Qualidade em saúde: diagnóstico e análise da rede social na prestação de cuidados de saúde a crianças com diabetes

Mafalda Isabel Fortuna Silva
Enfermeira – Hospital N. S. Rosário do Barreiro
mafaldafortuna@yahoo.com

Raquel Alexandra Costa
Enfermeira – Hospital N. S. Rosário do Barreiro
raquel.ac.costa@gmail.com

Carlos Alberto da Silva
Universidade de Évora
casilva@uevora.pt

Joaquim Manuel Fialho
Universidade de Évora
joaquim.fialho@gmail.com

José Manuel Leal Saragoça
Universidade de Évora
jsaragoca@uevora.pt

Luísa Maria Reis Pedro
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL
luisa.pedro@estesl.ipl.pt

Maria Asensio
Instituto Nacional da Administração
maria.asensio@ina.pt

Resumo: As crianças com diabetes tipo I podem viver num processo de bem--estar contínuo, maximizando o equilíbrio no quotidiano. Neste contexto, os profissionais de saúde poderão e deverão vir a ter um papel único na intervenção junto destas crianças, na promoção da sua qualidade em saúde, no reforço da sua autonomia e nomeadamente na articulação e flexibilização das organizações em rede.

Um dos maiores desafios incide em encontrar continuamente recursos e respostas neste contexto, o que nos direcciona para o conceito de qualidade em saúde, sua monitorização e avaliação na procura da excelência dos cuidados.

O hospital deverá ter a capacidade de analisar o seu ambiente externo percebendo quais as instituições que poderão cooperar com este, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

A ligação dos cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, parece então ser um novo caminho a percorrer.

O presente trabalho assenta numa abordagem predominantemente qualitativa, sem negligenciar os aspectos quantitativos da metodologia da análise de redes sociais, identificando as dinâmicas da rede formal de apoio à valorização da qualidade em saúde em criança com diabetes tipo I.

Palavras-chave: Criança com Diabetes; Cuidados Continuados; Qualidade em Saúde; Redes Sociais.

Abstract: Children with type I diabetes can live in a process of continued well--being, maximizing the balance in everyday life. In this context, health professionals can and should come to have a unique role in intervention with these children, and in particular the autonomy and flexibility in the articulation of network organizations.

One of the greatest concerns continually find resources and answers in this context, which directs us to the concept of quality in health, their monitoring and evaluation in the pursuit of nursing excellence.

The hospital should have the ability to analyze its external environment by seeing which institutions that can cooperate with this, enhancing the quality of care.

The connection of different health care and primary health care, then it seems to be a new way to go.

This paper is based on a qualitative approach, without neglecting the quantitative aspects of the methodology of social network analysis to identify the dynamics of the formal network of support to children with diabetes type I.

Keywords: child with diabetes, sustained health, health quality, care social networks.

1. Introdução

A área da qualidade em saúde assume grande importância na actualidade, por ser tão ampla e complexa, mas também tão inquietante quando relacionada com a prestação de cuidados de saúde em situações particulares, como por exemplo no caso dos utentes com doença crónica.

A doença crónica em crianças é uma questão problemática, não só porque interfere no desenvolvimento da criança a longo prazo, mas também porque afecta o quotidiano de todos os membros da família, situação que requer assistência e

seguimento específico pelos profissionais de saúde (Ribeiro e Rocha, 2007). Efectivamente, a problemática da diabetes tipo 1 na criança tem vindo a ganhar uma importância crescente para os profissionais de saúde pelo uso inadequado dos serviços de saúde e um aumento dos custos, emocionais e socioeconómicos decorrentes da doença. Que qualidade em saúde subjazem nos serviços prestados a este tipo de doentes? Como é que os serviços de saúde articulam com as estruturas sociais para a garantia da qualidade dos serviços prestados?

Estas são algumas das questões que serão analisadas no presente artigo, tomando como pano de fundo um estudo realizado em 2009, junto das organizações de serviços de saúde do Barreiro e da sua rede de apoio às crianças com a doença de diabetes tipo 1. No presente artigo são apresentados os traços gerais da matriz teórica, a metodologia utilizada no estudo, bem como as principais conclusões. No enquadramento teórico, é realizada uma breve análise do conceito de qualidade em saúde, uma contextualização da rede de apoio à criança com diabetes, uma introdução ao conceito de Rede Social bem como uma breve referência operacionalização metodológica da análise de redes sociais. Na opção metodológica, descreve-se a metodologia utilizada na pesquisa. Segue-se a apresentação e discussão dos resultados, através da análise de conteúdo das entrevistas e da análise da rede social subjacente à rede de apoio ao tratamento da criança com diabetes. Finalmente são apresentadas as conclusões do estudo, e as recomendações.

2. Garantia da Qualidade nos cuidados de Saúde

O que se entende por qualidade em saúde? Trata-se de um conceito polissémico, vasto e complexo que se pode aplicar em variadas situações da nossa vida ou profissão, sendo este difícil de definir já que está dependente de uma perspectiva individual, ou seja, das características implícitas ou explícitas, inerentes da interpretação de cada um de nós, nomeadamente das que associamos a esse mesmo produto ou serviço.

Numa perspectiva empresarial, segundo Deming, a qualidade deverá estar de acordo com as necessidades globais de cada consumidor (Mezomo, 2001). Juran revela-nos que a qualidade é a «aptidão para o uso», e sinónima de satisfação do produto, admitindo assim que a falta de qualidade é sinónimo de insatisfação do produto (Mezomo, 2001). A qualidade é definida pela ISO – Organização Internacio-

nal de Normalização – como «o conjunto de propriedades e características dum produto ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas do cliente» (Madeira, 1995).

Como se sabe, a OMS define a qualidade em saúde tendo como base o objectivo da própria ideia de saúde. Vejamos. Para a OMS, «Qualidade é (…) a comparação de como o nível dos cuidados prestados no aqui e agora, se compara com o que foi definido como nível desejado e cuidados». (Kemp e Richardson, 1995:3). Porém esta ideia encerra não só uma lógica de utopia generosa, mas remete-nos para um outro plano de leitura mais de ordem política, económica e técnica. De relevar que Donabedian (1978) foca dois domínios de qualidade em saúde. Para o autor, o domínio técnico, que consiste na «aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados» (cf. Nóbrega, *et al.*, 2004:59), e o domínio interpessoal que se relaciona com os valores e normas de cada indivíduo cimentados pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente. Neste contexto, o conceito de qualidade em saúde implica «a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes» (cf. Nóbrega *et al.*, 2004:59).

Face ao exposto, a avaliação da estrutura da garantia da qualidade em saúde é tão essencial como os outros componentes, processos e resultados na prestação de cuidados; todos estes são fundamentais para obter um sistema de sucesso (Kemp e Richardson, 1995). Na verdade, a necessidade de implementar sistemas de qualidade com sucesso está hoje assumida formalmente nas organizações de serviços de saúde. A acreditação e a certificação dos serviços está na ordem do dia. O uso de *guidelines* validados é uma realidade cada vez mais presente no quotidiano de trabalho. Neste domínio, as associações profissionais da área da saúde adoptam um papel fundamental na definição de padrões de qualidade em cada domínio específico, a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de utilização local. (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Contudo, em Portugal, na articulação entre as diferentes instituições divididas entre «Centro Saúde» e «Hospital», a troca de informação é ainda escassa ou inexistente; o acesso não é extenso a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz. Existe neste contexto, a necessidade de ultrapassar a dicotomia «Centro Saúde» – «Hospital» através da articulação efectiva em rede, o que implica o estabelecimento de reais linhas de articulação.

Na perspectiva dos enfermeiros, a troca de informação entre as diversas instituições de saúde implica a constituição de uma rede, devendo ser rentabilizadas as suas potencialidades nomeadamente através da criação de canais de comunicação e interacção entre os profissionais de saúde, que promovem a articulação entre os diferentes contextos de cuidados (Sousa,et al 2005). Porém, na realidade portu-

guesa as barreiras ao fluxo e partilha de informação são ainda enormes e fazem com que as informações relevantes não cheguem em tempo útil. Por isso urge a necessidade de estabelecer ou reforçar relações entre os diversos intervenientes, facultando o estabelecimento de novos canais. (Sousa *et al.*, 2005) Em suma, se os profissionais de saúde, em geral, e os enfermeiros, em particular, compreenderem a importância do trabalho em rede e como se podem articular no apoio a doentes crónicos, permitirá, na linha do pensamento de Sale (1998), obter um enquadramento sustentado para a melhoria das condições de garantia da qualidade e de segurança dos doentes na prestação dos cuidados de saúde.

3. Diabetes Tipo 1

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

Em Portugal, existem aproximadamente 1.300 crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos (Hanas, 2007). Tem sido notório, o lento mas constante aumento do número de casos diagnosticados por ano, nomeadamente nas faixas etárias mais jovens. (Dahlquist; Mustonen 1995 cf. Hanas, 2007)

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glucose) no sangue, a quantidade de glucose no sangue, designa-se glicemia, o aumento desta, denomina-se hiperglicemia (APDP, 2009). É uma patologia muito frequente na nossa sociedade e a sua frequência aumenta muito com a idade, atingindo os ambos os sexos. Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil pessoas com Diabetes (APDP, 2009).

A Diabetes Tipo 1 é insulino-dependente, o que significa que o tratamento com insulina é obrigatório, neste tipo de diabetes as células pancreáticas produtoras de insulina são destruídas pelo próprio organismo, através de um processo denominado «auto-imune». (Hanas, 2007) Estes doentes necessitam de insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de produzi-la, o tratamento é adaptado a cada criança, dependendo de factores como: idade, exercício físico, hábitos alimentares, horários. Porém, esta é uma doença, na qual o sucesso do seu controlo depende da motivação e aptidão da criança/adolescente e família para cuidar de si ou dos seus, muitas vezes independentemente da ajuda dos profissionais (Swift citado por Hanas, 2007).

No entanto, é fundamental que os médicos, enfermeiros, dietistas e todo o pessoal interveniente no apoio estejam devidamente informados sobre a doença, de modo a que esta seja tratada adequadamente, o que requer um trabalho conjunto dos profissionais de saúde no apoio aos doentes e familiares. (Brink citado por Hanas, 2007).

Efectivamente, o principal objectivo no controlo da diabetes é minimizar a gravidade dos sintomas e os efeitos secundários. Neste sentido, é fundamental que a criança/adolescente cresça e se desenvolva num ambiente que assegure cada etapa do tratamento diminuindo os distúrbios no seu quotidiano. Após o diagnóstico, no regresso à escola é importante o apoio dos amigos e professores, é essencial a deslocação de um enfermeiro especialista à escola para intervir junto destes informando-os sobre os cuidados na diabetes. Assim sendo, a articulação adequada e eficaz dos profissionais da saúde é fundamental, pois se não existir a certeza dos objectivos e regimes de tratamento, as informações contraditórias irão agravar a situação. (Hanas, 2007)

O Programa Nacional de Saúde Escolar define como área de intervenção, a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais o que prevê o seu acompanhamento pelas equipas de saúde escolar com orientações da Direcção-Geral da Saúde. Todavia no inicio do ano lectivo, não dispensa o planeamento envolvendo profissionais responsáveis pelo tratamento da criança (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo) os pais e professores. (Pina & Fadista, 2007)

A necessidade de inverter a tendência do crescimento da diabetes em Portugal e a necessidade de aumentar os ganhos em saúde, novas estratégias surgiram, dando origem à nova versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; estas assentam na prevenção primária através da redução de factores de risco, adaptação de estilos de vida saudáveis, na prevenção secundária, no diagnóstico precoce e no tratamento adequado e na prevenção terciária. Neste contexto as estratégias só terão êxito se forem desenvolvidas numa infra-estrutura sólida que complete a capacidade organizativa, quiçá em rede, acrescida da formação dos profissionais de saúde para responder às exigências dos cuidados prestados. (Candeia *et al.*, 2008)

4. Conceito de redes sociais

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

O conceito de rede deriva do latim «rete» que significa armadilha ou laço. Uma rede social pode ser definida como um conjunto de actores que estabelecem entre si vínculos, pode conter mais ou menos actores, muitas ou poucas relações. Mitchell (1969) citado por Serrano (2007:81) descreve como «um conjunto específico de ligações entre um determinado grupo de pessoas, com a particularidade de que as ligações no seu todo podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas»; Bott (1971) citado por Serrano (2007:81) afirma que rede é todo ou alguma das unidades sociais com quem um determinado indivíduo ou grupo contacta. Este conceito tem sido utilizado nas ciências sociais e humanas de modo e sentidos diferentes. Numa forma metafórica, representa a concepção da sociedade, na medida em que esta é construída por redes de relações interpessoais ou intergrupais. (Fialho, 2007)

Noutro contexto, as redes sociais surgiram como um padrão organizacional, nos últimos anos, com capacidade de expressar, através da sua estrutura de relações, ideias políticas e económicas de carácter inovador, com a missão de ajudar a resolver alguns problemas. (Fialho, 2007) Estas são responsáveis pela partilha de ideias intra-pessoais, de interesses e objectivos comuns, pode ser considerada uma medida de política social, visando o combate de problemas, são fruto das manifestações culturais, traduzem o padrão organizacional, duma nova forma de conhecer, pensar e fazer política. (Fialho, 2007)

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

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

— A listagem de todos os elementos da rede social;

— O grau de contacto com o alvo;

— A frequência de contactos que deverá ocorrer para que um indivíduo seja considerado um elemento activo da rede.

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

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

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

— ***Económico*** que pressupõe as actividades e recursos que servem de intercâmbio nas redes;

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

— ***Estratégico*** que surge associado ao valor que é produzido no quadro das rede.

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

Nesta linha de raciocínio, Loiola e Moura (1997) citado por Fialho (2007) atribuem dois tipos de rede: a de fluxo unidireccional, onde o ponto de partida e chegada se encontram bem definidos, e a de carácter multidireccional, onde os fluxos existem sem que se verifique um centro. A competitividade no sector da saúde levou ao aumento da incerteza e da insegurança dentro das organizações, as quais, para manterem-se no mercado de trabalho, necessitam de estruturar novos processos de flexibilização, nomeadamente as articulações entre si, rentabilizando os recursos e minimizando os gastos. (Fialho, 2007)

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

Assim sendo, o conhecimento de uma rede social é importante aprofundar porque:

— Oferece meios operacionais de aprendizagem acerca do quotidiano das pessoas

— A ligação entre os actores das redes oferece uma base teórica para o desenvolvimento de intervenções preventivas.

— Sugere uma forma de desenvolver e articular recursos formais e informais.

O sistema hospitalar é uma peça mestra neste contexto. Contudo, após um período de hospitalocentrismo, as evoluções necessárias surgem com muita dificuldade devido aos «hábitos» adquiridos de intervenção tecnicista na lógica do tratar na prestação de serviços. «A não articulação entre a missão do hospital e as dos

seus parceiros conduziu a disfunções na própria missão hospitalar.» (Honoré, 2002:125) O hospital atingiu um estado de sobrelotação pouco propício ao desenvolvimento de alternativas de mudança à sua cultura. Torna cada vez mais necessário reformular as lógicas hospitalares através de redes de formação interinstitucional para melhor garantir a qualidade dos serviços de saúde.

4.1. Análise de redes sociais

A metodologia de análise de redes sociais (ARS) estuda as relações específicas entre determinados elementos como, pessoas, grupos, organizações, acontecimento, tratando os dados relacionais, ou seja compreende-se por dado relacional a existência de um vínculo específico existente entre um par de elementos. Esta metodologia encontra-se amplamente utilizada em vários países mas, contudo é pouco utilizada em Portugal, «A análise de redes pressupõe uma lógica de análise estrutural que assenta em dois objectivos centrais: a identificação de determinados padrões de interacção social e, por outro lado, compreender a influência desses padrões no comportamento dos actores sociais. Trata-se dum processo de matriz indutiva que parte de relações sociais objectivas e caminha até padrões de relacionamento que formam a estrutura social dum determinado sistema. Estes padrões de relacionamento podem ser mensuráveis matematicamente pela teoria dos grafos, pela teoria estatística e probabilística e através de modelos algébricos». (Wasserman e Faust, 1994; Lazega, 1998; Varanda, 2000 citado por Fialho 2007: 29/30).

Para a compreender qualquer rede é fundamental identificar três elementos:

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

O objectivo da análise de redes sociais consiste de um modo geral, à medição do grau de associação ou de casualidade entre as variáveis. As variáveis são dispostas numa folha de dados que comporta linhas e colunas, ou seja a construção da matriz adjacente actor – actor. Este tipo de representação é muito frequente em análise

estrutural, na medida em que está associada à construção dos grafos. (Lemieux e Ouimet, 2008)

A matriz define-se como uma tabela com **M** linha e **N** colunas representada sob a forma de quadro utilizada na construção dos grafos. Um grafo define-se por um conjunto de pontos (*vértices*) ligados por rectas (as *arestas*); são muito úteis na representação de problemas da vida real, em vários campos profissionais.

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

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

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

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

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

— **Laço fraco** – «surge numa posição oposta e envolve transacções de carácter pontual entre agentes, nas quais a identidade dos indivíduos assume uma menor importância.» (Fialho, 2007:96) Neste tipo de laço os níveis de confiança e reciprocidade são mínimos.

Para a compreensão da estrutura da rede, o seu tamanho pode ser um factor crítico; quanto maior for o grupo, maior é a densidade de laços, o que pode levar ao surgimento de novos grupos. A distância entre actores também deve ser tida em consideração, uma vez que quanto maior a distância entre os actores, maior será o

tempo para a o fluxo de informação, ou seja esta demorará mais tempo a ser difundida. (Fialho, 2007)

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

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

- **Grau** (*degree*) – cálculo do número de ligações adjacente para cada actor. Um maior número de ligações directas, proporciona uma maior actividade na rede (Fialho, 2007)
- **Proximidade** (*closeness*) – remete à proximidade de um actor face aos outros todos, incluindo ligações directas e indirectas, demonstrando como está susceptível de receber informações, poder, prestígio e influência.
- **Intermediação** (*betweeness*) – O grau em que os actores estão situados entre pares de outros actores. Neste sentido o actor pode ter uma posição favorável, na medida em que se encontra num ponto de passagem obrigatório, ou seja, ocupa uma posição chave. (Fialho 2007).

Em qualquer rede social também existem elos que estabeleçam uma relação mais íntima, denominados por cliques, ou seja, grupos de actores aos quais cada um está directamente e fortemente ligado aos restantes (Marteleto, 2001).

5. Opção Metodológica

O diagnóstico e análise das redes sociais existentes surge neste contexto como algo inovador e complexo que permitirá compreender as características da rede social de suporte à criança com diabetes.

Neste contexto julga-se pertinente constatar e analisar quais as limitações das redes sociais existentes, procurar lacunas e adoptar estratégias para maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O objectivo geral deste artigo consiste em analisar as redes sociais existentes no apoio às crianças com diabetes tipo 1 do concelho do Barreiro e sinalizadas pelo HNSR EPE.

São objectivos específicos os seguintes:

— Analisar as potencialidades e limitações existentes na acção dos actores da saúde na rede social.

— Caracterizar o perfil das redes sociais existentes no apoio a estas crianças.

— Identificar os factores críticos que permitam ao HNSR promover a melhoria da articulação de cuidados a estas crianças.

A metodologia utilizada assenta numa abordagem essencialmente qualitativa, no entanto para uma melhor compreensão da problemática em estudo foi também utilizada a abordagem quantitativa, através da contabilização das unidades de registo e da análise de redes sociais.

Foi assim procurado descrever e analisar as redes sociais existentes no apoio à criança com diabetes tipo 1, seguidas no HNSR.

A opção do tipo de estudo recai sobre a realização de um estudo de caso, na medida em que pretendeu-se estudar uma entidade bem definida, as redes sociais de apoio à criança com diabetes, visando conhecer em profundidade o fenómeno em estudo. (Sampieri, *et al.* 2007) Pretende-se que o estudo de caso se debruce sobre uma situação específica, que se supõe particularista da população; a informação que se obtém é única neste contexto pelo que o estudo apresenta um carácter exploratório, descritivo.

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

A escolha dos entrevistados teve por base os objectivos do estudo, ou seja, foi seleccionada intencionalmente com o intuito de compreender a rede social existente no apoio à criança com diabetes, as suas limitações e potencialidades.

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

Neste contexto foi delimitado um grupo que tivesse inerente os pressupostos anteriores, pelo que foram seleccionados onze profissionais de saúde que prestam cuidados nas entidades a cima referidas, correspondendo à seguinte listagem:

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

Foi adoptado como método a análise estrutural das redes sociais. Este método permitiu descrever e explicar as relações entre os actores sociais. Como instrumento de recolha de informação, optou-se pelo inquérito por entrevista e em seguida utilizou-se um *software* estatístico de análise de redes sociais, o Ucinet versão 6, para tratamento da informação recolhida e o desenho dos grafos das redes em estudo. O corpus das entrevistas foi tratado via análise de conteúdo temático-categorial.

6. Analise Rede Social do Tratamento Criança com Diabetes

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

A análise da estrutura pode ser analisada face a diversos indicadores de centralidade, o grau de conectividade da rede, indivíduos com maior ou menor número de

interacções, intermediação de alguns actores nas relações entre indivíduos. (Alejandro e Norman, 2006)

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

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

Quadro 1 – Densidades na Rede de Apoio no Tratamento e Controlo da Diabetes

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

Nota: 1 = sempre que os entrevistados referissem articular com esse recurso, ou lhe atribuíssem uma menor nível de relação; 2 = sempre que referiram fazer com maior frequência; 0 = ausência de referência.

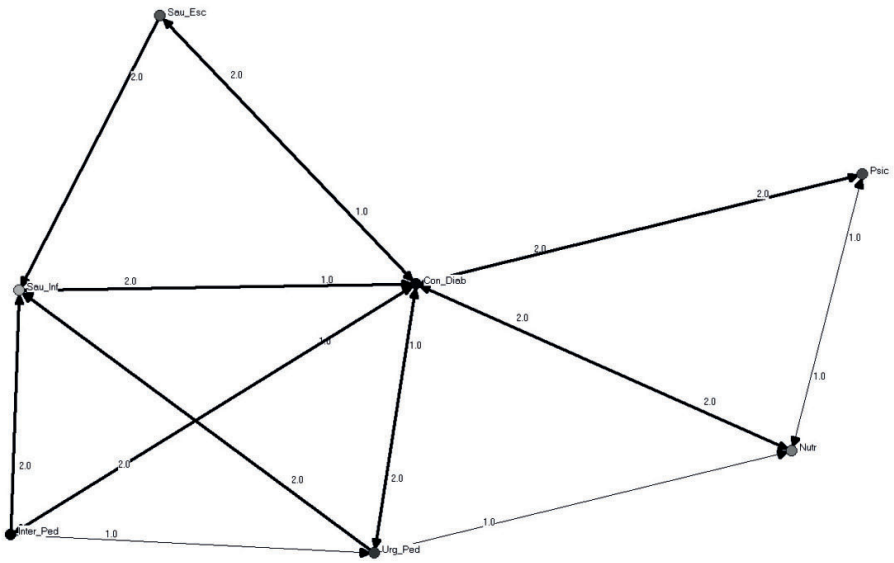
Matriz Ponderada:
Density (matrix average) = 0.7143
Standard deviation = 0.8532

Matriz Binária:
Density (matrix average) = 0.4524
Standard deviation = 0.4977

O grafo 1 apresenta a distribuição gráfica dos recursos identificados na comunidade pelos profissionais de saúde, bem como a articulação entre eles. Da análise do grafo, é de considerar o seguinte:

1. A quantidade de fluxos estabelecidos traduz uma matriz de intensidade moderada, o que demonstra que dentro da rede são estabelecidas algumas relações entre os actores;
2. Nenhum actor, apresenta-se excluído da rede de relações, pelo que são emitidos fluxos entre todos os actores;
3. Existe um actor na rede que ocupa uma posição privilegiada, central na rede;
4. Pode-se ainda observar no grafo a prevalência de laços fortes.

Grafo 1 – Rede «Ponderada» de contactos formais no tratamento da Criança com Diabetes



O que pode ser verificado no grafo 1, é de que a saúde infantil apenas estabelece fluxo bidireccional com a consulta da diabetes pediátrica, sendo os restantes fluxos unidireccionais. A saúde escolar relaciona com a saúde infantil e com a consulta da diabetes pediátrica. Verifica-se a necessidade de desenvolvimento da uniformização dos cuidados de modo a optimizar a comunicação entre «Centro Saúde» e «Hospital»; a troca de informação é escassa ou inexistente, na medida em que se estabelecem preferencialmente fluxounidireccionais. Em suma, pela análise apriorística do grafo é licito sustentar que se verifica uma deficiente articulação/circulação de informação.

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

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

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

Centralidades Rede de Apoio no Tratamento e Controlo da Diabetes

FREEMAN'S DEGREE CENTRALITY MEASURES

	1 OutDegree	2 InDegree	3 NrmOutDeg	4 NrmInDeg
2 Con_Diab	8.000	12.000	66.667	100.000
1 Urg_Ped	5.000	2.000	41.667	16.667
3 Inter_Ped	5.000	1.000	41.667	8.333
6 Sau_Esc	4.000	1.000	33.333	8.333
4 Nutr	3.000	4.000	25.000	33.333
5 Psic	3.000	3.000	25.000	25.000
7 Sau_Inf	2.000	7.000	16.667	58.333

DESCRIPTIVE STATISTICS

		1	2	3	4
		OutDegree	InDegree	NrmOutDeg	NrmInDeg
1	Mean	4.286	4.286	35.714	35.714
2	Std Dev	1.829	3.692	15.246	30.769
3	Sum	30.000	30.000	250.000	250.000
4	Variance	3.347	13.633	232.426	946.712
5	SSQ	152.000	224.000	10555.556	15555.556
6	MCSSQ	23.429	95.429	1626.984	6626.984
7	Euc Norm	12.329	14.967	102.740	124.722
8	Minimum	2.000	1.000	16.667	8.333
9	Maximum	8.000	12.000	66.667	100.000

Network Centralization (Outdegree) = 36.111%
Network Centralization (Indegree) = 75.000%

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

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

Relativamente ao grau de intermediação da rede verifica-se que é elevado, na ordem de 72%; embora, a consulta surja, como o principal actor com o qual todos os outros actores se relacionam, apresenta um baixo grau de intermediação de 22%. Os resultados sugerem que os fluxos são maioritariamente unidireccionais.

Intermediação

```
FREEMAN BETWEENNESS CENTRALITY

Un-normalized centralization: 131.000

                          1            2
                Betweenness nBetweenness
               ------------ ------------
  2  Con_Diab        22.000       73.333
  1   Urg_Ped         0.500        1.667
  4      Nutr         0.500        1.667
  3 Inter_Ped         0.000        0.000
  5      Psic         0.000        0.000
  6   Sau_Esc         0.000        0.000
  7   Sau_Inf         0.000        0.000


DESCRIPTIVE STATISTICS FOR EACH MEASURE

                          1            2
                Betweenness nBetweenness
               ------------ ------------
  1     Mean         3.286       10.952
  2  Std Dev         7.643       25.477
  3      Sum        23.000       76.667
  4 Variance        58.418      649.093
  5      SSQ       484.500     5383.333
  6    MCSSQ       408.929     4543.651
  7 Euc Norm        22.011       73.371
  8  Minimum         0.000        0.000
  9  Maximum        22.000       73.333

Network Centralization Index = 72.78%
```

A situação descrita pode dever-se ao facto de existir poucos recursos humanos. Verbalizado por dois dos entrevistados como limitações da rede de tratamento à criança com diabetes, confirma o descrito.

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

> «Limitações existentes a nível da consulta, neste momento eu acho que há uma grande limitação neste momento que é o facto de ter um único médico na consulta, com esta formação especifica…» (E8)

Em suma, os resultados sugerem que em qualquer rede social também existem elos que estabelecem uma relação mais íntima, denominados por subgrupos (cliques); neste presente estudo foram identificados quatro subgrupos na intervenção na área da garantia da qualidade dos cuidados de saúde às crianças com Diabetes:

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

Sub-grupos

```
 4 cliques found.

1:  Urg_Ped Con_Diab Inter_Ped Sau_Inf
2:  Urg_Ped Con_Diab Nutr
3:  Con_Diab Nutr Psic
4:  Con_Diab Sau_Esc Sau_Inf

 Clique Proximities: Prop. of clique members
        adjacent that each node is adjacent to

                 1     2     3     4
              ----- ----- ----- -----
1   Urg_Ped  1.000 1.000 0.667 0.667
2  Con_Diab  1.000 1.000 1.000 1.000
3 Inter_Ped  1.000 0.667 0.333 0.667
4      Nutr  0.500 1.000 1.000 0.333
5      Psic  0.250 0.667 1.000 0.333
6   Sau_Esc  0.500 0.333 0.333 1.000
7   Sau_Inf  1.000 0.667 0.333 1.000
```

7. Conclusão

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

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

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

No presente estudo a consulta da diabetes apesar de recente é evidenciada pelos inquiridos como o principal recurso intra-hospital e o centro de saúde como o principal recurso existente na comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

A melhoria contínua da qualidade implica um sistema organizado com base numa metodologia de resolução de problemas concretos dos recursos intervenientes

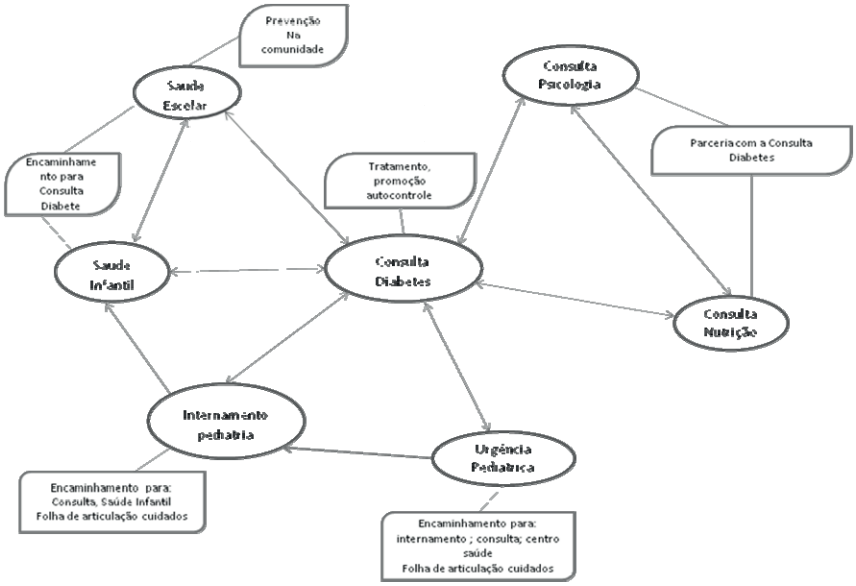
nesta rede de apoio, com o intuito do desenvolvimento e implementação de um plano de intervenção nesta área.

A continuidade dos cuidados exige uma resposta atempada, o que não se observou no presente estudo, situação que não permite garantir a eficácia do atendimento e prestação de cuidados e uma melhoria contínua dos cuidados prestados na rede social estudada.

Para a obtenção deste objectivo a consulta de diabetes pediátrica assume um papel fulcral na medida em que estabelece laços fortes com todos os intervenientes o que pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, intervenção emocional, confiança e reciprocidade.

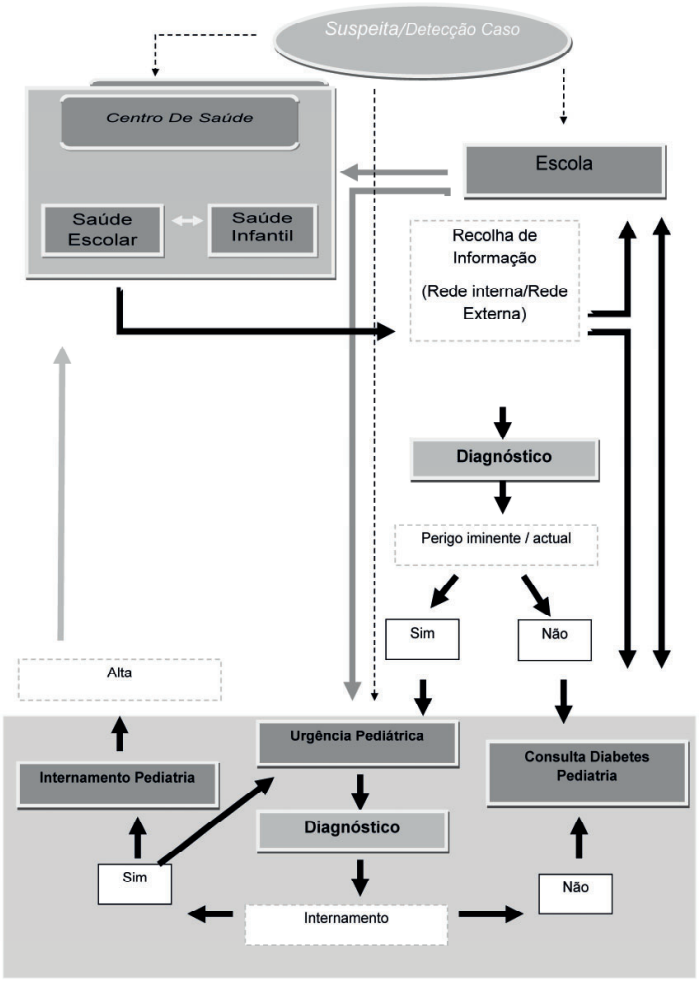
De acordo com o princípio da centralidade a consulta da diabetes pediátrica assume-se como actor central, com uma posição de decisão na rede contudo apresenta-se como um actor com baixo nível de intermediação, ou seja não consegue exercer a sua influência através das alianças com outros actores. No presente estudo também foi notório a existência de elos que estabelecem uma relação mais íntima, denominados por cliques, tendo sido identificados quatro cliques, em que a consulta da diabetes pediátrica encontra-se presente nos quatro, revelando assim a sua importância major nesta rede.

Esquema 1 – Rede formal de tratamento da criança com diabetes



Fonte: autores.

Esquema 2 – Circuito de tratamento e monitorização da criança com diabetes.



Fonte: autores.

Face aos resultados do estudo, coloca-se em evidência que as organizações necessitam de um conjunto de sistemas que permita que a informação chegue a todos os actores. Maioritariamente as dificuldades de comunicação devem-se a procedimentos inadequados. Neste sentido quando se investiga é necessário verificar a eficiência dos sistemas, ou seja normas de comunicação bem como meios adequados, que consigam proporcionar soluções, designadamente a transferência de informação num processo contínuo, que favoreça a criação de um clima de confiança e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Deste modo sugere-se a criação

de um circuito para o tratamento e monitorização da criança com diabetes. Na verdade, o objectivo da existência de um circuito de cuidados visa uma maior articulação e eficiência dos cuidados prestados. No entanto para definir, compreender e quantificar a qualidade dos cuidados é fundamental avaliar os procedimentos em saúde.

8. Recomendações

Neste *item* será apresentado um plano de intervenção referente às entidades contempladas no estudo tendo por base as não conformidades detectadas, de forma que possa ser transformado numa ferramenta útil de melhoria de qualidade da prestação de cuidados com utilização prática no combate ao défice existente nas relações estabelecidas entre os actores que compõem a rede formal no apoio à criança com diabetes tipo 1.

Foi idealizado um plano de intervenção que contempla as áreas de grande constrangimento nesta rede, nomeadamente ao nível das relações entre os vários actores que a compõem.

Todos os processos e procedimentos em saúde necessitam de uma avaliação para a manutenção da garantia da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados obtidos.

A avaliação de projectos/normas em saúde pode representar um sistema de vigilância e registo de implementação/acção de uma dada intervenção. Deve ser permanentemente efectuado para poder fornecer indicação e informação relativamente ao recurso em causa.

Sendo assim propõe-se como principais objectivos desta avaliação:

— Permitir a identificação de falhas existentes no documento.

— Determinar se a intervenção está a ser executada de acordo com o previsto.

— Proporcionar desenvolvimento das capacidades técnico/cientificas do profissional de saúde.

— Permitir a detecção e minimização de factores de risco no procedimento.

— Determinar se a intervenção é eficaz.

— Melhorar a qualidade das intervenções (eficácia e eficiência). (Schiefer e Dobel, 2001).

Igualmente importante para a monitorização do plano e detecção das não conformidades e melhorias que permitam conduzir à evolução constante da qualidade em saúde, trazendo ganhos de extrema importância não só para as entidades como para os profissionais que vêem assim reconhecido o seu trabalho, são as auditorias de qualidade.

Este tipo de auditoria «reforça a determinação e a confiança na implementação do sistema de qualidade» (Paiva e Christo, 2002: 16). Esta monitorização tem dois objectivos principais, «a imediata sensibilização das pessoas para a leitura, interpretação e análise dos cuidados de tudo o que está descrito no documento do Sistema» (Paiva e Christo, 2002:3) e ainda «as várias oportunidades de simplificação dos conteúdos desses documentos, que surgem com a auditoria dos procedimentos» (Paiva e Christo, 2002:3).

Plano de Intervenção

Diagnóstico
Lacunas na garantia da qualidade e na articulação da rede de tratamento à criança com diabetes

Análise externa	
Oportunidades	Ameaças
Na Instituição hospitalar têm sido desenvolvidas algumas normas de actuação face à criança com diabetes.	As discrepâncias entre os objectivos planeados e as estratégias concretamente desenvolvidas.

Análise interna	
Pontos fortes	Pontos fracos
• Existência de profissionais com formação para o desenvolvimento de estratégias eficazes;	• Fluxos de informação/cooperação dos profissionais.

Objectivos			
Objectivos	Prazos	Metas	Cenário
• Elaborar e divulgar circuito da criança/adolescente com diabetes. • Melhorar a articulação dos actores • Promover a articulação dos cuidados e avaliação da qualidade dos cuidados prestados à criança/adolescente com diabetes. • Promover, junto das instituições competentes, a realização aleatória de auditorias à qualidade organizacional da prestação de cuidados à criança/adolescente com diabetes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares.	Período 2009-2010	realização e validação do circuito.	Hospital; Centro Saúde e Escolas

Estratégias
• criação do grupo de trabalho para garantia da qualidade; • seleccionar os profissionais responsáveis pela elaboração do circuito e auditoria à qualidade organizacional em termos articulação.

Plano de acção	
criação do grupo de trabalho	
Fases de acção	Prazos
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborado e entregue um programa após aprovação da administração

Recursos necessários		
Humanos	Físicos	Financeiros
Será necessários a participação dos órgãos responsáveis pela chefia	Recursos físicos sala reunião	Custos de cada a definir e actualizar.

Indicadores de desempenho
• Elaboração de Circuito • Elaboração de *Check List* de auditoria • Número e Resultados das auditorias

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)					

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

Procedimento a auditar	Pano de intervenção
Departamentos implicados	Centro de saúde Barreiro – Consulta de saúde infantil, Hospital (urgência Pediátrica, internamento, consulta externa, psicologia
Data	A agendar
Auditor	Externo
Causas da auditoria	Implementação de um novo plano de intervenção no tratamento criança com diabetes.
Objectivo da auditoria	Verificação de conformidade do procedimento, adesão dos profissionais do serviço e adequação de novas estratégias a implementar
Documentos a utilizar	Referencial normativo adoptado
Lista de verificação:	• Verificar clareza do objectivo • Verificar se estão definidas as responsabilidades e deveres das pessoas ou grupos que implementam o 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 • Verificar se as entidades têm presente o plano de intervenção. • Verificar se estão a implementá-lo • Verificar se as actividades descritas são as que estão a ser elaboradas • 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.

Referências

ALEJANDRO, V.A. e NORMAN, A.G. (2006). *Manual Introdutório à Análise de Redes Sociais*. *http://www.aprende.com.pt/fotos/editor2/Manual%20ARS%20%5BTrad%5D.pdf.* [Online] 2006.

APDP. (2009). «Diabetes». http://www.apdp.pt/diabetes.asp. *Associação Protectora Diabeticos de Portugual.* [Online] Julho de 2009.

CANDEIAS, A. *et al.* (2008). *Programa Nacional Prevenção e controlo da Diabetes.* Lisboa: Direcção Geral Saúde.

DONABEDIAN, A. (1978). «The Quality of Medical Care». *Science* 200

FIALHO, J. (2007). *Redes de cooperação interorganizacional. A dinâmica das entidades formadoras do Alentejo*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Évora.

HANA, R. (2007). *Diabetes Tipo I, em crianças, adolescentes e jovens adultos.* Lisboa – Porto: LIDEL.

HANNEMAN, R.A. (2000). «Introducción a los métodos de análisis de redes sociales». [Online] 2000. http://revista-redes.rediris.es/webredes.

HESBEEN, W. (1997). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência.

HONORÉ, B. (2002). *A saúde em projecto.* Loures: Lusodidacta.

KEMP, N. e RICHARDSON, E. (1995). *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem.* Lisboa: ACEPS.

LEMIEUX, V. e OUIMET, M. (2008). *Análise estrutural das redes sociais.* Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

MADEIRA, M. (1995). *Gestão da Qualidade: Qualidade em Serviços Públicos*. Secretariado para a Modernização Administrativa: Lisboa.

MARTELETO, R. (2001). Análises de redes sociais – aplicação nos estudos detransferência da informação. *Ciencia informação.* Jan./Abr. de 2001.

NÓBREGA, S.D., VARANDA, J. e SILVIA, A. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais.* s.l.: Principia,.

ORDEM DO ENFERMEIROS. (2001). *Divulgar:Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; emgradramento conceptual, enunciados descritivos.* Ordem do Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. 2001. pp. 1-15.

PAIVA, C. e CHRISTO, F.H. (2002). «Auditar procedimentos». *Revista qualidade em saúde – Separata Técnica.*

PINA, R. e FADISTA, S. (2007). «A Criança com Diabetes na Escola». *Diabetes viver em equilibrio.* Julho/Agosto/Setembro de 2007.

RIBEIRO, R.L.R. e ROCHA, S.M.M. (2007). «Enfermagem e famílias de crianças com Sindrome Nefrótico: novos elementos e horizontes para o cuidado», *Texto & Contexto de Enfermagem.* 2007, pp. 112-119.

SALE, D. (1998). *Garantia da qualidade dos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde.* Lisboa: Principia8.

SAMPIERI, R.H., COLLADO, C.F. e LUCIO, P.B. (2007). *Metodologia de pesquisa.* São Paulo: Mc Graw Hill, 2007.

SCHIEFER, U. e DOBEL, R. (2001). • *MAPA – PROJECT: a practical guide to integrated Project planning and evaluation. Open Society Institute.* 2001.

SERRANO, A.M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce.* Porto: Porto editora, 2007.

SILVA, C.A. e FIALHO, J. (2006). Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales, 11*.

SOUTO, S.P.A. (2008). «Educação Terapêutica em Diabetologia Pediátrica. Um conceito de reflexão». *Acta Pediátrica Portuguesa.* 2008, pp. 72-73.