A., Varanda, J. & Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Cascais: Principia.

♦ Silva, Carlos A. & Fialho, Joaquim (2006). Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*. 11(6). Recuperado em 30 Agosto, 2009, de <http://revista-redes.rediris.es>.

♦ Sousa, Paulo Jorge Santos (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados, *TMQ - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* - Número Temático 1, pp.19-32

♦ Starey, N. (2003). What is Clinical Governance? *HAYward Medical Communications*, 12, pp. 1-7.

♦ Swift, Peter (2009). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*. 10 (Suppl. 12), 51-57. Recuperado em 20 de Novembro, 2009, de <http://www.ispad.org/FileCenter.html?CategoryID=5>.

♦ Tuleski, Yumi Mori (2009). *Tutorial: Análise SWOT*. Recuperado em 16 de Setembro, 2010, de <http://www.cedet.com.br/index.php?Tutoriais/Marketing/analise-swot.html>.

- ♦ Vargas, Maria Ambrosina, et al (2007). Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 339-343.
- ♦ Vieira, Maria Aparecida & Lima, Regina A. G. (2002). Crianças e Adolescentes com Doença Crônica: Convivendo com Mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 552-560.
- ♦ Wasserman, Stanley & Faust, Katherine (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

APÊNDICES