

Anabela dos Santos Pires

**Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes:** influência das características sociodemográficas da criança e do cuidador

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Viseu, fevereiro de 2016



Anabela dos Santos Pires

**Satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes:** influência das características sociodemográficas da criança e cuidador

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Graça Aparício

Coorientador:

Professor Doutor João Carvalho Duarte

Viseu





**Desanimar da vida nem pensar;**  
**Isso seria o pior a acontecer;**  
**Antes do sofrer fulge a alegria;**  
**Bem antes da dor vem o prazer;**  
**Então não há doença, há saúde e paz;**  
**Tento por base o cuidado e o saber;**  
**Enfermidades e mal que fere a vida;**  
**Só se não houver controlo no viver.**

(Anónimo - Pensamento de um doente diabético)



## **Agradecimentos**

Na elaboração deste trabalho, várias pessoas contribuíram para o seu desenvolvimento, sem as quais a sua concretização não teria sido possível. A todos queria expressar a minha profunda gratidão.

À Professora Doutora Graça Aparício, agradeço a sua orientação, pelo seu profissionalismo e apoio, acompanhando e dando o estímulo necessário para que esta etapa fosse percorrida e alcançada;

Ao Professor Doutor João Duarte, por todo o acompanhamento e disponibilidade, imprescindível no tratamento estatístico;

Às instituições de saúde, que autorizaram a aplicação do questionário nas suas consultas de enfermagem da diabetes;

Às enfermeiras responsáveis por essas consultas que colaboraram na distribuição dos questionários;

A todos as crianças/jovens que participaram neste estudo e aos seus encarregados de educação que assim o permitiram, porque sem a sua colaboração este trabalho não seria possível;

Aos meus pais, por terem “financiado” este curso de mestrado e, juntamente com o meu irmão, não terem tido, tantas vezes, a minha presença a 100%;

Ao meu irmão, por “aturar” as minhas avarias informáticas e ao Matos, por me ter resolvido essas avarias;

À Sara e à Diana, pela amizade e suporte constantes e por tantas vezes, não ter sido tão presente;

A todos os restantes amigos que me apoiaram e incentivaram neste percurso;

A todas as colegas do 3º CMESIP, por nos termos tornado fonte de apoio umas das outras, durante o decorrer do curso, por todo o companheirismo, boa disposição, por todas as gargalhadas e “petiscadas” que passamos juntas. Assim, foi bem mais fácil todo o sacrifício;

A todos, o meu muito obrigada!



## Resumo

**Enquadramento:** A avaliação no setor da saúde não se restringe unicamente à confirmação do cumprimento de objetivos propostos pelo sistema de saúde, mas verificar se esses estão de acordo com as aspirações e expectativas dos utentes. Assim, torna-se basilar escrutinar a opinião das crianças/jovens com diabetes, de modo a poder ter-se um conhecimento mais efetivo da sua satisfação face à consulta de enfermagem da diabetes e perceber de que forma algumas das suas características pessoais e familiares podem interferir nessa satisfação.

**Objetivos:** Determinar o nível de satisfação das crianças/jovens com os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes e analisar a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e do cuidador principal na satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo e correlacional, desenvolvido numa amostra não probabilística de 135 crianças/jovens com diabetes, entre os 8 aos 18 anos, com média de idades de 13,45 anos ( $Dp=2,838$ ) que frequentam a consulta de referência da diabetes em seis hospitais públicos do Norte e Centro do País. Foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica das crianças/jovens e seu cuidador e uma versão adaptada da “Escala de Satisfação dos Utentes com a Consulta de Enfermagem da Diabetes”, de Chaves et al. (2012).

**Resultados:** A amostra era constituída maioritariamente por rapazes (54,1%), entre 8-12 anos (36,3%), residindo 95,6% pelo menos com a mãe, que é considerada significativamente em 83% da amostra, como a principal cuidadora. Assim, predominam os cuidadores do sexo feminino (87,3%), com idade entre os 39-44 anos. A maioria das crianças/jovens (45,2%) assumiu-se *satisfeita* com a consulta de enfermagem da diabetes, 28,9% *pouco satisfeita* e 25,9% *muito satisfeitas*, sendo o índice de satisfação global médio de 87,4% ( $\pm 11,99\%$ ). Das 3 dimensões, as *orientações* apresentaram uma média de satisfação mais elevada ( $M=93,56\%$ ;  $\pm 9,47\%$ ), seguida da *avaliação inicial* ( $M=91,06\%$ ;  $\pm 11,56\%$ ) e, por último, a *relação/comunicação*, com uma média de 79,55 ( $\pm 19,17$ ). Verificou-se que a idade, o(s) coabitante(s) e o número de irmãos das crianças/jovens, bem como a idade do cuidador principal, se relacionam significativamente com a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes. Apenas o rendimento familiar mensal do cuidador principal apresentou relação com a consulta de enfermagem, na dimensão *orientações*.

**Conclusão:** O estudo evidencia a necessidade de se adequarem as estratégias utilizadas na consulta de enfermagem da diabetes, às características da criança/jovem e do contexto familiar, nomeadamente no que concerne à relação/comunicação entre enfermeiro e criança. Promover um maior envolvimento e participação da criança/jovem e da família, sobretudo do pai, nos cuidados necessários, resultará em maior satisfação e consequentemente em melhoria da adesão e da gestão do regime terapêutico.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*; Crianças/Jovens; Consulta de enfermagem da Diabetes; Satisfação.



## **Abstract**

**Background:** Valuation in the health sector is not limited solely to confirm the fulfillment of the objectives proposed by the health system, but check that these are in line with the aspirations and expectations of users. Thus, it is fundamental canvass the views of children/young people with diabetes in order to be able to take a more effective knowledge of their satisfaction with the nursing consultation of diabetes and understand how some of your personal and family characteristics may interfere with this satisfaction.

**Objectives:** To determine the level of satisfaction of children/young people with care in nursing consultation of diabetes and to analyze the relationship between the sociodemographic characteristics of the child/young person and the primary caregiver satisfaction with the nursing consultation of diabetes.

**Methodology:** Quantitative study, cross-sectional, descriptive and correlational, developed a non-probabilistic sample of 135 children/young people with diabetes, aged 8 to 18 years, with mean age of 13.45 years (SD=2,838) attending reference query diabetes in six Northern public hospitals and center of the country. One sociodemographic questionnaire for children was used/young people and their caregivers and an adapted version of "The Users Satisfaction Scale with diabetes Nursing consultation" Chaves et al. (2012).

**Results:** The sample consisted mainly of boys (54.1%), between 8-12 years (36.3%), 95.6% residing at least with the mother, which is considered significant in 83% of the sample, as the main caregiver. Thus, predominantly female caregivers (87.3%), aged 39-44 years. Most children/young people (45.2%) were assumed to be satisfied with the nursing consultation of diabetes, 28.9% somewhat satisfied and 25.9% very satisfied, with an average overall satisfaction rating of 87.4% ( $\pm 11.99\%$ ). Of 3 dimensions, the guidelines had a higher mean satisfaction (M=93.56%;  $\pm 9.47\%$ ), followed by the initial assessment (M=91.06%;  $\pm 11.56\%$ ) and lastly relationship/communication, with an average of 79.55 ( $\pm 19.17$ ). It was found that age, (s) cohabiting (s) and the number of siblings of children/young people, as well as the age of the primary caregiver, relate significantly to the satisfaction of the nursing consultation diabetes. Only the monthly income of the primary caregiver was related to nursing consultation, the guidelines dimension.

**Conclusion:** The study shows the need to fit the strategies used in diabetes nursing consultation, the characteristics of the child/youth and family background, particularly with regard to the relationship/communication between nurse and child. Promote greater involvement and participation of the child/young person and the family, especially the father, the necessary care, will result in greater satisfaction and consequently in improving adherence and management of therapeutic regimen.

**Keywords:** Diabetes *Mellitus*; Children/young people; Diabetes nursing consultation; Satisfaction.



## Índice Geral

Introdução.....	19
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>23</b>
<b>1. Diabetes <i>mellitus</i>: classificação .....</b>	<b>25</b>
1.1. Epidemiologia.....	26
1.2. Diagnóstico e controlo metabólico.....	27
1.3. Complicações.....	29
1.4. Tratamento/ adesão terapêutica.....	31
<b>2. Papel do enfermeiro/educação terapêutica na consulta.....</b>	<b>37</b>
<b>3. Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem .....</b>	<b>43</b>
<b>4. A família da criança com diabetes.....</b>	<b>47</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>51</b>
<b>1. Metodologia .....</b>	<b>53</b>
1.1. Métodos .....	53
1.2. Critérios de operacionalização e recodificação das variáveis .....	55
1.3. Participantes .....	57
<b>1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....</b>	<b>57</b>
1.4. Instrumento de colheita de dados.....	58
<b>1.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica das crianças/jovens e do seu cuidador principal .....</b>	<b>59</b>
<b>1.4.2. Escala de Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes .....</b>	<b>60</b>
1.5. Estudo psicométrico da escala “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”.....	61
<b>1.5.1. Análise fatorial exploratória da escala “Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes” .....</b>	<b>64</b>
<b>1.5.2. Análise fatorial confirmatória da escala “Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes” .....</b>	<b>66</b>
1.6. Procedimentos formais e éticos.....	74
1.7. Análise dos dados .....	76
<b>2. Resultados .....</b>	<b>79</b>
2.1. Análise descritiva .....	79
2.2. Análise inferencial .....	88

<b>3. Discussão.....</b>	<b>107</b>
3.1. Discussão metodológica.....	107
3.2. Discussão dos resultados.....	109
<b>Conclusão .....</b>	<b>119</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>133</b>
Anexo I - Instrumento de colheita de dados	
Anexo II - Termo de consentimento informado	
Anexo III - Autorização para a utilização da Escala “Satisfação dos utentes com a consulta de enfermagem na diabetes”	
Anexo IV - Autorizações de aplicação do instrumento de colheita de dados	

## Índice de Figuras e Gráficos

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica .....	51
Figura 2 - Modelo inicial.....	67
Figura 3 - Modelo sem itens eliminados por assimetria e kurtose muito elevadas .....	67
Figura 4 - Modelo com índice de modificação .....	69
Figura 5 - Modelo de 2ª ordem .....	69
Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de scree plot.....	64



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Controlo glicémico ideal por faixa etária.....	28
Tabela 2 – Operacionalização e recodificação das variáveis .....	56
Tabela 3 - Estatísticas da idade em função do sexo das crianças/jovens .....	58
Tabela 4 - Caracterização da idade em função do sexo das crianças/jovens .....	58
Tabela 5 – Consistência interna dos itens da “Escala de satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes” .....	62
Tabela 6 – Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais .....	65
Tabela 7 – Rácios críticos, trajetórias e coeficientes lambda dos itens restantes.....	68
Tabela 8 – Índices de bondade de ajuste do modelo .....	69
Tabela 9 – Variância Extraída Média e Fiabilidade Compósita .....	70
Tabela 10 – Consistência interna dos itens por fatores.....	71
Tabela 11 – Validade convergente/divergente dos itens .....	72
Tabela 12 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a satisfação .....	72
Tabela 13 – Valores de referência do coeficiente de variação .....	76
Tabela 14 - Caracterização sociodemográfica das crianças/jovens .....	80
Tabela 15 – Estatísticas relativas ao número de irmãos em função do sexo das crianças/jovens .....	81
Tabela 16 - Caracterização clínica das crianças/jovens.....	82
Tabela 17 – Estatísticas relativas à idade do cuidador das crianças/jovens em função do sexo do cuidador .....	83
Tabela 18 - Caracterização sociodemográfica do cuidador das crianças/jovens.....	85
Tabela 19 – Estatísticas relativas ao número de filhos do cuidador das crianças/jovens em função do sexo do cuidador .....	86
Tabela 20 – Estatísticas relativas ao nível de satisfação das crianças/jovens .....	87
Tabela 21 – Estatísticas da satisfação global com a consulta de enfermagem da diabetes e suas dimensões.....	87
Tabela 22 – Satisfação das crianças/jovens em função da idade .....	89
Tabela 23 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e a idade .....	89
Tabela 24 – Satisfação das crianças/jovens em função do sexo .....	90
Tabela 25 – Teste t entre a satisfação das crianças/jovens e o sexo .....	90
Tabela 26 – Satisfação das crianças/jovens em função da escolaridade .....	91
Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e a escolaridade .....	91
Tabela 28 – Satisfação das crianças/jovens em função do(s) coabitante(s) .....	92
Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o(s) coabitante(s).....	92
Tabela 30 – Satisfação das crianças/jovens em função do número de irmãos .....	93
Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o número de irmãos.....	93

Tabela 32 – Satisfação das crianças/jovens em função do principal cuidador .....	94
Tabela 33 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o principal cuidador.....	94
Tabela 34 – Satisfação das crianças/jovens em função da idade do cuidador .....	96
Tabela 35 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e a idade do cuidador ..	96
Tabela 36 – Satisfação das crianças/jovens em função do sexo do cuidador .....	97
Tabela 37 – Teste de U-Mann-Whitney entre a satisfação das crianças/jovens e o sexo do cuidador.....	97
Tabela 38 – Satisfação das crianças/jovens em função do grau de parentesco do cuidador.....	98
Tabela 39 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o grau de parentesco do cuidador .....	98
Tabela 40 – Satisfação das crianças/jovens em função das habilitações literárias do cuidador .....	99
Tabela 41 – ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e as habilitações literárias do cuidador.....	99
Tabela 42 – Satisfação das crianças/jovens em função do estado civil do cuidador .....	100
Tabela 43 – Teste U-Mann-Whitney entre a satisfação das crianças/jovens e o estado civil do cuidador .....	100
Tabela 44 – Satisfação das crianças/jovens em função do local de residência do cuidador .....	101
Tabela 45 – Teste t entre a satisfação das crianças/jovens e o local de residência do cuidador.....	101
Tabela 46 – Satisfação das crianças/jovens em função do número de filhos do cuidador ..	102
Tabela 47 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação da criança/jovem e o número de filhos do cuidador .....	102
Tabela 48 – Satisfação das crianças/jovens em função da situação profissional do cuidador.....	103
Tabela 49 – Test t entre a satisfação das crianças/jovens e a situação profissional do cuidador.....	103
Tabela 50 – Satisfação das crianças/jovens em função do rendimento familiar mensal do cuidador.....	104
Tabela 51 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e o rendimento familiar mensal do cuidador .....	104

## **Siglas, Abreviaturas e Símbolos**

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AMOS – Analysis of Moment Structures

ANOVA – Análise de variância a um fator

CEB – Ciclo do Ensino Básico

cf. – conforme

CFI – Comparative Fit Index

cit. por – citado por

col. – colaboradores

C.R. – Rácios Críticos

CV – Coeficiente de Variação

df – graus de liberdade

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

DM1 – Diabetes *Mellitus* Tipo 1

DM2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2

DOCE – Diabetes: registo das crianças e jovens

Dp – Desvio padrão

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

Ens. prof. – Ensino profissional

Ens. sec. – Ensino secundário

et al. – e outros

F – valor da ANOVA

FC – Fiabilidade Compósita

F1 – Fator 1

F2 – Fator 2

F3 – Fator 3

GFI – Goodness of Fit Index

gr – gramas

HbA1c – Hemoglobina glicada A1c

HC – Hidratos de Carbono

IMC – Índice de Massa Corporal

K – Kurtose

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

K-S – Kolmogorov-Smirnov

M – Média  
Max. – Máximo  
mg/dl – miligramas por decilitro  
Min. – Mínimo  
n – frequência absoluta  
Nº - número  
OM – Ordenação Média  
ord. – ordenado  
P – trajetórias  
p – valor da significância  
p. – página  
PedsQL – Qualidade de vida pediátrica  
Q2 – questão 2  
Q3 – questão 3  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SRMR – Standardized Root Mean Square Residual  
r – coeficiente de correlação  
r<sup>2</sup> - coeficiente de determinação  
RA – Resíduos Ajustados  
RMR – Root Mean Square Residual  
RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation  
s.d. – sem data  
Sk – Skewness  
t – estatística t  
UMW – U-Mann Whitney  
VEM – Variância Extraída Média  
vs. – versus  
x<sup>2</sup> - Qui quadrado  
α – Alpha  
λ – coeficiente lambda  
< - menor  
≤ - menor ou igual  
> - maior  
≥ - maior ou igual

## Introdução

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica grave que evolui de forma lenta e progressiva e que necessita de uma adequada orientação e tratamento para prevenir/minimizar as possíveis complicações, o que leva a alterações dos hábitos de vida (Freitas & Sabóia, 2007).

Esta doença crónica implica que a criança/jovem e sua família/cuidador aceite a doença e o tratamento no seu todo, incluindo os sentimentos negativos que possam surgir (ansiedade, dor, medo da discriminação, medo de morrer, etc.) e os custos económicos e sociais que pode acarretar e interferir na qualidade de vida. Além disso, a DM necessita de cuidados contínuos que incluam a monitorização da glicemia, a administração de insulina, a realização de uma dieta saudável e a prática regular de exercício físico, para manter um bom controlo metabólico e para proporcionar um crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social dentro da normalidade (Freitas & Sabóia, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, na criança, o diagnóstico da diabetes implica uma gestão da situação não só pela criança, mas também pelos pais, assumindo estes o principal controlo diário da situação, tanto ao nível do tratamento, como também na manutenção de um estilo de vida saudável e de comportamentos de autovigilância necessários a um bom controlo metabólico. A interiorização desta realidade representa um importante fardo emocional, social e comportamental tanto para a criança, como para os pais, sobretudo pela necessidade do desenvolvimento de conhecimentos e competências num período curto de tempo, que lhes permitam tomar decisões adequadas (Ziemer, Miller, Rhee, Doyle, Watkins, Cook, Gallina, El-Kebbi, Barnes, Dunbar, Branch & Phillips, 2005).

A capacitação da criança/família para esta nova realidade decorre por norma nas consultas de referência de diabetes infantil, especificamente através de programas de educação terapêutica, postos em prática por uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento global da criança/adolescente e que tenha como objetivo primário envolver os pais e familiares neste processo. O atendimento deve adequar-se às diferenças de temperamento, personalidade e dinâmica interpessoal de cada criança/adolescente, das características familiares, rede de apoio social e financeiro e das respostas dos professores e comunidade onde esta família se insere.

Assim, para a melhoria dos cuidados de saúde nas consultas de enfermagem da diabetes infantil, assume-se como fundamental que se adequem os cuidados prestados a

cada criança/jovem e família, sendo necessário igualmente compreender se as estratégias usadas estão a ser suficientes para melhorar a intervenção desempenhada nestas consultas, para, deste modo, se tornarem num contributo efetivo ao equilíbrio biopsicossocial. Por outro lado, o comportamento que o enfermeiro adota na transmissão da informação, a sua disponibilidade e o cuidado em envolver a criança/jovem e as pessoas significativas em todo o processo, vai ter uma influência positiva no autocuidado, com conseqüente satisfação do utilizador dos cuidados de saúde, objetivo primordial do prestador de cuidados.

É com base nestes pressupostos que me proponho realizar o presente trabalho cujo tema é “Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes: Influência das características sociodemográficas da criança e cuidador” uma vez que as características que envolvem a criança, nomeadamente as questões financeiras e a própria literacia da família podem ser decisivas na adesão ao tratamento e no controle da doença. Justifica-se a opção por esta temática com a premência de se perceber qual a importância que esta consulta tem para as crianças/jovens e desta forma elencar novas práticas para melhorar o atendimento nesta consulta.

Assim, delinearam-se as seguintes questões que norteiam esta investigação: i) Qual o nível de satisfação das crianças/jovens com os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes?; ii) Qual a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes?; iii) Qual a relação entre as características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação desta com a consulta de enfermagem da diabetes?

Das questões supramencionadas, delineou-se um conjunto de objetivos: i) determinar o nível de satisfação das crianças/jovens com aos cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes; ii) analisar a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes; iii) analisar a relação entre características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação desta com a consulta de enfermagem da diabetes.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira remete para a revisão da literatura, fazendo-se o enquadramento teórico. Deste modo, começa-se por contextualizar a diabetes quanto à sua etiologia, classificação, epidemiologia, diagnóstico, complicações e tratamento. De seguida menciona-se o papel do enfermeiro na educação para a saúde, posteriormente aborda-se o tema da satisfação na consulta de enfermagem da diabetes e por fim, alude-se ao papel da família da criança com diabetes. A segunda parte engloba a metodologia empregada no estudo.

Consciente de que todo o esforço foi efetuado para que esta experiência se tornasse significativa, espera-se atingir os objetivos propostos e, desta forma, constituir um momento de crescimento pessoal e profissional, indispensáveis a um desenvolvimento saudável na formação. Espera-se igualmente que os resultados obtidos com este estudo tragam alguns contributos para se conhecer melhor o fenómeno na população estudada e para melhorar os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes.



## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

---



## 1. Diabetes *mellitus*: classificação

A diabetes é uma síndrome endócrina metabólica crônica que se caracteriza pelo aumento da glicose circulante no sangue (hiperglicemia), resultante da falta ou da deficiência de produção de insulina pelo pâncreas e/ou da incapacidade de a insulina produzida exercer a sua função adequadamente com sucesso (Observatório Nacional de Diabetes, 2013), resultando num ajuste do metabolismo, alterações fisiológicas, em todas as regiões do corpo (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Esta patologia tem uma origem multifatorial e as causas que a despoletam ainda não são conhecidas na íntegra. No entanto crê-se que, provavelmente, seja a combinação de fatores genéticos com as alterações nos fatores de risco ambiental, (como por exemplo, a exposição a certas infeções virais, bacterianas ou químicas) que possam desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar a destruição das células beta pancreáticas já em progressão (Hockenberry & Winkelstein, 2014). Neste sentido, trata-se de uma doença autoimune que se desenvolve após um ataque do sistema imunitário contra as células beta do pâncreas, que são as células responsáveis por produzir a insulina (Hockenberry & Winkelstein, 2014). Assim, designam-se de autoimunes as doenças às quais um determinado agente, podendo ser um vírus, uma bactéria ou um fator alimentar, produz uma resposta de anticorpos enviados a algum tecido do próprio organismo (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

*Grosso modo*, a DM pode ser considerada como uma doença heterogénea, com apresentação e etiologia variáveis. Com o aumento preocupante da prevalência da obesidade, a diabetes mellitus tipo 2 tem vindo a manifestar-se em idades jovens. Contudo, a forma predominante na criança e adolescência é a DM1, mediada pelo sistema imunológico (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2012) classifica a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos, da diabetes *mellitus*:

- a diabetes *mellitus* tipo 1 corresponde a 5-10% de todos os casos diagnosticados de diabetes, sendo a perturbação de metabolismo mais comum na idade pediátrica (Cavalcanti, 2008, DGS, 2011). Resulta da destruição das células  $\beta$  do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células  $\beta$  dá-se por um mecanismo

autoimune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 autoimune. Em alguns casos, todavia, não se consegue documentar a existência do processo imune, passando a ser denominada por diabetes tipo 1 Idiopática (Observatório Nacional de Diabetes, 2013);

- a diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes (com cerca de 90-95% dos casos) mas pouco frequente nas crianças, resultando da existência de insulopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência (DGS, 2011);

- a diabetes gestacional condiz com qualquer grau de intolerância à glucose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez, o que pode resultar em complicações para o recém-nascido (DGS, 2011);

- outros tipos específicos de diabetes que correspondem a situações em que a diabetes é consequente de um processo etiopatogénico identificado, como, por exemplo, em casos de defeitos genéticos da célula  $\beta$  pancreática; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias, induzida por químicos e/ou fármacos; infeções; outras síndromes genéticas associadas à doença, assim como formas invulgares de diabetes autoimune (DGS, 2012).

Ainda de acordo com a DGS (2012), a nova classificação da DM é distinta da anterior, particularmente, pelos seguintes aspetos: utilização da etiologia como único critério para classificar a diabetes; abandono dos termos “Diabetes Insulinodependente” e “Diabetes Não Insulinodependente”; utilização dos termos “Diabetes Tipo 1” e “Diabetes Tipo 2” para definir os dois principais tipos de Diabetes, com abandono da anterior numeração romana (Tipo I e Tipo II); abandono do termo “Diabetes Relacionada com a Má Nutrição”.

A nova classificação abandona os termos “diabetes insulinodependente” e “diabetes não insulinodependente” uma vez que se considera que qualquer que seja o processo etiológico de base da diabetes, a mesma evolui, no seu tratamento ou compensação, através de estádios clínicos. Isto é, a mesma pessoa diabética, ao longo da história natural da doença, pode transitar, em ambos os sentidos, de um estágio para outro. Por outro lado, o facto de um diabético necessitar de insulina para o seu controlo não significa, necessariamente, que seja insulinodependente, existindo, no entanto, uma exceção para a diabetes tipo 1, em que a evolução é, sempre, no sentido da insulinodependência (Oliveira & Oliveira, 2010).

### 1.1. Epidemiologia

A diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, equivalente a 8,3% da população mundial. Estima-se que, em 2035, o número de pessoas com diabetes

no mundo atinja os 592 milhões, o que corresponderá a um aumento de 55% da população atingida pela doença (Observatório Nacional de Diabetes, 2013). A mesma fonte indica que a diabetes foi causa de morte de 5,1 milhões de pessoas, em 2013.

A DM1 é a forma mais frequente nas crianças e nos adolescentes diagnosticados com esta doença (95% dos casos), sendo uma das doenças endócrino-metabólicas mais frequente na idade pediátrica (DGS, 2012). Segundo Santos, Gaspar, Anselmo, Calha, Lopes e Pina (2011), a DM1 atinge aproximadamente 440 000 crianças em todo o mundo, sendo diagnosticados cerca de 70 000 novos casos por ano.

A taxa de incidência da DM1 na infância e adolescência tem vindo a aumentar cerca de 3% por ano. Nesta população, em Portugal, a incidência da DM1 tem vindo a aumentar. Em 2012, segundo o Diabetes – registo das Crianças e jovens, referenciado pelo Observatório Nacional de Diabetes (2013), esta patologia atingiu 3196 crianças com idades entre os 0 e os 19 anos, o que corresponde a 0,15% da população nesta faixa etária, tendo sido detetados 16,8 de novos casos de DM1 por cada 100 000 crianças com idades compreendidas entre os 0-19 anos, sendo este um valor significativamente superior ao registado no ano de 2000, onde tinham sido detetados 7,2 novos casos por cada 100 000 crianças com o mesmo intervalo de idades (Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Estes dados correspondem à tendência internacional de aumento da DM1, nomeadamente em idades cada vez mais precoces (DGS, 2012).

## 1.2. Diagnóstico e controlo metabólico

Na diabetes, devido à deficiência de insulina, a glicose não pode entrar nas células, aumentando a sua concentração na corrente sanguínea (hiperglicemia), o que gera um gradiente osmótico que provoca um movimento de líquido intersticial do espaço intracelular para o espaço extracelular, de onde é posteriormente excretado pelos rins. O elevado transporte osmótico da água (poliúria) juntamente com a glicose (glicosúria) leva a uma excessiva eliminação urinária de água (e de outras substâncias essenciais) que causa sede excessiva (polidipsia) (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A diabetes manifesta-se então através da hiperglicemia que, por sua vez, apresenta como sintomas específicos: polifagia, polidipsia, poliúria, glicosúria, perda de peso súbita, visão turva, tonturas, cansaço, letargia, feridas de cura lenta e infeções recorrentes, que devem ser identificados o mais precocemente possível para evitar complicações (Ghelman, Souza & Machado, 2009; Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A DM, na população em geral, não deve ser diagnosticada somente com base nos sintomas supracitados da hiperglicemia, mas deve ser confirmada através da colheita de sangue, segundo os seguintes critérios (DGS, 2011; Observatório Nacional de Diabetes, 2013):

- valores de glicemia em jejum superiores ou iguais a 126 mg/dl em duas análises sanguíneas;
- valores de glicemia igual ou superior a 200 mg/dl numa análise realizada em qualquer altura do dia, associados aos sintomas clássicos da descompensação da glicemia;
- valores de glicemia igual ou superior a 200 mg/dl, 2 horas após a realização da prova de tolerância à glicose oral com 75gr de glicose;
- valores de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) igual ou superior a 6,5%. Este valor pode variar, dependendo da idade, do tempo de diagnóstico de diabetes e das complicações existentes.

Este último controlo metabólico da análise laboratorial sanguínea à hemoglobina glicada indica o valor médio da concentração de glicose num eritrócito durante o período ao qual corresponde a semivida do eritrócito (2-3 meses), uma vez que este é permeável à glicose (Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Assim, este doseamento é um meio de efetuar uma avaliação retrospectiva do controlo metabólico correspondente aos últimos 2-3 meses (Covinhas, 2007; Hockenberry & Winkelstein, 2014). Caso a pessoa se encontre assintomática, não deve ser diagnosticada a diabetes com base num único valor anormal de glicemia em jejum ou de HbA1c, devendo a diabetes ser confirmada após uma a duas semanas, numa segunda análise (DGS, 2011).

De acordo com a *American Diabetes Association* (2008), o controlo glicémico ideal por faixa etária é o descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 - Controlo glicémico ideal por faixa etária

Idade	Glicemia (mg/dl)		
	Jejum/ Pré- refeição	Pós-refeição/ hora de deitar	HbA1c
<b>Crianças pré-escolares</b> (0-6 anos)	100 – 180	110 – 200	< 8,5% e > 7,5%
<b>Idade escolar</b> (6-12 anos)	90 – 180	100 – 180	< 8%
<b>Adolescentes e Adultos</b> (13-19 anos)	90 – 130	90 – 150	< 7,5%

Fonte: Adaptado de American Diabetes Association (2008)

Por sua vez, a hipoglicemia (valores laboratoriais de glicemia inferiores a 70 mg/dl em jejum ou 2 horas após as refeições) pode ocorrer devido a uma hiperinsulinização exógena, a uma taxa inadequada de insulina/glucagon, ao aumento da sensibilidade à insulina, a uma mudança da quantidade dos alimentos ingeridos ou da hora da refeição e/ou a um aumento do exercício físico, sem compensação com hidratos de carbono (Basualdo, 2011).

Os sintomas associados à hipoglicemia podem ser neurovegetativos (astenia, tonturas, tremores, sudorese, palidez, taquicardia, palpitações, etc.) e neurológicos (diplopia, convulsões, sonolência, confusão, agressividade, perda de consciência e coma) (Covinhas, 2007; Freitas & Sabóia, 2007). A gravidade das hipoglicemias, para além do impacte na saúde da criança/jovem, reside na dificuldade sentida pela própria em reconhecer os sintomas atempadamente, o que a torna dependente de terceiros para correção da hipoglicemia (Ghelman, Souza & Machado, 2009).

A hipoglicemia pode ser sintomática ou assintomática, mas desde que o valor de glicemia capilar seja inferior ou igual a 70 mg/dl, a criança deve ingerir hidratos de carbono simples por via oral (por exemplo açúcar simples) ou uma bebida açucarada, de modo a que se eleve a glicemia para 100 mg/dl. A quantidade deste hidrato de carbono fornecido depende do peso da criança, do tipo de terapêutica realizada, da proximidade com a última dose de insulina e do tempo e da intensidade de exercício físico praticado (se tiver praticado exercício físico anteriormente). Posteriormente deve aguardar-se 15 minutos e reavaliar a glicemia capilar (Miculis, Mascarenhas, Boguszewski & Campos, 2010). Se os níveis de glicemia capilar ainda não estiverem normalizados, repete-se a dose de hidrato de carbono simples e repete-se o teste passado 20 a 30 minutos (Miculis et al., 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2011). Se a criança recuperou, deve ingerir uma refeição (se estiver dentro desse horário) ou 1 equivalente/porção de hidrato de carbono de ação lenta, para assim prevenir uma repetição da hipoglicemia (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

### 1.3. Complicações

A DM é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, na qual uma pessoa tem o dobro do risco de morrer, quando comparado com outra pessoa da mesma idade que não tenha esta doença. Todavia, um intensivo controlo da glicemia permite adiar o aparecimento de complicações crónicas cerca de 15 anos (Almeida & Pereira, 2008).

Neste sentido, o enfermeiro deve saber identificar precocemente as complicações que podem ocorrer na criança e reconhecer a sintomatologia de cada complicação para, assim, poder intervir e atuar na prevenção e na minimização da sua ocorrência através da educação em saúde (Oliveira & Oliveira, 2010). As complicações podem ser reduzidas se houver uma vigilância periódica dos órgãos que podem ser mais afetados (olhos, rins, nervos periféricos e sistema vascular) (Observatório Nacional da Diabetes, 2013).

Um controlo metabólico inapropriado e uma incorreta adesão terapêutica podem causar problemas no desenvolvimento da criança e provocar internamentos hospitalares recorrentes (Observatório Nacional da Diabetes, 2013). É frequente que a criança tenha complicações agudas, a curto prazo (hipoglicemias e hiperglicemias) que em situações extremas podem conduzir ao coma. Devido a um mau controlo metabólico continuado, podem ocorrer complicações a longo prazo (dificilmente observáveis na criança/jovem), que se manifestam através de perturbações do sistema cardiovascular, renal e visual, devido à destruição progressiva das células destes órgãos sensíveis, o que pode conduzir a lesões irreparáveis (Antunes, Sousa-Uva, Nunes, Simões, Rodrigues & Matias-Dias, 2011; Covinhas, 2007).

As complicações vasculares resultam em quadros clínicos mais graves que podem atingir pequenos ou grandes vasos sanguíneos, dividindo-se, respetivamente, em complicações microvasculares (que incluem a retinopatia, nefropatia, neuropatia e necrose dos membros) e macrovasculares (que incluem as doenças arteriais coronárias, doenças cerebrovasculares e vasculares periféricas), que são incomuns antes dos 10 anos de idade (Miculis et al., 2010; Oliveira & Oliveira, 2010).

As crianças são mais sensíveis à falta de insulina do que os adultos e por isso possuem um maior risco em desenvolver, de forma rápida e dramática, cetoacidose metabólica que pode ser letal, pois leva a um desequilíbrio ácido-base (Observatório Nacional da Diabetes, 2013; Oliveira & Oliveiras, 2010). Os principais fatores de risco para o desenvolvimento destas complicações são o tempo de diagnóstico da diabetes, a falta de um adequado controlo glicémico, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão e o consumo tabágico (DGS, 2012).

Devido aos fatores de risco associados à retinopatia e à nefropatia, deve ser realizada uma triagem anualmente a partir dos 11 anos de idade (se a criança tem 2 anos de evolução da diabetes) ou a partir dos 9 anos (se existem 5 anos de evolução da diabetes). Quando há fatores de risco associados às complicações macrovasculares, a triagem deve começar após os 12 anos de idade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

#### 1.4. Tratamento/ adesão terapêutica

A diabetes é uma das patologias crônicas cujo tratamento é mais exigente e, caso não haja adesão a esse tratamento, a pessoa corre um risco exponencialmente acrescido de morbidade e mortalidade (Almeida & Pereira, 2008; Covinhas, 2007).

Os doentes diabéticos tipo 1 podem ter uma vida saudável e livre de excessivas limitações, desde que cumpram adequadamente o seu tratamento, a fim de conservar os índices de glicose no sangue o mais próximo possível do que é considerado normal, de manter a ausência de sintomas, prevenir o aparecimento das complicações a longo prazo e evitar descompensações agudas (hipoglicemia, hiperglicemia e cetoacidose) (Pereira, 2012).

Sustentado em Glasgow (1991), Almeida (2003) refere que é fundamental compreenderem-se três aspetos a fim de se abordar o estudo da adesão ao tratamento da diabetes. Em primeiro lugar, Almeida (2003) ressalva que a diabetes não é uma entidade clínica única, abarcando determinadas perturbações heterogêneas que têm em comum a modificação do metabolismo da glicose. Em segundo lugar, existem múltiplas dimensões relevantes no auto-tratamento, entre as quais se destaca: i) o comportamento alimentar, ii) a prática de exercício físico, iii) a administração de medicação, iv) a monitorização da glicemia, v) a adoção de medidas preventivas (como o transporte de um suplemento de açúcar) e vi) integração apropriada de todas estas atividades. Um outro fator consiste no facto de que a adesão a uma destas dimensões não se correlaciona de modo significativo com a adesão a qualquer uma das outras. Em terceiro lugar, os doentes parecem não receber ou não recordar prescrições explícitas quanto a algumas destas áreas, o que torna impossível calcular o nível de adesão quando não existem critérios específicos para comparar o comportamento do doente (Glasgow, 1991, cit. por Almeida, 2003).

A DM1 exige um tratamento diário individual e complexo que inclui a administração de insulina, o cumprimento de um plano alimentar, a prática de exercício físico regular, a autovigilância e autocontrolo da diabetes através da vigilância diária dos valores de glicemia e, por vezes, através de testes à urina, com o propósito de garantir um crescimento e desenvolvimento normal, promover uma boa compensação da diabetes e evitar/prevenir/minimizar as complicações da doença (Covinhas, 2007; Pereira, 2012).

Diariamente, a insulina pode ser administrada por via subcutânea (várias vezes ao dia, nomeadamente antes das refeições) ou por bomba de infusão de insulina, sendo o primeiro método o mais utilizado. Ambos os métodos obrigam a uma monitorização regular dos valores de glicemia, de forma a assegurar uma quantidade correta de insulina a

administrar (DGS, 2012; Pereira, 2012; Sousa, Peixoto & Martins, 2008). Por volta dos 9/10 anos, a criança já pode participar na monitorização da glicemia e na autoadministração da insulina e ser autónoma durante a adolescência (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Idealmente, a criança/jovem deveria adequar a administração de insulina à contagem de hidratos de carbono. Aquando da consulta da diabetes, a dose de insulina a ser administrada pode necessitar de ser ajustada dependendo dos resultados individuais das glicemias (Pereira, 2012).

A bomba de infusão de insulina agrega uma seringa que está ligada por um pequeno tubo a um cateter ou a uma pequena agulha que fica debaixo da pele do abdómen. Assim, a bomba vai libertando via subcutânea uma quantidade fixa de insulina programada pelo médico. Este método é uma alternativa à insulinoterapia com múltiplas injeções diárias (Hockenberry & Winkelstein, 2014; Pereira, 2012).

A adoção de hábitos alimentares adequados também é essencial para o controlo metabólico da DM. A adesão ao tratamento dietético nem sempre é fácil, pois, na maioria das vezes, implica que se façam mudanças nos padrões alimentares adotados (Queiróz, 2008). No entanto, a alimentação da criança/jovem diabética não deve ter restrições severas e deve basear-se nos princípios de uma alimentação saudável e equilibrada, recomendada para qualquer criança sem diabetes, de modo a promover um desenvolvimento e crescimento saudáveis, apenas com controlo da glicemia e de acordo com a sua cultura, etnia e tradição familiar (Fragoso, Araújo, Lima, Freitas & Damasceno, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A criança/jovem deve fazer 6 refeições diárias com intervalos de 3 horas, incluindo todos os alimentos da roda dos alimentos, se não houver contraindicação para tal. Deve ser feito um plano alimentar individual para que a criança entenda melhor a relação dos alimentos com os seus níveis glicémicos, para que ajuste a hora e o tipo de dieta conforme a insulina a administrar e a atividade física a praticar e para que saiba fazer a contagem dos hidratos de carbono para manter a glicemia dentro dos parâmetros considerados normais (Basualdo, 2011). Os hidratos de carbono (HC) são efetivamente os principais responsáveis pelo aumento de glicose no sangue, mas não devem ser excluídos da dieta. Devem sim, ser racionalizados e o seu consumo individualizado de acordo com o tratamento terapêutico da criança/jovem para se evitar complicações ligadas quer à hiper quer à hipoglicémia (Basualdo, 2011). A quantificação dos HC é operacionalizada através da contagem dos equivalentes, sendo que 1 equivalente corresponde a aproximadamente 10 a 15 gr de HC (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em complementaridade, um programa regular de atividade física diminui significativamente os níveis da hemoglobina glicada, permite controlar o peso e melhora o perfil lipídico e a pressão arterial, que são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares nas crianças e jovens com DM (Miculis, Mascarenhas, Boguszewsk & Campos, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2011). Contudo, apesar de uma atividade física regular, de intensidade moderada a vigorosa durante 30 a 60 minutos, ser benéfica para a saúde quando conjugada com um plano alimentar individualizado e um regime adequado de insulina, segundo Miculis et al. (2010), a maioria das crianças e jovens com DM1 pratica atividade física abaixo da recomendada, pelo receio da ocorrência de hipoglicemia durante ou várias horas após o término do exercício. Para isso, antes de realizar uma atividade física e de acordo com a duração e intensidade do exercício a ser praticado, a criança deve reduzir em 20% a dose de insulina administrada na refeição anterior ao exercício físico (se este for planeado) e/ou repor os HC antes, durante e no final do exercício, se a glicemia capilar for inferior a 120mg/dl nalgum destes momentos. Também pode ser necessário reduzir a dose de insulina na refeição após o exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Quanto à escolaridade, e considerando que habitualmente as crianças permanecem diariamente na escola entre 4 a 8 horas, este facto pode representar um desafio ou um apoio ao tratamento. As estratégias para manter um bom controlo metabólico devem estar adaptadas às características da criança/jovem com diabetes, tendo em conta os horários escolares e a alternância dos períodos escolares com os períodos de férias (Antunes et. al, 2011). As crianças/jovens devem integrar completamente a vida escolar normal, sem qualquer discriminação, e não devem ser impedidas de participar em todas as atividades escolares, nomeadamente nas atividades físicas, desde que a sua glicemia se encontre monitorizada (Leite, Costa, Guse, Dorociaki, Silveira, Teodorovicz, Martinatto & Niclewicz, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Apesar de a maioria das crianças em idade escolar, ser relativamente independente na gestão da diabetes na escola, pode vir a necessitar de assistência, pelo que todos os funcionários da escola e até mesmo os colegas, devem estar habilitados a reconhecer e a reverter os sinais e sintomas de hipoglicemia e de hiperglicemia. Para isto, deve existir uma articulação entre o enfermeiro da consulta da diabetes e o enfermeiro da saúde escolar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Relativamente aos rendimentos financeiros, o consumo de medicamentos para a diabetes em Portugal, cresceu cerca de 24% entre 2000 e 2010, o que é semelhante ao ocorrido em outros países da União Europeia. Este facto depende de fatores como o aumento da prevalência da diabetes, o aumento do número e da proporção de pessoas

tratadas e o aumento das dosagens médias usadas no tratamento (Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Em 2012 foram vendidas em ambulatório 9 milhões de embalagens de antidiabéticos orais e insulinas, o que corresponde a um encargo financeiro total de 208,8 milhões de euros anuais nas vendas destas embalagens, sendo que 191,8 milhões de euros anuais são do encargo do Sistema Nacional de Saúde e 17 milhões de euros anuais, ou seja, 8,1% da despesa, são do encargo dos utentes. Entre 2003 e 2012, o custo médio das embalagens de insulina aumentaram quase o dobro (94%) (Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Assim, pode deduzir-se que o custo elevado no tratamento da diabetes pode impedir que, quem tenha um menor rendimento financeiro, siga as recomendações necessárias para esse tratamento, como por exemplo, a administração de insulina, mas também o acesso a alimentos saudáveis e a atividade física regular (Marques, Fornés & Stringhini, 2011).

O controlo da diabetes torna-se num processo difícil devido a fatores fisiológicos e a fatores psicológicos, o que implica a necessidade de se conhecerem os fatores psicossociais que condicionam a adesão ao tratamento da diabetes, um determinante que poderá ser essencial para o bem-estar e para a qualidade de vida dos doentes (La Greca, 1990; Woolfsdorf, 1999, cit. por Almeida, 2003).

O comportamento humano possui vários determinantes de adesão à terapêutica, que Covinhas (2007), agrupou em 3 fatores: fatores relacionados com a doença (tais como a gravidade da doença, complexidade e duração do tratamento e medo dos efeitos secundários), fatores relacionados com as características do doente (por exemplo, auto-avaliação das competências para realizar o comportamento, a representação da doença e crenças acerca do tratamento, expectativas quanto aos resultados, avaliação dos custos versus benefícios e a existência de suporte social) e fatores relacionados com a satisfação com a consulta e com a relação terapêutica (tipo de comunicação, expectativas do médico, regularidade das consultas, tempo de espera).

Neste âmbito, importa referir que o comportamento da criança/jovem, depende da capacidade dos profissionais de saúde em comunicar os comportamentos desejados, e também do nível de conhecimento e de competências da criança/jovem e do cuidador principal. O não cumprimento da prescrição ou a não realização do comportamento desejado relativamente à doença podem incluir a omissão de doses, ingestão errada de medicação, erros de dosagem ou a suspensão da terapia antes da conclusão recomendada (Almeida, 2003). A adesão ao regime terapêutico imposto pela diabetes *mellitus* implica uma variedade de problemas aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, e aos doentes. Trata-se de uma complexidade resultante de uma multiplicidade de exigências terapêuticas e de formas como se aborda a doença (Almeida, 2003). Desta feita, deve

considerar-se que o diabético faz um tratamento quotidiano que exige várias condições stressantes para os quais a criança/jovem necessita de ter competências psicológicas (cognitivas e comportamentais) e suporte familiar, a fim de efetuar transformações no seu estilo de vida e ultrapassar as barreiras que impedirão o conveniente controlo da doença (Almeida, 2003).

O estudo de Almeida e Pereira (2008), que teve como objetivo a adaptação do Questionário de Stresse face à diabetes numa amostra de 256 adolescentes com diabetes tipo 1, revela a existência de queixas somáticas, stresse social e escolar, ansiedade/depressão, stresse face à hipoglicemia, relação médico-doente, regime terapêutico. Os autores constataram que existe uma correlação com a adesão ao tratamento e com a qualidade de vida. Todavia, não verificaram diferenças entre o sexo e a variação no nível do stresse ao longo da idade.

Almeida e Pereira (2008) referem que a diabetes nas crianças/jovens impõe um tratamento intenso e rigoroso para obter um bom controlo metabólico. Este requer vigilância e perseverança quotidianas em várias tarefas exigentes, nomeadamente: seguir uma dieta restritiva, ter refeições em horários determinados, administrar insulina várias vezes ao dia e picar o dedo antes de cada refeição para determinar o nível de glicemia. Para além disto, a alteração nas rotinas diárias, como ficar até mais tarde numa atividade escolar ou lúdica, participar numa atividade desportiva inesperada, obriga a ajustamento na ingestão alimentar ou na dose de insulina para manter o controlo metabólico.

Por outro lado, salientam as ameaças relacionadas com a doença, como o receio de uma hipoglicemia, culpa por ter feito algo que tenha provocado uma hipo ou hiperglicemia; medo das complicações a longo prazo, como a cegueira ou nefropatia. Os mesmos autores referem, ainda, o sentimento de vergonha pela necessidade de realizar procedimentos médicos ou recusar alimentos mais calóricos em contextos sociais, o que pode resultar numa perceção de diferença e de vulnerabilidade numa fase de desenvolvimento em que a pertença e a identificação aos pares são basilares para a emancipação da tutela parental e o desenvolvimento da personalidade. Estes aspetos relacionados com a diabetes e o tratamento exigem uma constante adaptação a acontecimentos ameaçadores, fazendo com que a adesão ao regime terapêutico se torne numa tarefa difícil, que poderá, nalguns casos, ser experienciada com ansiedade e perturbar a qualidade de vida da criança/ jovem com diabetes. Contudo, um grande número de crianças e jovens executam sem dificuldade as exigências impostas pelo tratamento da diabetes, alcançando um bom controlo metabólico, que possibilita reduzir a frequência de perturbações agudas, como a hipoglicemia, bem como evitar complicações a longo prazo e manter uma qualidade de vida ótima (Almeida & Pereira, 2008).



## **2. Papel do enfermeiro/educação terapêutica na consulta**

A educação em saúde e o acompanhamento da criança com diabetes são a chave para o sucesso dos resultados obtidos. É uma prática reflexiva e crítica de parceria entre o enfermeiro e a criança/jovem e sua família que possibilita uma troca de saberes, para que a criança/jovem/família aceite a sua condição de saúde e cuide de si, de acordo com essa mesma condição. Esta será uma forma que permite obter, de forma consciente, o máximo controle da doença e o máximo poder possível sobre a sua vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim sendo, a criança/jovem tem que reconhecer-se, (re)construir as suas ideias e (re)formular as suas atitudes para poder enfrentar e conviver com a sua doença (Freitas & Sabóia, 2007).

Os enfermeiros têm um papel primordial no âmbito da promoção da saúde, pelo que necessitam desenvolver competências comunicacionais que lhes possibilitem a transmissão de informação e a validação da mesma pela criança/jovem e sua família, adotando estratégias de comunicação de acordo com a faixa etária e o estágio de desenvolvimento.

Deste modo, o enfermeiro deve desenvolver a sua prática educativa de forma humanizada, personalizada, individualizada e adaptada, tendo sempre em conta as características da criança/jovem, o seu estágio de desenvolvimento e a sua maturidade, estilo de vida, sensibilidade cultural, estágio da doença e necessidades manifestadas, de modo que não esteja apenas voltada para a doença, mas também para a pessoa que a possui (Freitas & Sabóia, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A reação da criança/jovem à diabetes depende não só da sua idade, nível de desenvolvimento, dos seus conhecimentos e temperamento, como também das reações da sua família e das pessoas significativas. Por esta razão, os enfermeiros não devem limitar a sua atenção na criança/jovem, mas envolver também a família, e se necessário os educadores/professores da escola, nos cuidados a prestar (Pereira, 2012). Como tal, assume-se como relevante que o enfermeiro conheça estas variáveis para proporcionar o tipo de informação e de apoio necessário. Esta informação não deve ser transmitida toda de uma só vez, mas de acordo com as necessidades da criança/jovem e deve ser descrita e repetida com a frequência que a situação exigir (Freitas & Sabóia, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011). À medida que as dúvidas vão surgindo, o enfermeiro deve responder de forma honesta e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A educação para a diabetes deve ser feita logo na fase inicial, após o seu diagnóstico, pois, de acordo com Leite et al. (2008), a adesão ao tratamento e a postura da criança/jovem e a da sua família em relação à diabetes propende a ser mais resistente às mudanças, com o passar do tempo. Assim sendo, o programa educacional deve ser efetuado num ambiente propício à aprendizagem e para promover uma melhor gestão do regime terapêutico, com o recurso à utilização, se possível, tecnologias interativas, nomeadamente vídeos, jogos de computador, entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Uma vez que a DM1 é uma doença crónica, deve ser, sobretudo, no ambulatório que os cuidados devem ser prestados, sempre com seguimento regular nas consultas da diabetes (Santos, Silva, Oliveira-Cardoso Mastropietro & Voltarelli, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A educação terapêutica na consulta da diabetes deve ser multidisciplinar, sempre que possível constituída por médicos pediatras, endocrinologistas, enfermeiros, dietistas/nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e especialistas em atividade física, cada um com seu papel, mas todos adequadamente qualificados para ensinar a criança/jovem com diabetes, de modo a atuar de forma conjugada e integrada para proporcionar apoio psicológico e informação abrangente sobre a doença e o respetivo tratamento, quer às crianças quer aos seus cuidadores (Ferrito, 2010; Leite et al., 2008; Pereira, 2012). Para garantir a continuidade dos cuidados, a equipa deve facilitar a transferência de informações adequadas entre todos os membros (Ferrito, 2010).

Os cuidados de enfermagem devem ter por base uma metodologia científica, que inclua a identificação dos problemas, a recolha e análise dos dados, a formulação dos diagnósticos de enfermagem, a elaboração dos planos de prestação de cuidados e sua implementação, que neste âmbito passa por ensinar, instruir e treinar a criança/jovem e sua família, e a avaliação dos resultados. Estes últimos passos devem ser feitos em parceria com a criança/jovem/família a fim de facilitar, de forma partilhada, a superação dos problemas diagnosticados (Ferrito, 2010).

Durante a colheita de dados, o enfermeiro deve analisar a estrutura, a dinâmica, os recursos económicos e os fatores socioculturais da família. Nas consultas seguintes, deve determinar-se o impacto da doença na criança/jovem e na família e fortalecerem-se as competências técnicas e cognitivas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e juvenil, no seu exercício profissional, pretende alcançar os mais elevados níveis de satisfação das crianças/jovens (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Para isso, o enfermeiro deve, segundo Cavalcanti (2008), Ordem dos Enfermeiros (2011) e Pereira (2012):

- saber ouvir a criança/jovem;
- conhecer os sentimentos e os pensamentos da criança/jovem, bem como as suas motivações;
- criar empatia com a criança/jovem durante a prestação de cuidados, com base na sua idade e estágio de desenvolvimento;
- atender aos aspetos emocionais e sociais respeitando as capacidades, crenças, valores e cultura de cada criança/jovem;
- fornecer informação sobre a doença e respetivo tratamento;
- planear o processo de cuidados em parceria com a criança/jovem/família;
- minimizar o impacto negativo causado pelas mudanças provocadas pela doença.

De acordo com Oliveira e Oliveira (2010), a consulta de enfermagem é um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o utente, que exige que o enfermeiro saiba ouvir e que a comunicação entre ambos seja eficaz, obtendo-se um direcionamento correto da informação, de modo a que o enfermeiro compreenda a realidade de cada criança e a oriente para que ela possa conviver com a sua condição crónica. O enfermeiro, para além de uma relação empática, deve possuir uma visão holística da criança e prestar cuidados qualificados de forma humanizada (Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Em conformidade com os autores supracitados, o comportamento que o enfermeiro adota na transmissão da informação, a sua disponibilidade e o cuidado em envolver as pessoas significativas para a criança/jovem no processo de cuidados, influencia positivamente os autocuidados com a alimentação e o exercício físico. Assim, cabe ao enfermeiro educar a criança/jovem com diabetes para que obtenha o necessário conhecimento sobre a sua condição e a sua doença, ou seja, causas, consequências e suas implicações, incentivando a aceitação da doença, a fim de alcançar a autonomia e a independência necessária (Pereira, 2012).

A criança/jovem deve aprender a adotar novas atitudes e novos comportamentos relativamente ao seu estilo de vida, adequados às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, nomeadamente no que diz respeito aos seus autocuidados e ao tratamento (adaptação nutricional balanceada para as atividades diárias, com conhecimento dos horários, tipo de refeições e quantidade de alimentos ingeridos, prática de exercício físico, autocontrolo da glicemia, conservação, administração e ação da insulina) (Calliari & Monte, 2008; Leite et al., 2008; Pereira, 2012).

Deve ser disponibilizado à criança/jovem um caderno de registo diário, onde deve ser aconselhada a registar as informações pertinentes que podem ser úteis para o profissional e para a própria criança/jovem/família, sobre os valores de glicémia, a dose de insulina administrada, a alimentação efetuada (nomeadamente equivalentes ingeridos a cada refeição), exercício físico realizado e também registar qualquer reação insulínica (por exemplo, episódios de hipoglicemia), incluindo o momento, a gravidade, o tratamento e a resposta ao tratamento. As crianças e os jovens com a diabetes são igualmente aconselhados a anotar qualquer fator de stresse a que tenha estado sujeito, como, por exemplo, um teste escolar ou surgimento de uma lesão/doença, que podem alterar a reação insulínica (Hockenberry & Winkelstein, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em cada consulta de enfermagem deve ser efetuada uma avaliação antropométrica da tensão arterial e controlo metabólico, que se baseia na avaliação da glicemia capilar, da glicosúria e cetonúria e da hemoglobina glicosilada. Devem também ser analisados os registos da glicemia capilar e as doses de administração de insulina. Ao analisar os registos do boletim, os enfermeiros conseguem deduzir se a criança/jovem e família se encontram a realizar corretamente a avaliação da glicemia capilar e a administração das unidades de insulina face ao valor inicial de glicemia. Com esta análise, é possível também saber se a criança/jovem e família conseguem fazer a correção das hipoglicemias, caso ocorram. Durante a consulta, devem ser observados igualmente os locais de administração de insulina, aproveitando o momento para explicar a estratégia da rotatividade do local de administração de insulina.

Tendo em conta as competências de assistência à criança/jovem e sua família, na maximização da sua saúde, os enfermeiros definem um plano educativo, ao qual devem dar continuidade durante as consultas. Este plano contempla a autonomia da criança/jovem no controlo da diabetes e a promoção do autocuidado, com vista à sua inserção social.

Os enfermeiros, sempre que necessário, devem encaminhar a criança/jovem para outros profissionais da equipa multidisciplinar (nutricionista, psicóloga, assistente social), tal como articular-se com a escola da criança/jovem, a fim de esclarecer dúvidas e/ou promover sessões educativas (Patrício, 2012).

Segundo a mesma autora, para que se possa otimizar a aceitação e a adaptação da criança/jovem à sua doença, bem como a sua satisfação relativamente à consulta da diabetes, os enfermeiros devem promover um contacto com os pares que possuam a mesma doença.

Os enfermeiros têm de possuir iniciativas favoráveis ao desenvolvimento de “atividades direcionadas para a educação sobre a doença e a sua gestão, para a melhoria

da adesão e para a promoção de atitudes mais positivas face ao problema de saúde” (Santos, 2006, p.92).

Importa também ressaltar que o enfermeiro deve educar a criança/jovem e a família sobre as medidas preventivas para se precaver das complicações futuras, sejam elas agudas ou crônicas, como seja, o reconhecimento da hipoglicemia e da hiperglicemia (sinais, sintomas, causas, tratamento e consequências), o cuidado com os pés e a monitorização regular da tensão arterial, evitando os alimentos ricos em gordura e os hábitos tabágicos e alcoólicos (Chaves, Duarte, Mateus, Castro, Marques, Costa, Moreira, Coelho, Silva & Santosx, 2012; Oliveira & Oliveira, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2011). O enfermeiro deve igualmente promover a integração social da criança/jovem e alertar a família em relação à atenção dada aos irmãos não-diabéticos, que não deve ser descurada (Calliari & Monte, 2008).

Em suma, os enfermeiros arcam, neste contexto, um papel fundamental intrínseco ao seu exercício profissional. A alínea b) do artigo 9 do Decreto-Lei n.º 247/09, de 22 de setembro, refere que o enfermeiro, deve realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional.



### 3. Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem

A satisfação com a consulta da diabetes refere-se particularmente a fatores afetivos (como o apoio emocional e a compreensão dados à criança/jovem e ao principal cuidador), a fatores comportamentais como as prescrições e as explicações adequadas e ainda, a fatores relacionados com as competências do profissional de saúde (Ogden, 2004). Para além disso, a compreensão das recomendações por parte das crianças/jovens e a memorização dessas recomendações, assumem-se também como fatores que contribuem para a satisfação com a consulta, o que influencia também a adesão ao tratamento (Ogden, 2004). Deste modo, é essencial fazer referência ao modelo da hipótese cognitiva da adesão de Ley (s.d., cit. por Ogden, 2004), que confirma que a adesão à terapêutica abrange a combinação do fator satisfação do doente relativamente à consulta, com os fatores compreensão da informação transmitida e a memorização dessa mesma informação (Ogden, 2004).

Este modelo considera que uma comunicação adequada entre os profissionais de saúde e o utente promove um aumento dos conhecimentos e da satisfação do utente e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento aconselhado (Ogden, 2004). Este modelo outorga uma grande importância aos fatores pessoais do utente (isto é, às crenças que este possui acerca da mudança do estilo de vida que a adesão à terapêutica implica), ao seu locus de controlo e ao apoio social sentido, valorizando analogamente a interação do utente com os profissionais de saúde. Em suma, este modelo considera que os profissionais de saúde não se devem deixar influenciar pelas suas próprias crenças, mas sim, serem objetivos nas recomendações que facultam, fornecendo opiniões estritamente profissionais (Ogden, 2004).

A satisfação do utente é um conceito subjetivo que se refere a um conjunto de reações à experiência dos cuidados de saúde. A satisfação será tanto maior quanto menor for a diferença entre as expectativas em relação aos cuidados e a perceção dos cuidados realmente recebidos (Correia, 2007). Tendo em consideração a sua natureza dinâmica, individual, multidimensional e multifatorial, o termo “satisfação” não é fácil de operacionalizar, na medida em que esta difere de pessoa para pessoa e pode ser influenciada pelas suas características, pela personalidade, pelos seus valores sociais e culturais, pelas vivências anteriores, pelas suas próprias expectativas e pelo contexto onde está inserida (Costa, 2011).

Na consulta inicia-se uma relação de ajuda, que irá proporcionar à criança/jovem e sua família a criação de uma relação de confiança e segurança com o enfermeiro que os irá acompanhar nesta nova fase (Patrício, 2012).

O principal objetivo da consulta de enfermagem da diabetes consiste em garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem com diabetes e à sua família. O processo de implementação da qualidade nos hospitais tem estimulado a mensuração e a avaliação da satisfação dos utentes, na medida em que esta é considerada um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Costa, 2011; Zanetti, Otero, Biaggi, Santos, Péres & Guimarães, 2007). Esta avaliação da satisfação possibilita “ouvir a voz” dos utentes, a fim de que possam expressar as suas opiniões, necessidades, percepções e expectativas relacionadas com os cuidados de saúde (Costa, 2011). Os resultados decorrentes dessa avaliação, quer sejam favoráveis ou desfavoráveis, devem contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e, dessa forma, ser possível detetar os aspetos menos corretos da atuação em saúde, permitindo igualmente identificar os problemas a corrigir ou as novas expectativas em relação aos cuidados, para se aperfeiçoar, adequar e reorganizar os cuidados de saúde prestados e para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde (Costa, 2011).

A participação ativa dos utentes na avaliação da sua satisfação em relação aos cuidados de saúde possibilita que estes se informem e possam optar pelos diferentes tratamentos disponíveis, tornando-os co-responsáveis pelos resultados e pela qualidade dos cuidados de saúde (Costa, 2011). De acordo com o referido autor, a opinião do utente acerca da unidade de saúde onde é tratado influencia diretamente a relação que estabelece com o profissional de saúde, o seu compromisso com o tratamento e os resultados obtidos dos cuidados de saúde prestados. De acordo com Correia (2007), existe, em diversos estudos, uma vasta evidência de que os utentes mais satisfeitos são aqueles que mantêm uma relação continuada com o mesmo profissional de saúde.

Neste âmbito faz-se referência ao estudo desenvolvido por Correia (2007), cujo objetivo foi avaliar a influência da qualidade da relação entre o profissional de saúde e o diabético na adesão terapêutica. Assim, observou que os diabéticos que revelaram melhor adesão eram os que se encontravam mais satisfeitos em relação à qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde. A corroborar, Costa (2011) refere que os utentes insatisfeitos com os cuidados de saúde tendem a não seguir as indicações médicas, a abandonar o regime terapêutico, a não recorrer aos cuidados de saúde quando necessitam, possuindo melhorias pouco significativas devido à falta de continuidade de cuidados.

Faz-se também menção ao estudo de McIntyre e Silva (1999), que estudaram a satisfação de doentes diabéticos e a sua adesão ao regime terapêutico estabelecido, cujos resultados demonstraram que há uma influência dos enfermeiros na adesão do doente ao regime terapêutico. Para estas autoras, a satisfação pode ser entendida como uma série de reações da pessoa à experiência dos cuidados de saúde. A distância entre o que a pessoa espera dos cuidados e a sua perceção do que realmente recebe representa a satisfação do utente, sendo influenciado por um vasto conjunto de fatores, designadamente as características da pessoa, experiências e expectativas. Fuertes (2006), numa amostra de 118 pessoas diabéticas na faixa etária aos 19 aos 65, também encontraram uma associação entre os elevados níveis de satisfação dos mesmos e a adesão à terapêutica, sendo esta influenciada pela ação dos enfermeiros na consulta da diabetes.

A comprovar os resultados dos estudos anteriores, refere-se uma investigação realizada por Sousa, Peixoto e Martins (2008), que pretendeu determinar o nível de satisfação dos utentes com diabetes mellitus em relação à consulta de enfermagem, bem como identificar a sua adesão ao regime terapêutico e compreender de que modo esta se relaciona com a satisfação do utente. As autoras observaram valores médios indicativos de uma boa satisfação com a consulta de enfermagem, verificando-se que esta variável prediz em 12% a adesão ao regime terapêutico. Estes resultados apontam para a influência que os profissionais de enfermagem têm na adesão do doente ao regime terapêutico do doente diabético.

De acordo com um estudo desenvolvido por Chaves, Duarte, Mateus, Castro, Marques, Costa, Moreira, Coelho, Silva & Santos (2012), sobre a satisfação dos utentes adultos na consulta de enfermagem da diabetes, 43,6% dos utentes revelaram-se “muito satisfeitos” com a consulta de enfermagem, 16,9% “satisfeitos” e 39,5% encontram-se “pouco satisfeitos”. Ao compararem o sexo com a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, os autores observaram que, no sexo feminino, a maioria se encontrava “pouco satisfeita” (46,2%) e no sexo masculino a maioria se encontrava “muito satisfeita” (49,5%). Os utentes, independentemente da zona de residência, meio rural ou urbano, encontravam-se maioritariamente “muito satisfeitos”, com 43,8% e 42,4% respetivamente. Os autores verificaram a não existência de diferenças significativas entre o sexo, o local de residência e a satisfação dos utentes, mas relevância estatística na relação da idade com a satisfação.

Também o estudo de Marinho (2012), objetivou verificar a perspetiva dos adolescentes em relação à sua qualidade de vida e aos cuidados de enfermagem. Os resultados corroboram, na generalidade, os resultados obtidos no estudo de Chaves et al. (2012), ainda que se tratasse de uma amostra com faixas etárias diferentes. Assim, o estudo de Marinho (2012) revelou também que a maior parte da amostra possuía uma opinião

positiva acerca dos cuidados de enfermagem, sendo as adolescentes do sexo feminino as que se encontravam mais satisfeitas com os cuidados de enfermagem (74,0%) comparativamente aos adolescentes do sexo masculino (67,6%). Marinho (2012) constatou ainda que os adolescentes que se encontravam muito satisfeitos (50,0%) eram os que tinham idade superior a 15 anos e os menos satisfeitos tinham entre os 13 e 14 anos de idade (35,7%).

Patrício (2012) realizou um estudo sobre o grau de satisfação dos jovens na consulta da diabetes, na qual os comportamentos de ajuda, confiança, dedicação, intimidade e aconselhamento, foram as características positivas identificadas nos enfermeiros. Os aspetos negativos foram atribuídos ao excessivo tempo de espera e às infraestruturas, por não ser um espaço exclusivo para jovens. A autora evidencia que um dos objetivos dos enfermeiros na consulta de diabetes é despistar situações de risco, especialmente a não adesão ao regime terapêutico, que acontece muitas vezes devido ao impacto que a diabetes tem na vida social da criança/jovem, que tenta esconder a sua doença do seu grupo de amigos, não efetuando a avaliação da glicemia capilar e a administração de insulina no período em que está na escola. Deste modo, os enfermeiros devem propor, por exemplo, que a criança/jovem utilize a casa de banho para tal, ou peça ajuda de alguma das funcionárias da escola ou de um professor, para assim se alcançar uma maior adesão terapêutica durante o período de aulas. Segundo esta autora, o campo de férias com crianças/jovens com a mesma doença também poderá ser uma estratégia encontrada, para que não se sinta como a única a ter esta doença e assim poder partilhar as suas experiências.

#### 4. A família da criança com diabetes

A diabetes *mellitus*, como qualquer doença crônica, exige uma adaptação a vários níveis, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo processo, considerando a importância do apoio social e familiar (Alencar & Alencar, 2009).

Ao confrontar-se com uma doença crônica, como a diabetes *mellitus*, a criança/jovem altera o seu comportamento e, por ser uma experiência totalmente desconhecida que ameaça a rotina do seu cotidiano e da sua família, pode deter sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia (Leal, Fialho, Dias, Nascimento & Arruda, 2012). De acordo com os mesmos autores, quando os pais têm conhecimento do diagnóstico da diabetes nos seus filhos, deparam-se com dúvidas, incertezas, revolta e desespero. Não obstante, buscam por justificativas para melhor compreenderem a doença e soluções que minimizem os possíveis efeitos da mesma. Inicialmente também os pais são expostos a uma situação desconhecida e assustadora, indo gradualmente tomando conhecimento da gravidade da doença (Brito & Salada, 2009). Neste momento, é essencial a intervenção dos profissionais de saúde, que devem conquistar um envolvimento harmonioso e contínuo com as crianças/jovens e familiares, para que possam alcançar o equilíbrio biológico, psíquico e social (Leal et al., 2012).

Dependendo da fase de desenvolvimento da criança/jovem, o tratamento da DM1 poderá estar na dependência dos pais/cuidadores desde que devidamente educados pelos profissionais de saúde (DGS, 2012; Marinho, 2012). Em termos de autovigilância e autocontrolo, a partir dos 8 anos de idade, a criança já pode realizar a pesquisa de glicemia e administrar a insulina, desde que supervisionada e apoiada pelo cuidador, devidamente instruído (Leite et al., 2008).

Covinhas (2007) refere que, quando os pais assumem toda a responsabilidade pelo tratamento, com o tempo, a criança deve ir adquirindo condições para desempenhar um papel cada vez mais ativo no seu tratamento. No entanto, a autonomia da criança/jovem depende mais da sua maturidade do que da idade cronológica. Assim, a adesão terapêutica, fundamental para um bom controlo metabólico, é efetivada pelos cuidadores que assumem o principal domínio quer ao nível da manutenção diária dos comportamentos da criança no autocontrolo da diabetes quer ao nível do tratamento, promovendo a progressiva autonomia das crianças à medida do seu desenvolvimento e da sua aquisição de competências (Covinhas, 2007). Apesar da promoção da autonomia das crianças/jovens, os pais devem

sempre supervisionar o controlo metabólico, a monitorização da glicemia e a administração de insulina e devem acompanhar a criança/jovem nas consultas da diabetes (Leite, Zanim, Granzotto, Heupa & Lamounier, 2008).

Com o aproximar da adolescência, a supervisão parental abranda para que o jovem possa assumir a responsabilidade pelo auto-tratamento. Na adolescência, o jovem já deve ser responsável pelo controlo da sua própria doença, o que não implica que a responsabilidade seja apenas sua. A colaboração dos pais no tratamento está geralmente associada a resultados benéficos, e por isso deve haver uma divisão de papéis, na qual os pais supervisionam o controlo metabólico e a administração de insulina e, por sua vez, os jovens autoadministram a insulina e realizam a contagem dos hidratos de carbono (Leite et al., 2008).

Esta transição de responsabilidades é, por norma encorajada pelos profissionais de saúde tendo em conta as tarefas cruciais do desenvolvimento que têm como objetivo alcançar a autonomia e a independência em relação aos pais e à autoridade. Contudo, numa fase precoce da adolescência, a excessiva autonomia no auto-tratamento da diabetes associa-se a menores níveis de adesão terapêutica, menores níveis de conhecimento sobre a doença, pobre controlo glicémico e história de hospitalizações mais frequente (Almeida, 2003). De acordo com o mesmo autor, por vezes, os pais e/ou cuidador principal e os profissionais de saúde levam as crianças/jovens a adotar precocemente uma excessiva responsabilidade pelo tratamento, objetivando que os mesmos sejam independentes e que venham a tornar-se adultos com um melhor controlo da sua diabetes, o que pode não ser totalmente verdade. O mesmo autor afirma, com base em investigações, que alguns jovens que participam mais ativamente no tratamento não apresentam um controlo metabólico significativamente melhor. Por isso alguns autores (Ingersoll & col., 1986, cit. por Almeida, 2003) levantam dúvidas no que respeita à capacidade dos jovens em realizar apropriadamente as atividades terapêuticas sem a supervisão dos pais.

Desta feita, os profissionais de saúde devem recomendar uma supervisão parental ou uma responsabilidade partilhada pelo tratamento (Almeida, 2003). Idealmente, os cuidadores terão de encorajar a criança/jovem para que gradativamente adote a responsabilidade pelo auto-tratamento da diabetes, enquanto os pais fornecem apoio e vão diminuindo a supervisão. Segundo o mesmo autor, consubstanciado em algumas investigações, refere que, por volta dos 15-16 anos, a maioria dos jovens com diabetes devem ser autossuficientes, não carecendo do apoio ou participação dos pais para o tratamento. Com esta idade já serão detentores de capacidades cognitivas que lhes permitem alcançar e agregar mais conhecimentos e interrelacionar várias informações necessárias ao tratamento, como por exemplo, de acordo com a atividade física

programada, serem capazes de regular o tipo e a quantidade de alimentos a ingerir com a dose de insulina a administrar (Almeida, 2003). Apesar do mencionado, alguns estudos revelam que a adolescência é uma das fases da vida humana em que se averiguam maiores problemas de adesão ao tratamento (Johnson & col., 1990; Lorenz, Christensen & Pichert, 1985; Christensen & col., 1983; Ingersoll & col., 1986; Jacobson & col., 1987, cit. por Almeida, 2003).

Assim, de acordo com Almeida (2003), o percurso mais adequado não deverá ser no sentido da independência, mais ou menos conquistada ou atribuída, mas terá de assentar num processo progressivo de negociação da interdependência da responsabilidade pelo tratamento. Idealmente, essa interdependência deve ser flexível, pois cada família tem as suas particularidades. Algumas dimensões sócio-ecológicas ou características da estrutura e da comunicação familiar assumem-se como mais favoráveis para que o jovem se sinta apoiado neste processo, a fim de evitar a degradação do comportamento de adesão ao tratamento e do controlo metabólico.

À medida que o jovem se afasta das figuras parentais, é através da integração no grupo de pares que se promove a manutenção da identidade, predispondo-o a pressões e a influências sociais. A diminuição da adesão terapêutica pode ser causada pelo egocentrismo do jovem, uma vez que este acredita que está constantemente a ser julgado pelos pares. Para o jovem diabético, a ansiedade sobre as reações dos pares pode ser suficiente para o fazer desviar-se do regime terapêutico (Almeida, 2003). Contudo, ainda segundo o mesmo autor, na faixa etária dos 15-17 anos, o jovem terá já ultrapassada a fase crítica de egocentrismo, pelo que procurará situações de compromisso.

Neste âmbito, refere-se o estudo de Góes, Vieira e Júnior (2007), que teve como objetivo identificar as dificuldades da criança com diabetes *mellitus* tipo 1 no convívio diário com familiares e com a sociedade, focando aspetos relativos à alimentação e ao tratamento. Os seus resultados demonstram que as crianças estudadas eram essencialmente do género feminino (77%), com idades compreendidas entre os 8 e 12 anos (77%), de raça branca (77%) e com antecedentes familiares de diabetes (54%). As principais dificuldades destacadas foram: o custo de alimentos especiais, o medo do desconhecido, ter que aprender sobre a doença rapidamente e ter vergonha de ter diabetes. Do total de crianças, 23% estavam a aprender a aplicar insulina e 46% seguiam a orientação alimentar. Em 69% dos casos estudados, a mãe é a que mais auxilia a criança no tratamento. A hiperglicemia é relatada por 62% das crianças, sendo detetada unicamente após a realização da glicemia capilar. Face a estes resultados, as autoras salientam a importância de campanhas para orientar os pais/cuidador principal acerca do controlo da diabetes, da terapêutica alimentar, dos fatores associados ao desenvolvimento da doença e da necessidade de se identificarem

os sintomas de hiperglicemia, com o intuito de se minimizarem riscos futuros.

Alude-se igualmente ao estudo de Leal, Fialho, Dias et al. (2012), que objetivou descrever os aspetos significativos da vivência familiar de crianças e/ou adolescentes diabéticos. Os resultados do referido estudo possibilitaram criar as seguintes categorias: a descoberta da doença, as dificuldades em relação ao aparecimento da doença e as modificações decorrentes dessa vivência e o convívio social da criança/jovem com diabetes. Os autores concluíram então que a DM1 afeta toda a estrutura familiar, sendo que o papel do enfermeiro é importante para compreender a situação vivenciada pelos familiares das crianças/jovens e, assim, inseri-los num plano de cuidados resolutivo.

Covinhas (2007) agrupou um conjunto de estudos que permitiu constatar que a percepção de um bom suporte emocional e familiar é preditora da adesão à terapêutica. English e Sillis (1997, cit. por Covinhas, 2007) referem que as crianças que possuem uma fraca adaptação à doença, têm pais discordantes entre si relativamente ao tratamento dos filhos, não sendo também facilitadores da autonomia da criança/jovem, o que não se verifica nos pais cujos filhos possuem um bom controlo metabólico. Covinhas (2007) também associou que a reduzida competência social, os problemas comportamentais da criança e os internamentos repetidos por cetoacidose estariam relacionados com os conflitos, a fraca organização e a débil expressão emocional por parte da família. Por seu lado, um adequado controlo metabólico encontra-se relacionado com a livre expressão de sentimentos e um bom envolvimento entre pais e filhos.

Pode concluir-se então que, o apoio social é um dos fatores psicossociais que mais influencia a adesão terapêutica da criança/jovem com diabetes, pois permite orientar o seu equilíbrio emocional conservando assim o seu funcionamento em situação de crise (Covinhas, 2007). Deste modo, a família constitui-se como o elemento basilar na promoção dos comportamentos de adesão, com principal destaque para o cuidador principal da criança/jovem. Neste sentido, as crianças/jovens apoiadas pela família tendem a revelar maior adesão ao tratamento, possuindo maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos (Covinhas, 2007).

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

---



## 1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

Esta abordagem vai ser realizada a fim de desenvolver a problemática em estudo da satisfação da criança/jovem com a consulta da diabetes relacionada com as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador principal.

### 1.1. Métodos

Sendo a DM uma doença crónica, isso implica que as crianças/jovens tenham que conviver com ela o resto da sua vida, que se espera que seja longa, mas essencialmente com boa qualidade. Neste aspeto, o enfermeiro tem um papel primordial no apoio à criança/jovem e à sua família, sendo que, a relação com o enfermeiro e as orientações dadas na consulta da diabetes são dos aspetos mais relevantes para a promoção de comportamentos adequados perante esta doença crónica (Chaves et al., 2012).

Devido à escassez de estudos publicados sobre esta temática, com este trabalho de investigação pretende-se conhecer melhor a realidade da consulta de enfermagem da diabetes no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E. (Hospital São Pedro de Vila Real); na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (Unidade Hospitalar de Bragança); no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (Hospital Infante D. Pedro – Aveiro); no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (Hospital São Teotónio – Viseu); na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (Hospital Sousa Martins – Guarda) e no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (Hospital Pêro da Covilhã). Este trabalho de investigação foi realizado para assim contribuir para um melhor atendimento a estas crianças/jovens, melhorando as práticas e as estratégias de intervenção, com vista à obtenção de mais ganhos em saúde.

Tendo por base a problemática, delinearam-se as seguintes questões que norteiam esta investigação: i) Qual o nível de satisfação das crianças/jovens com os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes?; ii) Qual a relação entre as

características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes?; iii) Qual a relação entre as características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação desta com a consulta de enfermagem da diabetes?

Depois de formuladas as questões de investigação, o investigador deve precisar qual a direção que pretende dar à investigação (Fortin, 2009), definindo os objetivos do estudo. Deste modo, o presente trabalho de investigação tem como objetivo geral determinar a influência das características sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador na satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, sendo que os objetivos específicos são:

- Determinar o nível de satisfação das crianças/jovens com aos cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes;
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes;
- Analisar a relação entre características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação desta com a consulta de enfermagem da diabetes.

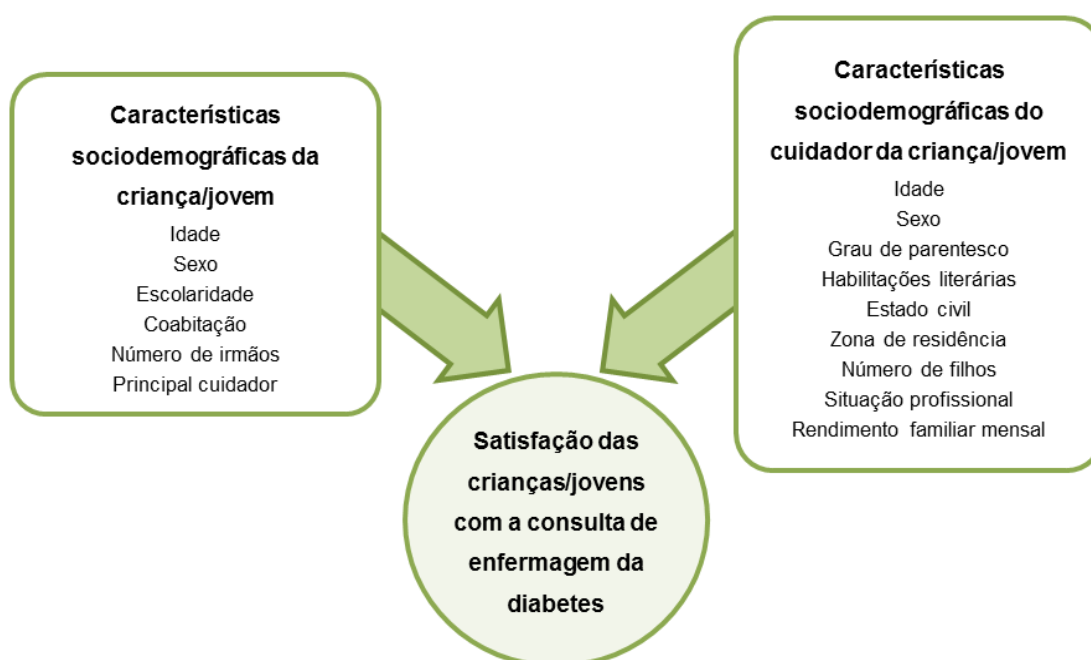
Em suma, este estudo vai permitir obter um conjunto de resultados que relacionem as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador com a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

Como o tipo de estudo varia em função do que se pretende para a investigação em causa e como a formulação das questões de investigação já prediz qual o método de investigação empregue (Fortin, 2009), desenvolveu-se um estudo situado no paradigma quantitativo, pois é baseado em resultados numéricos, suscetíveis de serem generalizados a outras populações (Fortin, 2009). “O objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer resultados de causa efeito” (Fortin, 2009, p. 30).

Dentro do paradigma quantitativo, este estudo também é definido como um tipo de estudo descritivo-correlacional de corte transversal, pois permite a descoberta de novos conhecimentos através da descrição das características de um fenómeno ou de uma população num período pré-definido e limitado. Este tipo de estudo é usado quando há pouco conhecimento prévio sobre um determinado assunto (Fortin, 2009), como é o caso do tema abordado neste estudo de investigação. A investigação correlacional apoia-se nos estudos descritivos e pretende explorar as relações entre as variáveis com a ajuda de hipóteses (Fortin, 2009).

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, que permite responder validamente às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009). Através do desenho de investigação patente na Figura 1, pretende expor-se uma representação gráfica das principais variáveis, procurando estabelecer a relação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador) e a variável dependente (satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes).

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



## 1.2. Critérios de operacionalização e recodificação das variáveis

De modo a tornarem-se as variáveis mais explícitas e com o intuito de estudar e tornar mensuráveis os dados recolhidos relativamente às variáveis independentes, procedeu-se à sua operacionalização empírica e à sua recodificação, permitindo uma melhor interpretação dos resultados (Tabela 2).

Tabela 2 – Operacionalização e recodificação das variáveis

	Variável	Tipo Variável	Questão	Operacionalização
Criança/ Jovem	Idade	Quantitativa ordinal		≤ 12 anos 13 -14 anos ≥ 15 anos
	Sexo	Qualitativa nominal	Masculino Feminino	Masculino Feminino
	Escolaridade	Qualitativa nominal	1º Ciclo (1º- 4º ano) 2º Ciclo (5º- 6º ano) 3º Ciclo (7º - 9º ano) Ensino Secundário (10º - 12º) Ensino Profissional Ensino Superior	1º CEB 2º e 3º CEB Ensino secundário/ profissional
	Coabitação	Quantitativa nominal	Pai Mãe Irmã(o)s Avô/Avó Tio(a) Outro	Pai Mãe Irmãos Outro (avó, instituição, padrasto, tia)
	Número de irmãos	Quantitativa intervalar		Sem irmãos 1 irmão ≥ 2 irmãos
	Cuidador principal	Qualitativa nominal	Pai Mãe Irmã(o)s Avô/Avó Tio(a) Outro	Pai Mãe Outro
Cuidador da Criança/ Jovem	Idade	Qualitativa ordinal		≤ 38 anos 39 - 44 anos ≥ 45 anos
	Sexo	Qualitativa nominal	Masculino Feminino	Masculino Feminino
	Grau de parentesco	Qualitativa nominal		Pai Mãe Outro
	Habilitações literárias	Qualitativa nominal	Não sabe ler nem escrever 1º Ciclo (1º – 4º ano) 2º Ciclo (5º – 6º ano) 3º Ciclo (7º – 9º ano) Ensino Secundário (10º – 12º) Licenciatura Mestrado Doutoramento	Até ao 3º CEB Ensino secundário Ensino superior
	Estado civil	Qualitativa nominal	Solteiro(a) Casado(a) União de facto/mora junto Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)	Sem companheiro(a) Com companheiro(a)
	Zona de residência	Qualitativa nominal	Urbana Rural	Urbana Rural
	Número de filhos	Quantitativa intervalar		0 filhos 1 filho ≥ 2 filhos
	Situação profissional	Qualitativa nominal	Desempregado(a) Doméstica Profissionalmente ativo(a) Reformado(a) Inválido(a) Estudante	Não ativo Ativo
	Rendimento familiar mensal	Qualitativa nominal	Ordenado mínimo nacional Duas vezes o ordenado mínimo nacional Três vezes o ordenado mínimo nacional Quatro vezes o ordenado mínimo nacional Superior a quatro vezes o ordenado mínimo nacional	1 ordenado mínimo nacional 2 ordenados mínimos nacionais ≥ 3 ordenados mínimos nacionais

### 1.3. Participantes

Para a realização deste estudo, considerou-se como população as crianças/jovens com diabetes, sendo que a população alvo foram as crianças/jovens com diabetes que frequentavam a consulta de diabetes no:

- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. – Hospital São Pedro de Vila Real;
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Bragança;
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. – Hospital Infante D. Pedro – Aveiro;
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. – Hospital São Teotónio – Viseu;
- Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. – Hospital Sousa Martins – Guarda;
- Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. – Hospital Pêro da Covilhã.

Consideraram-se como critérios de inclusão, as crianças/jovens entre os 8 e os 18 anos, com diabetes, que acederam participar no estudo e cujos pais/cuidador deram o seu consentimento, durante os meses de maio, junho, julho e agosto de 2014 (nas primeiras 3 instituições referidas) e fevereiro, março, abril e maio de 2015 (nas últimas 3 instituições mencionadas), conforme autorização das referidas instituições. Foram excluídas as crianças/jovens que não responderam à totalidade das perguntas ou que, por ausência de congruência das mesmas, as respostas foram consideradas nulas.

Face ao método de seleção, a amostra em estudo é não probabilística por conveniência ou acidental, uma vez que foi a que colaborou na investigação e se mostrou disponível, no local e no momento da colheita de dados (Fortin, 2009), o que interferiu o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas.

Os resultados obtidos não podem ser generalizados à população portuguesa à qual esta amostra pertence.

#### **1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

Conforme observado na tabela 3, a amostra foi constituída por 135 crianças/jovens com idades compreendidas entre o mínimo de 8 e máximo de 18 anos, com média de idades de 13,45 anos (Dp= 2,838). Os rapazes, em média (M=13,56 anos  $\pm$  3,009 anos), são mais velhos que as raparigas (M=13,32 anos  $\pm$  2,641 anos). Todavia, os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas

(CV=21,10%).

As medidas de assimetria apresentam para os dois sexos e para a amostra total valores indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de achatamento indicam para ambos os sexos uma distribuição mesocúrtica, mas para a globalidade da amostra, uma distribuição platicúrtica ( $k/erro = -2,18$ ). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov confirma o pressuposto da normalidade ( $K-S = -2,184$ ).

Tabela 3 - Estatísticas da idade em função do sexo das crianças/jovens

Idade Sexo	n	%	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	73	54,1	8	18	13,56	3,009	22,19	-1,01	-1,90
Feminino	62	45,9	8	18	13,32	2,641	19,82	-0,73	-1,07
Total	135	100,0	8	18	13,45	2,838	21,10	-1,16	-2,18

Conforme se pode analisar na tabela 4, predominam as crianças/jovens do sexo masculino ( $n=73$ ), ao qual corresponde 54,1% da amostra, enquanto 62 crianças/jovens (45,9%) pertencem ao sexo feminino. Predominam as crianças/jovens que têm idade igual ou inferior a 12 anos (36,3%), sobretudo as do sexo feminino (38,7%), seguidas das que possuem idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos (33,3%) e por último, com menor representatividade, mas com uma parcela também significativa, as que têm idade igual ou superior a 15 anos (30,4%), sobretudo do sexo masculino (34,2%).

Com a aplicação do teste qui-quadrado, pode aferir-se que não existem diferenças estatísticas significantes entre a idade da criança/jovem e o seu sexo ( $\chi^2=1,129$ ;  $p=0,569$ ).

Tabela 4 - Caracterização da idade em função do sexo das crianças/jovens

Idade	Sexo		Total		Residuais		$\chi^2$	p		
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	1	2				
	n (73)	% (54,1)	n (62)	% (45,9)	n (135)	% (100,0)				
≤12 anos	25	34,2	24	38,7	49	36,3	-0,5	0,5	1,129	0,569
13-14 anos	23	31,5	22	35,5	45	33,3	-0,5	0,5		
≥ 15 anos	25	34,2	16	25,8	41	30,4	1,1	-1,1		
Total	73	100,0	62	100,0	135	100,0				

#### 1.4. Instrumento de colheita de dados

Para operacionalizar os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados o questionário (cf. Anexo I), a ser preenchido pela própria criança/jovem, tendo em vista obter a sua opinião o mais rápida e sincera possível e com o mínimo de interferência e influência externa. Para além disso, o questionário não necessita

muitos recursos humanos nem financeiros, quer na sua distribuição, quer no seu preenchimento e recolha.

Este instrumento de colheita de dados diz respeito a um estudo de investigação mais alargado, que engloba diversas áreas, pelo que foram aplicados vários questionários, nomeadamente um questionário de caracterização sociodemográfica das crianças/jovens e do seu principal cuidador; um questionário clínico para avaliar o perfil da doença da criança/jovem; um questionário da qualidade de vida pediátrica (Inventário de Qualidade de Vida – PedsQL versão 4.0, de Varni (1998), adaptada para a população portuguesa por Lima (2009) e uma adaptação da Escala de “Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes”, de Chaves et al. (2012).

Para o presente estudo, os que serviram de fonte de informação de modo a dar resposta às questões de investigação, foram o questionário de caracterização sociodemográfica das crianças/jovens e dos cuidadores e a Escala de satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

#### **1.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica das crianças/jovens e do seu cuidador principal**

A primeira parte do instrumento de colheita de dados é constituída por um questionário elaborado exclusivamente para este estudo, composto por um conjunto de perguntas fechadas para a caracterização sociodemográfica da criança/jovem e do seu cuidador. Assim conta com 6 questões que permitem fazer a caracterização sociodemográfica da criança/jovem, nomeadamente: idade, sexo, nível de ensino e ano que frequenta, coabitação, número de irmãos e cuidador da criança/jovem. Quanto à caracterização sociodemográfica do cuidador da criança/jovem com a diabetes, a mesma é efetuada através de 10 questões: idade, sexo, grau de parentesco, escolaridade, estado civil, local de residência, número de filhos, situação laboral, profissão e rendimento familiar mensal.

#### **1.4.2. Escala de Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes**

Esta escala pretende avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes. É assim designada por ser uma versão adaptada da escala “Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes”, construída e validada para a população adulta portuguesa por Chaves, et al. (2012).

A escala original é constituída por 23 questões em escala tipo Likert com 5 opções de resposta, pontuadas de 1 a 5, sendo o 1 o nível mais baixo de satisfação e o 5 o nível elevado. O nível de satisfação global corresponde ao somatório da pontuação das 23 questões. Quanto às dimensões subjacentes a esta escala, os autores realizaram uma análise fatorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax, do qual se obtiveram 2 fatores, que no seu conjunto explicam 51,72% da variância total. O fator 1 (*relação com o enfermeiro*) explica 41,71% da variância total e o fator 2 (*orientações*) explica 10,01% da variância total. Quanto aos estudos de validade, o valor do *alfa de Cronbach* do primeiro fator (que possui 16 itens) é considerado muito bom ( $\alpha=0,933$ ) e do segundo fator (que inclui 7 itens) é considerado médio ( $\alpha=0,756$ ). O estudo da análise fatorial da escala original revelou um *alfa de Cronbach global* de 0,870, considerando-se que a escala possui uma boa consistência interna.

A presente escala, adaptada da descrita anteriormente, é composta por 27 enunciados com alternativas de resposta tipo Likert, parametrizada de 1 a 5 na qual correspondem: 1 – “nunca” / “nada importante”, 2 – “raramente” / “pouco importante”, 3 – “às vezes” / “parcialmente importante”, 4 – “quase sempre” / “importante” e 5 – “sempre” / “muito importante”, sendo que o 1 corresponde ao nível mais baixo de satisfação e o 5 ao nível mais alto de satisfação. O resultado global obtém-se calculando a soma de todas as respostas da escala, com uma pontuação mínima de 27 e máxima de 135. Um resultado mais elevado indica uma maior satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

### 1.5. Estudo psicométrico da escala “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”

As escalas e todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis, pelo que nesta dissertação foi efetuado o estudo de validade e de fiabilidade para a escala em curso.

A confiabilidade é uma condição necessária, todavia não suficiente para garantir a validade do instrumento (Campo-Arias & Oviedo, 2008). A validade refere-se à capacidade do instrumento medir o constructo que deseja quantificar e a confiabilidade ou fiabilidade diz respeito à propriedade de demonstrar resultados análogos, isentos de erro em repetidas medições (Marôco, 2014). Assim, a fiabilidade possibilita avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens, que se efetua com a determinação do coeficiente alfa de Cronbach e do coeficiente de Split-Half ou método das metades, que consiste numa forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevado. Uma boa consistência interna deve ser superior a um alpha de 0,80 (Marôco, 2014). O mesmo autor e Pestana e Gageiro (2009) aludem como valores de referência da consistência interna: muito boa (superiores a 0,9), boa (0,80 - 0,90), média (0,70 - 0,80), razoável (0,60 - 0,70), medíocre (0,50 - 0,60) e inaceitável (inferior a 0,50).

Quanto aos estudos de fiabilidade, os resultados da Tabela 5 mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala. Ao analisar-se o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0,891 no item 9 “*Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?*” e 0,900 no item 17 “*A enfermeira(o) ensina-te a fazeres os equivalentes?*”.

Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que se está perante correlações acima de 0,20 (valor de referência), sendo o valor correlacional mais baixo obtido no item 5 “*Durante a consulta, compreendes tudo o que a enfermeira(o) te diz?*” ( $r=0,309$ ) e o mais elevado no item 9 “*Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?*” ( $r= 0,675$ ).

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, se encontram bem centrados, situando-se todos acima do índice médio esperado, registando-se o valor médio mais baixo ( $M=3,62$ ) no item 24: “*Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?*” e o

valor médio mais elevado ( $M=4,87$ ) nos itens 2: “A enfermeira(o) chama-te pelo nome?”, item 3: “A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?” e item 8: “A enfermeira(o) da consulta mostra-se sempre disponível para te ajudar?”.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala ( $\alpha=0,900$ ), dado que para a primeira metade apresenta um valor de  $\alpha=0,870$  e a segunda de  $\alpha=0,799$ , classificados de bons.

Todos estes valores foram observáveis na tabela exposta de seguida.

Tabela 5 – Consistência interna dos itens da “Escala de satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	$\alpha$ sem item
1	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?	4,71	0,584	0,550	0,895
2	A enfermeira(o) chama-te pelo nome?	<b>4,87</b>	0,552	0,427	0,897
3	A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?	<b>4,87</b>	0,480	0,591	0,895
4	Sentes que a enfermeira(o) te escuta?	4,75	0,620	0,507	0,896
5	Durante a consulta, compreendes tudo o que a enfermeira(o) te diz?	4,52	0,558	<b>0,309</b>	0,899
6	Confias na enfermeira(o)?	4,80	0,544	0,630	0,894
7	A enfermeira(o) orienta-te sobre o que deves fazer até a próxima consulta?	4,81	0,506	0,592	0,895
8	A enfermeira(o) da consulta mostra-se sempre disponível para te ajudar?	<b>4,87</b>	0,437	0,494	0,897
9	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?	4,16	0,992	<b>0,675</b>	<b>0,891</b>
10	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?	4,72	0,483	0,608	0,895
11	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?	4,79	0,479	0,591	0,895
12	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?	4,79	0,490	0,484	0,897
13	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?	4,80	0,454	0,572	0,896
14	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?	4,59	0,672	0,503	0,896
15	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?	4,67	0,571	0,440	0,897
16	Consegues pôr em prática essas orientações? (alimentação)	4,21	0,706	0,335	0,899
17	A enfermeira(o) ensina-te a fazeres os equivalentes?	4,56	0,944	0,333	<b>0,900</b>
18	Quando estás na consulta de enfermagem de diabetes, a enfermeira(o) presta atenção a tudo aquilo que dizes?	4,79	0,552	0,656	0,894
19	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?	4,64	0,665	0,646	0,893
20	Em relação ao exercício físico consideras as orientações oportunas?	4,51	0,809	0,369	0,899
21	Cumpres essas orientações? (exercício físico)	4,36	0,816	0,421	0,898
22	Na consulta de diabetes, a enfermeira(o) explica-te a importância da “picada no dedo”?	4,71	0,700	0,452	0,897
23	A enfermeira(o) ensina-te a administrar a quantidade de insulina de acordo com os valores da glicémia?	4,78	0,594	0,446	0,897
24	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?	<b>3,62</b>	1,326	0,501	0,899
25	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?	4,30	1,086	0,501	0,897
26	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?	4,54	0,710	0,639	0,893
27	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?	4,13	1,254	0,473	0,899
	<b>Coefficiente Split Half</b>	<b>Primeira metade = 0,870</b>			
	<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>	<b>Segunda metade = 0,799</b>			
		<b>0,900</b>			

### 1.5.1. Análise fatorial exploratória da escala “Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes”

Dado que os valores do item total corrigido apresentavam coeficiente superiores a 0,20 em todos os itens, iniciou-se o estudo da análise fatorial da escala, analisando primeiramente o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) por se tratar de uma medida que avalia a adequação da análise fatorial e nos permite determinar sobre a continuidade da realização da análise fatorial. Valores situados entre 0,5 e 1,0 indicam que a análise fatorial é apropriada. No estudo realizado obteve-se um  $KMO=0,838$  que classificamos como bem adequado.

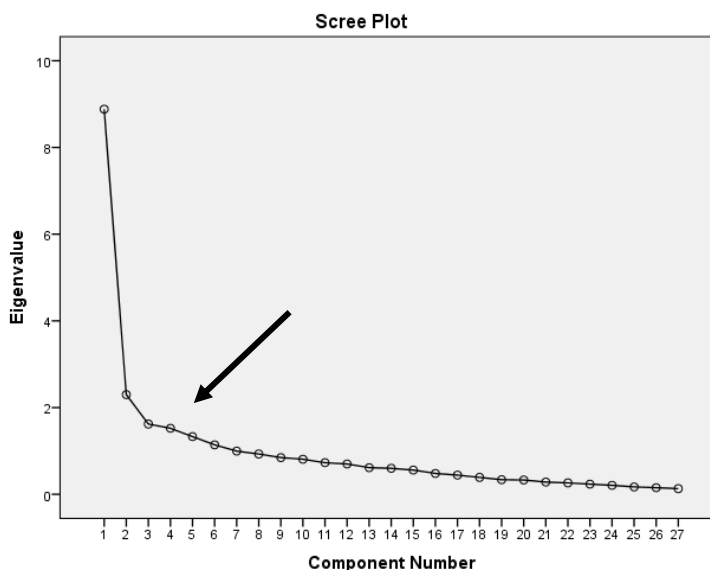
O teste de esfericidade Bartlett's testa a hipótese de que não há correlação entre as variáveis. Em grandes amostras, leva à rejeição da hipótese nula pelo que neste estudo não foi tido em consideração.

Por forma a determinar as dimensões implícitas nesta escala, realizou-se com os 27 itens, uma análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax e valores próprios superiores a 1. Optou-se por reter os itens que apresentassem saturações superiores a 0,40, como limite aceitável da contribuição da variável na criação do fator, a fim de evitar o problema da indeterminação da relação entre variáveis e fatores.

A solução fatorial inicial, apresentou uma solução de seis fatores que no seu conjunto explicavam 62,21% da variância total. A proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores que é designada por comunalidade encontram-se dentro dos valores de referência (0,40) ao oscilarem entre 0,449 no item 12 “*Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?*” e 0,768 no item 3 “*A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?*”.

O gráfico de variâncias, denominado também por gráfico de scree plots, configura, conforme ponto de inflexão da curva demonstrado no gráfico 1, a existência de quatro fatores pelo que se efetuou nova análise fatorial forçando a quatro fatores.

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de scree plot



Analisada a distribuição dos itens por fator, obteve-se um fator com apenas dois itens, o que obrigou à execução de nova análise fatorial forçada agora a três fatores. As ordenações e as cargas fatoriais dos itens por fator encontram-se expostas na tabela 6.

A percentagem de variância explicada pelos três fatores foi de 49,95%.

O fator 1, designado por *avaliação inicial*, explica 21,91% da variância total e é constituído pelos itens 2, 3, 4, 6, 7, 13, 14, 18, 19, 22 e 26. Este fator inclui os itens que se encontram relacionados com a avaliação e com a opinião que a criança/jovem tem dos cuidados prestados pelo enfermeiro.

O fator 2 constituído pelos itens 5, 8, 10, 11, 12, 15 e 23, explica 14,31% da variância total e foi denominado por *orientações*. Este fator abrange os itens que dizem respeito às orientações fornecidas pelo enfermeiro.

O fator 3 explica 13,72% da variância total, foi designada por *relação/comunicação* entre enfermeiro e criança/jovem e no seu constructo entram os itens 1, 9, 16, 21, 24, 25, e 27. Este fator abarca os itens relacionados com o a relação e a comunicação estabelecida entre o enfermeiro e a criança/jovem.

Os itens 17 e 20 foram excluídos por apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,40.

Tabela 6 – Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais

Nº item	Itens	Fatores		
		1	2	3
3	A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?	0,830		
18	Quando estás na consulta de enfermagem de diabetes, a enfermeira(o) presta atenção a tudo aquilo que dizes?	0,747		
7	A enfermeira(o) orienta-te sobre o que deves fazer até a próxima consulta?	0,712		
4	Sentes que a enfermeira(o) te escuta?	0,703		
6	Confias na enfermeira(o)?	0,701		
2	A enfermeira(o) chama-te pelo nome?	0,659		
22	Na consulta de diabetes, a enfermeira(o) explica-te a importância da “picada no dedo”?	0,622		
26	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?	0,615		
13	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?	0,575		
14	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?	0,472		
19	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?	0,445		
8	A enfermeira(o) da consulta mostra-se sempre disponível para te ajudar?		0,740	
5	Durante a consulta, compreendes tudo o que a enfermeira(o) te diz?		0,614	
11	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?		0,598	
10	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?		0,580	
15	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?		0,568	
12	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?		0,526	
23	A enfermeira(o) ensina-te a administrar a quantidade de insulina de acordo com os valores da glicémia?		0,435	
25	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?			0,722
27	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?			0,646
24	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?			0,621
9	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?			0,621
1	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?			0,563
16	Consegues pôr em prática essas orientações? (alimentação)			0,444
21	Cumpres essas orientações? (exercício físico)			0,419

### 1.5.2. Análise fatorial confirmatória da escala “Satisfação da Criança com a Consulta de Enfermagem da Diabetes”

Depois de realizada a análise fatorial exploratória, procurou-se saber se a estrutura fatorial obtida se adequava aos dados observados, pelo que se recorreu à análise fatorial confirmatória (AFC) com a estimação de máxima verosimilhança. Este tipo de análise permite testar o ajuste relativo a modelos fatoriais concorrentes sendo por isso de grande valor no processo de revisão e refinamento de instrumentos psicológicos e das suas estruturas fatoriais. Para o efeito foi utilizado o software AMOS 22 (Analysis of Moment Structures).

Como procedimentos estatísticos foi determinada:

- Sensibilidade psicométrica avaliada por medidas de tendência central e de forma. Considerou-se que itens com assimetria (Sk) superior a 3 e achatamento (K) superiores a 7 em valores absolutos, apresentavam problemas de sensibilidade pelo que seriam de excluir;

- Validade do constructo avaliada nas suas vertentes de validade fatorial, validade convergente e validade discriminante.

Na validade fatorial, a qualidade de ajustamento global foi efetuada de acordo com os índices e valores de referência, considerando-se como valor de referência para um bom ajustamento quando (Marôco, 2014):

- a razão da estatística do  $\chi^2$  e graus de liberdade ( $\chi^2/df$ ) apresenta valores que se situam entre 1 e 2;

- o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Goodness of Fit Index* (GFI) apresentam valores superiores a 0,9;

- o *Root mean square residual* (RMR) for igual a zero (o que indica um ajustamento perfeito), sendo que quanto menor, melhor o ajustamento;

- o Índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e *Standardized root mean square residual* (SRMR) apresentam valores de referência inferiores a 0,05.

A qualidade do ajustamento local, foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens, considerando-se como valores de referência ( $\lambda=0,50$ ) e ( $r=0,25$ ) respetivamente. No ajustamento do modelo consignaram-se os índices de modificação superiores a 11 propostos pelo AMOS.

A validade convergente de cada fator, foi avaliada pela Variância Extraída Média (VEM) adotando-se a existência de validade convergente quando a VEM é superior a 0,5 (Marôco, 2014).

A validade discriminante dos fatores, foi avaliada comparando a VEM por cada fator com a correlação de Pearson ao quadrado. Considera-se existir a validade discriminante quando a correlação ao quadrado entre os fatores é menor do que a VEM para cada fator.

A fiabilidade do constructo foi avaliada pela fiabilidade compósita (FC), que indica o grau em que os itens são manifestações consistentes do fator latente. Considera-se que  $FC \geq 0,7$  é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada.

A Figura 2 reproduz o modelo trifatorial testado, as correlações e coeficientes da estrutura fatorial da escala. São visíveis:

- círculos que representam os três fatores também designados por variáveis latentes;

- retângulos que contêm os itens que correspondem às variáveis manifestas, ou dito de outra forma a manifestação do respetivo fator;

- círculos menores que representam os erros associados a cada item, ou seja, a parte da variância não explicada pelo fator;

- setas unidirecionais que indicam a resposta dada por cada item ao respetivo fator e a resposta dos erros aos itens correspondentes;
- setas bidirecionais entre os fatores indicam a correlação que estes estabelecem entre si.

O modelo inicial com todos os itens (figura 2) revelou uma qualidade de ajustamento inadequado ao apresentar valores de  $\chi^2/df=2,310$ ;  $GFI=0,739$ ;  $CFI=0,758$ ;  $RMSEA=0,099$ ;  $RMR=0,042$  e  $SRMR=0,085$  (cf. Tabela 8).

Efetuada a análise descritiva dos itens, verificamos que os itens 2, 3, 4, 6, 7, 8, 18, 22, e 23 se apresentavam com assimetria e kurtose muito elevadas pelo que foram de imediato excluídos (Figura 3). Ainda assim, este modelo apresenta uma qualidade de ajustamento inadequado, com exceção do índice  $\chi^2/df$  que apresenta um valor de 1,691. Os restantes índices apresentam valores de  $GFI=0,867$ ;  $CFI=0,889$ ;  $RMSEA=0,072$ ;  $RMR=0,044$  e  $SRMR=0,065$  (cf. Tabela 8).

Figura 2 – Modelo inicial

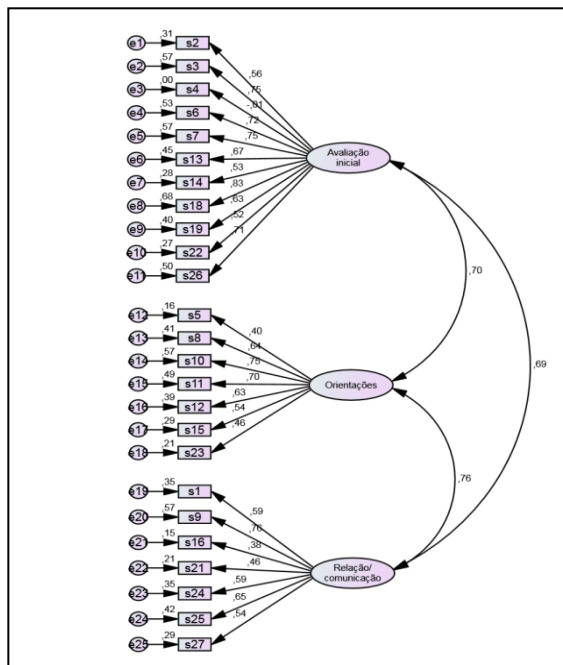
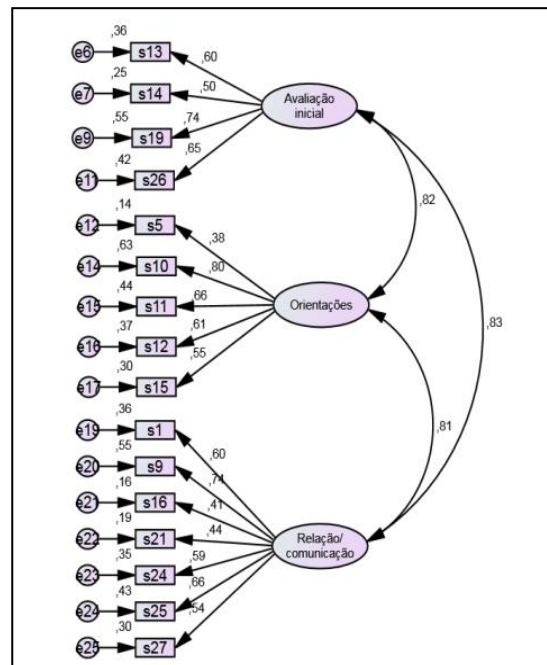


Figura 3 – Modelo sem itens eliminados por assimetria e kurtose muito elevadas



Na tabela 7 são apresentados os rácios críticos e os coeficientes lambda obtidos dos itens restantes, sem os eliminados por assimetria e kurtose muito elevadas. Como se observa, todos os valores de  $z$  são estatisticamente significativos e, pelos coeficientes standarizados lambda ( $\lambda$ ) registam-se que todos os coeficientes se encontram acima 0,50

exceto para os itens 5, 16 e 21 pelo que se procedeu também à sua eliminação.

Tabela 7 – Rácios críticos, trajetórias e coeficientes lambda dos itens restantes

Trajetórias			C.R.	P	$\lambda$
s13	<---	Avaliação inicial			0,600
s14	<---	Avaliação inicial	4,699	***	0,503
s19	<---	Avaliação inicial	6,316	***	0,745
s26	<---	Avaliação inicial	5,683	***	0,645
s5	<---	Orientações			<b>0,379</b>
s10	<---	Orientações	4,031	***	0,796
s11	<---	Orientações	3,921	***	0,664
s12	<---	Orientações	3,771	***	0,607
s15	<---	Orientações	3,670	***	0,552
s1	<---	Relação/comunicação			0,603
s9	<---	Relação/comunicação	6,382	***	0,740
s16	<---	Relação/comunicação	4,008	***	<b>0,406</b>
s21	<---	Relação/comunicação	4,313	***	<b>0,436</b>
s24	<---	Relação/comunicação	5,251	***	0,590
s25	<---	Relação/comunicação	5,853	***	0,658
s27	<---	Relação/comunicação	5,146	***	0,543

Após a eliminação dos itens 5, 16 e 21, os índices de ajustamento global revelaram-se bons para o  $\chi^2/df=1,838$ ; CFI=0,907; RMSEA=0,079; RMR=0,043, SRMR=0,061 e sofríveis para o GFI=0,888 (cf. tabela 8).

Efetuada o ajustamento do modelo através dos índices de modificação propostos, que relacionou apenas os erros 23 e 24, os índices de ajustamento global configuraram-se como bons ( $\chi^2/df=1,647$ ; CFI=0,929; RMSEA=0,069; RMR=0,039, SRMR=0,056) embora com o GFI=0,899 a manter-se no limiar do valor de referência (cf. Tabela 8). Quanto à qualidade do ajustamento local, o peso fatorial dos itens apresentados pelos coeficientes lambda, indicam índices superiores a 0,50 e a fiabilidade individual dos itens revela valores correlacionais superiores a 0,25 (cf. Figura 4).

Uma vez que os fatores se apresentam positiva e significativamente correlacionados com percentagem de variância explicada entre fatores superior a 60%, sugere-se a existência de uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que designamos por satisfação com a consulta (figura 5). Neste modelo os valores de qualidade de ajustamento mantêm-se iguais aos obtidos com os índices de modificação (cf. Tabela 8).

Figura 4 – Modelo com índice de modificação

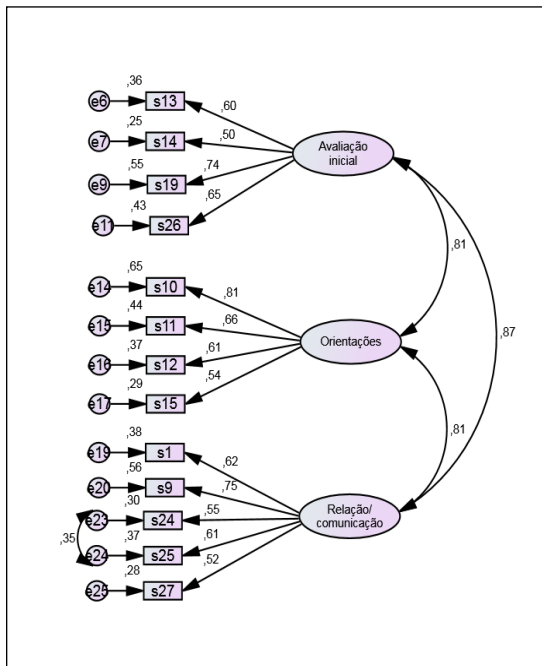
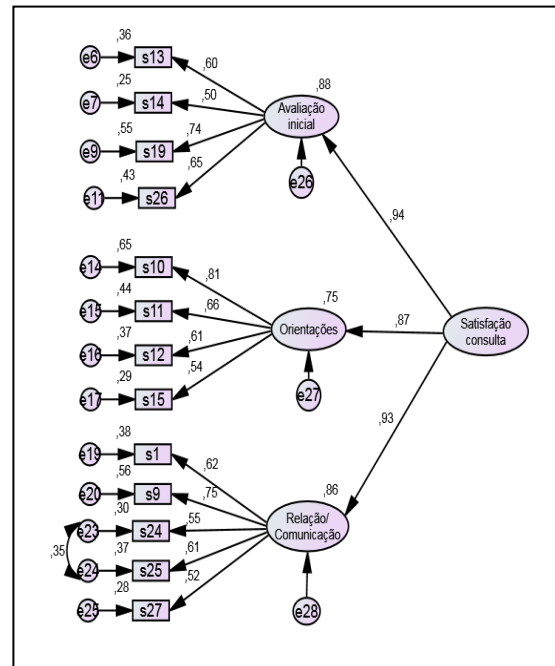


Figura 5 – Modelo de 2ª ordem



A tabela 8 apresenta, em síntese, os índices de bondade de ajustamento. Conforme se verifica, o modelo que melhor se ajusta é o modelo designado como modelo com índices de modificação, cujos índices não diferem dos do modelo de 2ª ordem.

Tabela 8 – Índices de bondade de ajuste do modelo

Modelo	$\chi^2/gf$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	2,310	0,739	0,758	0,099	0,042	0,085
Modelo com eliminação kurtose	1,691	0,867	0,889	0,072	0,044	0,065
Modelo sem item 5, 16 e 21	1,838	0,888	0,907	0,079	0,043	0,061
Modelo com índice de modificação	1,647	0,899	0,929	0,069	0,039	0,056
Modelo de 2ª ordem	1,647	0,899	0,929	0,069	0,039	0,056

Conforme demonstra a tabela 9, a fiabilidade do constructo avaliada pela fiabilidade compósita apresenta índices acima de 0,70 em todos os fatores da escala, o que revela uma boa consistência interna dos itens relativos a cada um dos fatores, sendo indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada.

Quanto à validade convergente, obtida através da VEM, os resultados permitem concluir a sua não existência por apresentar índices inferiores ao valor de referência 0,50. De igual modo não encontramos validade discriminante dado que a correlação ao quadrado entre os fatores é maior do que a VEM para cada fator (cf. tabela 9).

Estes resultados sugerem que deve fazer-se o estudo da escala em amostras com maior dimensão.

Tabela 9 – Variância Extraída Média e Fiabilidade Compósita

Fatores	FC	VEM	Validade discriminante	
			F2	F3
Fator 1 – Avaliação Inicial	<b>0,719</b>	0,395	0,656	0,756
Fator 2 – Orientações	<b>0,742</b>	0,438	--	0,656
Fator 3 – Relação/Comunicação enfermeiro/criança/jovem	<b>0,769</b>	0,403		--

Ainda na continuação do estudo psicométrico da escala, apresenta-se na tabela 10 a consistência interna dos itens por fator, bem como as respetivas estatísticas.

O fator 1 (*avaliação inicial*) apresenta uma consistência interna média, pois o alfa global standarizado é de 0,719 (cf. Tabela 9) e, segundo a tabela 10, os coeficientes alfa de Cronbach mostram índices razoáveis a oscilarem entre 0,610 no item 19 e 0,682 no item 14. A maior percentagem de variância explicada recai no item 19 com 32,6% de variabilidade e a menor no item 14 com 20,1%.

Quanto ao fator 2 (*orientações*) o alfa global standarizado é de 0,742 (cf. Tabela 9), o que indica que a consistência interna é média, sendo que o valor de alfa é sofrível no item 10 ( $\alpha = 0,588$ ), razoável nos itens 11 e 12, e média no item 15. É precisamente o item 10 que apresenta a maior variabilidade (46,6%) e a menor regista-se no item 15, explicando 25,9% da variabilidade (cf. Tabela 10).

Finalmente no fator 3 (*relação/comunicação*) denota-se que a consistência interna também é média, pois o alfa global standarizado é de 0,769 (cf. Tabela 9). Nos itens que compõem esta escala, os coeficientes alfa de Cronbach são razoáveis nos itens 9, 24 e 25 e médios nos itens 1 e 27, sendo o menor registado no item 25 ( $\alpha = 0,678$ ) e o maior no item 1 com ( $\alpha = 0,747$ ). A menor variabilidade (25,7%) observa-se no item 27 e a maior no item 25 com 42,1% de percentagem de variância explicada (cf. Tabela 10).

O coeficiente alfa Cronbach global é bom, com um valor de 0,847 (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Consistência interna dos itens por fatores

Itens	Fator 1 – Avaliação inicial	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	α sem item
13	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?	4,80	0,454	0,496	0,277	0,663
14	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?	4,59	0,672	0,441	<b>0,201</b>	<b>0,682</b>
19	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?	4,64	0,665	0,551	<b>0,326</b>	<b>0,610</b>
26	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?	4,54	0,710	0,535	0,289	0,622
<b>Fator 2 – Orientações</b>						
10	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?	4,72	0,483	0,682	<b>0,466</b>	<b>0,588</b>
11	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?	4,79	0,479	0,489	0,292	0,698
12	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?	4,79	0,490	0,519	0,295	0,681
15	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?	4,67	0,571	0,447	<b>0,259</b>	<b>0,732</b>
<b>Fator 3 – Relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem</b>						
1	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?	4,71	0,584	0,451	0,286	<b>0,747</b>
9	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?	4,16	0,992	0,570	0,356	0,694
24	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?	3,62	1,326	0,589	0,417	0,687
25	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?	4,30	1,086	0,606	<b>0,421</b>	<b>0,678</b>
27	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?	4,13	1,254	0,480	<b>0,257</b>	0,731
<b>Coefficiente alfa Cronbach global</b>		<b>0,847</b>				

Seguidamente, apresenta-se na tabela 11 a validade discriminante do item, que se reporta à diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence, comparando-a com a correlação do item com as escalas a que não pertencem (Pais-Ribeiro, 2012). A análise da correlação de cada item com as diferentes subescalas demonstrou que os itens de cada uma das subescalas apresentam uma correlação mais elevada com as subescalas a que pertencem do que com as outras subescalas, o que demonstra que a escala possui uma razoável validade convergente-discriminante. Excetuam-se os itens 1 e 9 pertencentes ao fator 3 (relação/comunicação) cuja correlação mais elevada se regista no fator global. Por sua vez, o segundo valor correlacional mais elevado é sempre, o obtido com o resultado da escala global, que resulta do somatório de todos os itens.

Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes: influência das características sociodemográficas da criança e do cuidador

Tabela 11 – Validade convergente/divergente dos itens

Nº Item	Itens	Fator1	Fator2	Fator3	Fator global
1	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?	0,464***	0,454***	<b>0,568***</b>	0,597***
9	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?	0,549***	0,534***	<b>0,732***</b>	0,743***
10	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?	0,481***	<b>0,834***</b>	0,518***	0,664***
11	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?	0,585***	<b>0,710***</b>	0,412***	0,600***
12	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?	0,353***	<b>0,735***</b>	0,419***	0,541***
13	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?	<b>0,670***</b>	0,458***	0,363***	0,533***
14	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?	<b>0,710***</b>	0,354***	0,365***	0,521***
15	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?	0,410***	<b>0,722***</b>	0,283**	0,472***
19	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?	<b>0,776***</b>	0,560***	0,508***	0,679***
24	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?	0,462***	0,321***	<b>0,791***</b>	0,702***
25	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?	0,420***	0,413***	<b>0,769***</b>	0,698***
26	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?	<b>0,780***</b>	0,431***	0,561***	0,681***
27	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?	0,390***	0,312***	<b>0,711***</b>	0,629***

Um dos aspetos a considerar no estudo da validade da escala é o modo como os diferentes fatores que a constituem se correlacionam entre si, o que é obtido através duma matriz de correlação de Pearson. Refere Marôco (2014) que as correlações não devem ser demasiado elevadas pois esta ocorrência sugere-nos a existência de fatores redundantes, sendo preferível uma correlação moderada entre si. Os resultados da tabela 12 mostram que as correlações entre os três fatores e o seu valor global são positivas e significativamente correlacionadas explicando entre 53,7% (fator 2 vs fator 3) e 93,0% (fator 3 vs fator global). Os resultados permitem afirmar que quanto maiores os valores dum fator maior o valor do outro ou vice-versa, com a qual se correlaciona.

Tabela 12 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a satisfação

	F1 Avaliação inicial	F2 Orientações	F3 Relação/comunicação
F2 – Orientações	0,607***	--	
F3 – Relação/comunicação	0,619***	<b>0,537***</b>	--
Satisfação consulta (global)	0,825***	0,754***	<b>0,930***</b>

\*\*\* p < 0,001

### 1.6. Procedimentos formais e éticos

A passagem da fase metodológica para o trabalho de campo impõe a definição de cuidados preliminares que garantam o plano estabelecido e que assegurassem as disposições ético-legais de modo a respeitar os direitos fundamentais das pessoas.

Toda a prática de enfermagem exige tomadas de decisão éticas e morais, incluindo as de natureza investigativa. Na investigação, é a ética que direciona a conduta do investigador e lhe coloca problemas particulares, podendo por vezes, entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2009).

Durante este estudo de investigação, as crianças/jovens e os seus pais/cuidadores foram tratados com justiça e equidade, sem qualquer discriminação antes, durante e após a investigação.

Esta investigação foi realizada com base no princípio da não maleficência (reduzindo ao máximo os inconvenientes que a investigação pudesse trazer aos participantes) e no princípio da beneficência (procurando que os participantes obtenham o maior número possível de vantagens, como por exemplo contribuir para o avanço dos conhecimentos neste tema e assim beneficiar outras pessoas com as descobertas feitas no decurso desta investigação) (Fortin, 2009).

Para além disso, foram respeitados os direitos e liberdade das crianças/jovens e dos seus pais/cuidadores tal como o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que foi assegurado que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não podia ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador, pois os questionários só foram posteriormente identificados, seguindo uma numeração atribuída pelo investigador para o tratamento estatístico dos dados (Fortin, 2009). Foi também respeitado o direito à autonomia, uma vez que pais/cuidadores e crianças/jovens decidiram livremente se queriam participar ou não na investigação (Ferrito, 2010). Assim, uma vez que todas as crianças/jovens tinham idade igual ou inferior a 18 anos, foi pedida autorização aos encarregados de educação para a participação no estudo de investigação, sem coação, deixando claro a possibilidade de recusar se assim o entendessem e quando o entendessem, sem que sofressem qualquer pena ou sanção.

Antes de se proceder à colheita de dados, foi realçado frente a cada criança/jovem e seus pais/cuidadores que o investigador não pertencia à equipa do serviço e que não ia haver partilha de informação com os elementos do serviço nem a possibilidade de terem acesso aos dados. Receberam também informação sobre quem ia desenvolver o estudo,

seus objetivos e dados relativos à confidencialidade, anonimato e ao carácter sigiloso de todos os dados, para que a sua colaboração fosse voluntária. Foi-lhes, então, fornecido um consentimento informado sobre a sua participação e só depois de a criança/jovem e o encarregado de educação terem compreendido a informação dada e o segundo ter assinado o termo de consentimento informado (Anexo II), é que se iniciou a colheita de dados.

Antes do preenchimento do instrumento de colheita de dados pelas crianças/jovens, houve por parte da investigadora a preocupação de proporcionar um ambiente calmo e com privacidade, sem interferências externas, porém com a indicação do possível esclarecimento de dúvidas.

Os questionários preenchidos foram colocados em envelope fechado, sendo recolhidos pela investigadora em tempo oportuno.

Na elaboração deste estudo foi também solicitada a autorização prévia aos autores originais da escala: “Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem na diabetes”, através de um e-mail onde se explicava resumidamente a finalidade e os objetivos da investigação, autorização essa, que foi concedida (cf. Anexo III).

Foram também entregues por escrito os pedidos de autorização de aplicação do instrumento de colheita de dados à Direção do Conselho de Administração das 6 instituições de saúde, bem como o respetivo instrumento de colheita de dados, e um projeto da investigação. Este pedido foi avaliado pela comissão de ética de cada instituição e após terem sido concedidas as autorizações (cf. Anexo IV), efetivou-se a colheita dos dados.

A colheita de dados efetuada às crianças/jovens que frequentam a consulta da diabetes, foi efetuada no local da consulta, antes de esta iniciar, e num só momento.

Sempre que possível, os questionários foram entregues pelo investigador. Na impossibilidade de comparência do investigador na respetiva consulta, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros responsáveis por esta consulta, para a entrega dos mesmos, tendo-lhe sido dada a informação prévia necessária a disponibilizar às crianças/jovens e seus pais/cuidadores.

Este instrumento de colheita de dados foi preenchido pelas crianças/jovens com ajuda dos respetivos pais/cuidadores e com esclarecimento do investigador quando necessário.

A recolha dos instrumentos de colheita de dados preenchidos foi feita pelo investigador.

### 1.7. Análise dos dados

A análise de dados começa com a colheita dos mesmos estendendo-se até à análise e à interpretação de resultados. Os dados, obtidos através de perguntas fechadas, foram transformados em grandezas expressas por números, lançados numa base de dados informatizada e processados no programa informático de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22 para *Windows*.

Uma vez que os dados obtidos na colheita de dados não são suficientes para responder aos objetivos traçados neste estudo, é fundamental que se proceda à organização e à análise da informação para o sucesso da pesquisa.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados recolhidos e dependendo dos dados em questão, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva foi utilizada para estruturar a informação numérica e assim, obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, que, neste estudo, foram determinadas pelas seguintes medidas estatísticas: frequências absolutas (N) e relativas (%); medidas de tendência central ou de localização, como a média; medidas de dispersão, tal como o desvio padrão (Dp), mínimos (min) e máximos (máx.); medidas de forma (assimetria e achatamento) e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de variação.

No que se refere à medida de simetria Skewness (Sk), foi efetuado o quociente entre Sk com o erro padrão. Se Sk/erro oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada simétrica. Se Sk/erro for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, no entanto se Sk/erro for superior a 2, a distribuição é considerada de assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2014).

Quanto às medidas de achatamento foram alcançados resultados pela kurtose (K/erro), em que, se oscilar entre -2 e 2, a distribuição é considerada de mesocúrtica, se os valores forem inferiores a -2, a distribuição é platicúrtica, e se forem superior a 2, a distribuição é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2014).

No que concerne ao coeficiente de variação este possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos ser interpretados em conformidade com os valores de referência expostos na tabela 13 (Pestana & Gageiro, 2014):

Tabela 13 – Valores de referência do coeficiente de variação

Coeficiente de Variação (CV)	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de **correlação linear de Pearson** é uma medida de associação usual no estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 e quanto mais elevado o índice, mais forte a correlação. Diz-se que uma correlação é inversa quando apresenta valores negativos, o que significa que quando aumenta o valor dos índices de uma variável, a outra oscila em sentido contrário. Uma correlação é positiva ou direta quando os índices das duas variáveis aumentam ou diminuem no mesmo sentido (Pestana & Gageiro, 2014).

Segundo os mesmos autores, a comparação dos dois coeficientes deve ser feita quanto ao seu valor ao quadrado, designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ), que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Por convenção, para interpretação de resultados utilizam-se como valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

$r < 0,2$  – associação muito baixa

$0,2 \leq r \leq 0,39$  – associação baixa

$0,4 \leq r \leq 0,69$  – associação moderada

$0,7 \leq r \leq 0,89$  – associação alta

$0,9 \leq r \leq 1,00$  – associação muito alta

Para estudar a relação entre as variáveis, usou-se a análise inferencial, através do Teste de qui quadrado ( $\chi^2$ ). Este é aplicado a uma amostra na qual a variável tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as esperadas, para se inferir sobre a existência de relação entre as variáveis. Se entre os valores observados e esperados não houver diferença significativa, aceita-se a hipótese e as variáveis são independentes. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência das variáveis e considera-se que existe relação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

No que se refere à relação entre as variáveis, tem de se localizar as células onde se verificam as diferenças significativas superiores ao esperado, através dos resíduos ajustados standardizados que se situam acima de 1,96 (Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância (Pestana & Gageiro, 2014):

$p \geq 0,05$  – diferença estatística não significativa

$p < 0,05$  – diferença estatística significativa

$p < 0,01$  – diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$  – diferença estatística altamente significativa

Recorreu-se também aos Testes t de Student ou Teste exacto de Fisher (em tabelas 2x2, quando mais de 20% das células têm valor inferior a 5) e ao teste de U-Mann Whitney (UMW), para comparar a média de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes, bem como à análise de variância a um fator (ANOVA) e ao Teste de Kruskal Wallis, para analisar o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias dessa variável em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. Porém, ao se testar a igualdade de duas ou mais médias, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se geralmente aos testes post-hoc, para perceber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014).

Os dados e resultados obtidos serão apresentados maioritariamente através de tabelas para ilustrar a distribuição de algumas das variáveis, nos quais se omitiu a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho de investigação.

## 2. Resultados

Os resultados apresentados de seguida dizem respeito à análise estatística dos dados recolhidos na amostra que serão organizados a fim de descrever e dar resposta às questões de investigação formuladas.

Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, começando pela apresentação dos resultados referentes à análise estatística descritiva e de seguida à análise dos dados pertencentes à estatística inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo será realizada a apresentação e a análise dos resultados, através da análise descritiva da caracterização da amostra, tendo presente as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu principal cuidador.

#### **Caracterização sociodemográfica das crianças/jovens**

Complementando a informação referida no subcapítulo da caracterização da amostra sobre a idade e o sexo da criança/jovem (tabela 3), procede-se à sua restante caracterização sociodemográfica, tendo em conta: o ano de escolaridade, a coabitação, o número de irmãos e o principal cuidador.

No que se refere à **escolaridade** (cf. Tabela 14), na globalidade da amostra, há um predomínio de participantes que frequentam o 2º ou 3º ciclo do ensino básico (55,6%), onde se incluem 50,7% do sexo masculino e 61,3% do sexo feminino. Segue-se, em termos de representatividade, 42 jovens (31,1%) a frequentar o ensino secundário/profissional, dos quais 32,9% são rapazes e 29,0% são raparigas. Os participantes que se encontram no 1º ciclo do ensino básico representam uma parcela da amostra menos significativa (13,3%), uma vez que o questionário não era aplicado a crianças com idade igual ou inferior a 8 anos. As diferenças estatísticas não são significativas, como se pode observar na tabela 14, com a aplicação do teste qui-quadrado ( $\chi^2=1,987$ ;  $p=0,370$ ).

Em termos de **coabitação**, 95,6% coabitam com a mãe (97,3% rapazes vs. 93,5%

raparigas), 79,3% da amostra vive com o pai (80,6% raparigas vs.78,1% rapazes), 64,4% vivem com irmãos (69,4% raparigas vs. 60,3% rapazes) e 16 participantes coabitam com outra pessoa, predominando 81,3% que vivem com a avó (100,0% rapazes vs. 66,7% raparigas), não havendo diferenças estatísticas significativas (cf. Tabela 14).

Os resultados referentes ao **número de irmãos** demonstram que a maioria dos participantes (57,0%) possui um irmão, dos quais 54,8% são rapazes e 59,7% raparigas, secundados pelos que não têm irmãos (24,4%) nos quais 23,3% são do sexo masculino e 25,8% são do sexo feminino. Através da aplicação do teste qui-quadrado, com  $\chi^2=1,219$  e  $p=0,544$  pode considerar-se que este resultado não tem significância estatística (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Caracterização sociodemográfica das crianças/jovens

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	Masculino		n	%	n	%	1	2		
	n	%	n	%	n	%				
<b>Escolaridade</b>										
1º CEB	12	16,4	6	9,7	18	13,3	1,2	-1,2	1,987	0,370
2º e 3º CEB	37	50,7	38	61,3	75	<b>55,6</b>	-1,2	1,2		
Ensino secundário / profissional	24	32,9	18	29,0	42	31,1	0,5	-0,5		
<b>Coabita com o pai</b>										
Não	16	21,9	12	19,4	28	20,7	0,4	-0,4	0,134	0,714
Sim	57	78,1	50	80,6	107	<b>79,3</b>	-0,4	0,4		
<b>Coabita com a mãe</b>										
Não	2	2,7	4	6,5	6	4,4	-1,0	1,0	0,413 (*)	0,266 (*)
Sim	71	97,3	58	93,5	129	<b>95,6</b>	1,0	-1,0		
<b>Coabita com irmãos</b>										
Não	29	39,7	19	30,6	48	35,6	1,1	-1,1	1,207	0,272
Sim	44	60,3	43	69,4	87	<b>64,4</b>	-1,1	1,1		
<b>Coabita com outro</b>	n	%	n	%	n	%				
	(7)	(43,8)	(9)	(56,3)	(16)	(100,0)				
Avó	7	100,0	6	66,7	13	<b>81,3</b>	1,7	-1,7	Não aplicável	Não aplicável
Instituição	-	-	1	11,1	1	6,3	-0,9	0,9		
Padrasto	-	-	1	11,1	1	6,3	-0,9	0,9		
Tia	-	-	1	11,1	1	6,3	-0,9	0,9		
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>				
<b>Número de irmãos</b>										
Sem irmãos	17	23,3	16	25,8	33	24,4	-0,3	0,3	1,219	0,544
1 irmão	40	54,8	37	59,7	77	<b>57,0</b>	-0,6	0,6		
≥ 2 irmãos	16	21,9	9	14,5	25	18,5	1,1	-1,1		
<b>Cuidador principal</b>										
Pai	13	17,8	2	3,2	15	11,1	<b>2,7</b>	-2,7	Não aplicável	Não aplicável
Mãe	56	76,7	56	90,3	112	<b>83,0</b>	-2,1	<b>2,1</b>		
Outro	4	5,5	4	6,5	8	5,9	-0,2	0,2		
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>				

(\*) Dadas as características do N, a leitura foi feita pelo Teste de Fisher.

Para complementar estes resultados relativamente ao número de irmãos, importa ter em conta as estatísticas apresentadas na Tabela 15, que refere que as crianças/jovens possuem, para a globalidade da amostra, um mínimo de 0 (zero) e um máximo de 4 irmãos, correspondendo-lhe uma média de 0,98 ( $\pm 0,784$ ). Para ambos os sexos, o número mínimo de irmãos é de 0 (zero) e o máximo é de 4 irmãos para o sexo masculino e 3 irmãos para o

sexo feminino. Os rapazes, em média ( $M=1,04 \pm 0,807$ ), têm mais irmãos do que as raparigas ( $M=0,90 \pm 0,670$ ). Contudo, os coeficientes de variação apresentam uma dispersão elevada face ao número médio de irmãos encontrados. Quanto às medidas de assimetria, os valores indicam uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda para o sexo masculino e para a totalidade da amostra, sendo simétrica para o sexo feminino ( $Sk/erro=1,48$ ). Quanto às medidas de kurtose, pode dizer-se que é leptocúrtica, à exceção do sexo feminino que apresenta uma distribuição mesocúrtica ( $K/erro=0,94$ ) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas relativas ao número de irmãos em função do sexo das crianças/jovens

Nº de irmãos	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Sexo</b>							
<b>Masculino</b>	0	4	1,04	0,807	77,59	3,21	3,15
<b>Feminino</b>	0	3	0,90	0,670	74,44	1,48	0,94
<b>Total</b>	0	4	0,98	0,748	76,32	3,81	3,84

Reportando agora para os resultados do **principal cuidador** das crianças/jovens, verifica-se que a grande maioria tem como cuidadora principal a mãe (83,0%), facto referido por 76,7% do sexo masculino e 90,3% das raparigas, distante dos que indicam que o seu cuidador principal é o pai (11,1%), resultando em diferenças estatisticamente significativas, localizadas, segundo os residuais, no grupo de crianças/jovens do sexo masculino cujo principal cuidador é o pai e nas crianças/jovens do sexo feminino, cujo principal cuidador é a mãe (cf. Tabela 14).

### Caracterização clínica das crianças/jovens

Para melhor contextualizar a temática do presente trabalho, torna-se importante analisar alguns dados clínicos da criança/jovem, como sejam, o tipo de diabetes, o tempo de diagnóstico da DM e a frequência das consultas.

Conforme analisado na tabela 16, é a DM1 que mais prevalece nas crianças/jovens da amostra (99,3%), sendo que apenas 1 delas (0,7%) tem DM2, pertencendo esta ao sexo masculino (1,4%), mas sem diferenças estatísticas significativas, segundo Teste de Fisher.

Quanto ao tempo de diagnóstico, a maioria apresenta DM à 19-60 meses (36,3%), principalmente as do sexo feminino (37,1%), seguida das crianças/jovens que foram

diagnosticadas com DM há menos de 18 meses (33,3%), particularmente as do sexo masculino (35,6%), sem significância estatística (cf. tabela 16).

Relativamente à frequência das consultas, constata-se que 97,7% das crianças/jovens frequentam a consulta de 3 em 3 meses, quer as do sexo feminino (98,4%) quer as do sexo masculino (97,1%), sendo que as restantes 2,3% das crianças/jovens frequentam a consulta de enfermagem da diabetes de 6 em 6 meses, contudo sem diferenças estatísticas significativas, segundo o Teste de Fisher (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Caracterização clínica das crianças/jovens

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		x <sup>2</sup>	p
	Masculino		n	%	n	%	1	2		
<b>Tipo de diabetes</b>										
DM1	72	98,6	62	100,0	134	99,3	-0,9	0,9	1,000 (*)	0,541 (*)
DM2	1	1,4	0	0,0	1	0,7	0,9	-0,9		
<b>Tempo de diagnóstico</b>										
≤ 18 meses	26	35,6	19	30,6	45	33,3	0,6	-0,6	0,403	0,817
19 – 60 meses	26	35,6	23	37,1	49	36,3	-0,2	0,2		
≥ 61 meses	21	28,8	20	32,3	41	30,4	-0,4	0,4		
Total	73	100,0	62	100,0	135	100,0				
	<b>sexo</b>									
<b>Frequência das consultas</b>	n	%	n	%	n	%				
	(70)	(53,4)	61	(46,6)	(131)	(100,0)				
3 em 3 meses	68	97,1	60	98,4	128	97,7	-0,5	0,5	1,000 (*)	0,552 (*)
6 em 6 meses	2	2,9	1	1,6	3	2,3	0,5	-0,5		
Total	70	100,0	61	100,0	131	100,0				

(\*) Dadas as características do n, a leitura foi feita pelo Teste de Fisher.

### Caracterização sociodemográfica do principal cuidador das crianças/jovens

Nesta parte da análise, a totalidade da amostra estudada corresponde a 134 crianças/jovens, pois uma das crianças que respondeu ao questionário, residia numa instituição, pelo que não respondeu às perguntas da caracterização sociodemográfica do principal cuidador. De seguida apresenta-se a caracterização do principal cuidador dessas 134 crianças/jovens com diabetes mellitus, tendo em conta: a idade, o sexo, o grau de parentesco, a escolaridade, o estado civil, o local de residência, o número de filhos, a situação laboral e o rendimento familiar mensal.

Os resultados obtidos em relação à **idade** dos cuidadores revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 66 anos, a que corresponde uma média de idade de 41,37 anos ( $\pm$  7,020 anos). Para o sexo masculino, que representa 12,7% da totalidade da amostra, a idade mínima é 21 anos e a máxima de

56 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 87,3%, a mesma oscila entre os 20 e os 66 anos (cf. Tabela 17).

As mulheres, em média são mais velhas ( $M=41,48$  anos  $\pm 6,652$  anos) que os homens ( $M=40,59$  anos  $\pm 9,388$  anos). Os coeficientes de variação ( $CV=16,96\%$ ) indiciam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas. Para a globalidade da amostra, as medidas de assimetria apresentam valores indicadores de uma distribuição simétrica e as medidas de kurtose indicam uma distribuição leptocúrtica, à exceção do sexo masculino que apresenta uma distribuição mesocúrtica ( $K/erro= -0,17$ ) (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Estatísticas relativas à idade do cuidador das crianças/jovens em função do sexo do cuidador

Idade do cuidador	n	%	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Sexo do cuidador</b>									
<b>Masculino</b>	17	12,7	21	56	40,59	9,388	23,12	-0,87	-0,17
<b>Feminino</b>	117	87,3	20	66	41,48	6,652	16,03	1,65	4,88
<b>Total</b>	134	100,0	20	66	41,37	7,020	16,96	0,55	3,95

Os resultados referentes à **idade** dos cuidadores das crianças/jovens com DM em função do sexo, revelam que há uma distribuição quase homogênea dos grupos etários, pois constata-se que 35,1% do total da amostra de cuidadores situa-se na faixa etária entre os 39-44 anos, dos quais a maioria são mulheres (36,8%). Seguem-se, no global da mostra, os que têm idade igual ou superior aos 49 anos (32,8%), onde prevalecem os homens (41,2%), por último, surgem os cuidadores mais novos que perfazem 32,1% da amostra total, onde prevalecem os homens, com uma representatividade de 35,3%. Através da aplicação do teste qui-quadrado, considera-se que a diferença estatística não é significativa ( $\chi^2=1,215$ ;  $p=0,545$ ) (cf. Tabela 18).

Na Tabela 18 também constam os resultados relativos ao **grau de parentesco** do cuidador com a criança/jovem, de onde se extrai que a maioria da amostra (85,8%) são mães, seguindo-se 11,2% que correspondem aos pais, havendo diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=0,000$ ), localizadas, segundo os residuais, nas crianças/jovens do sexo masculino cujo cuidador principal é o pai, e nas do sexo feminino cujo cuidador é a mãe.

Quanto às **habilitações literárias** dos cuidadores, prevalecem, no total da amostra, os cuidadores que possuem ensino superior (47,8%), dos quais 41,2% são do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, secundados pelos que têm escolaridade até ao 3º

ciclo do ensino básico (26,9%), onde se destacam 27,4% das mulheres. Importa também referir que 25,4% dos cuidadores possuem o ensino secundário, com destaque para os homens (35,3%) (cf. Tabela 18), todavia, de acordo com a leitura dos residuais, sem diferenças estatísticas significativas.

Reportando agora aos resultados do **estado civil** dos cuidadores em função do sexo, constata-se que a maioria (73,1%) da amostra tem companheiro(a), dos quais 70,6% são do sexo masculino e 73,5% são do sexo feminino, não existindo diferenças estatísticas significativas ( $p=0,502$ ) (cf. Tabela 18), segundo Teste de Fisher.

Quanto à **zona de residência**, constata-se que 53,7% da amostra residem em zona rural (41,2% homens vs. 55,6% mulheres), enquanto 46,3% residem em meio urbano (58,8% homens vs. 44,4% mulheres), sem existência de diferença significativa, pelo teste qui-quadrado ( $\chi^2=1,234$ ;  $p=0,267$ ) (cf. Tabela 18).

Relativamente ao **número de filhos**, pode dizer-se que prevalecem os cuidadores que possuem, 2 ou mais filhos (69,4%), em que 64,7% pertencem ao sexo masculino e 70,1% ao sexo feminino, seguindo-se com alguma distância os sujeitos da amostra que têm apenas 1 filho (26,1%), cuja maioria são mulheres (26,5%), no entanto, sem significância estatística, de acordo com os RA (tabela 18).

Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes: influência das características sociodemográficas da criança e do cuidador

Tabela 18 - Caracterização sociodemográfica do cuidador das crianças/jovens

Sexo do cuidador Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		x <sup>2</sup>	p
	n (17)	% (12,7)	n (117)	% (87,3)	n (134)	% (100,0)	1	2		
<b>Idade</b>										
≤38 anos	6	35,3	37	31,6	43	32,1	0,3	-0,3	1,215	0,545
39-44 anos	4	23,5	43	36,8	47	<b>35,1</b>	-1,1	1,1		
≥ 45 anos	7	41,2	37	31,6	44	32,8	0,8	-0,8		
<b>Grau de parentesco</b>										
Pai	15	88,2	-	0,0	15	11,2	<b>10,8</b>	-10,8	Não aplicável	Não aplicável
Mãe	1	5,9	114	97,4	115	<b>85,8</b>	-10,1	<b>10,1</b>		
Outro	1	5,9	3	2,6	4	3,0	0,8	-0,8		
<b>Habilitações literárias</b>										
Até ao 3º CEB	4	23,5	32	27,4	36	26,9	-0,3	0,3	Não aplicável	Não aplicável
Ensino secundário	6	35,3	28	23,9	34	25,4	1,0	-1,0		
Ensino superior	7	41,2	57	48,7	64	<b>47,8</b>	-0,6	0,6		
<b>Estado civil</b>										
Sem companheiro	5	29,4	31	26,5	36	26,9	0,3	-0,3	0,776 (*)	0,502 (*)
Com companheiro	12	70,6	86	73,5	98	<b>73,1</b>	-0,3	0,3		
<b>Zona de residência</b>										
Urbana	10	58,8	52	44,4	62	46,3	1,1	-1,1	1,234	0,267
Rural	7	41,2	65	55,6	72	<b>53,7</b>	-1,1	1,1		
<b>Número de filhos</b>										
Sem filhos	2	11,8	4	3,4	6	4,5	1,6	-1,6	Não aplicável	Não aplicável
Um filho	4	23,5	31	26,5	35	26,1	-0,3	0,3		
≥ 2 filhos	11	64,7	82	70,1	93	<b>69,4</b>	-0,4	0,4		
<b>Situação profissional</b>										
Não ativo	4	23,5	46	39,3	50	37,3	-1,3	1,3	1,582	0,209
Ativo	13	76,5	71	60,7	84	<b>62,7</b>	1,3	-1,3		
<b>Rendimento familiar mensal</b>										
1 ordenado mínimo	8	47,1	45	38,5	53	<b>39,6</b>	0,7	-0,7	0,664	0,717
2 ordenados mínimos	6	35,3	42	35,9	48	35,8	0,0	0,0		
≥ 3 ordenados mínimos	3	17,6	30	25,6	33	24,6	-0,7	0,7		
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>134</b>	<b>100,0</b>				

(\*) Dadas as características do n, a leitura foi feita pelo Teste de Fisher.

Conforme indica a tabela 19, a globalidade da amostra dos cuidadores possui um número mínimo de 0 (zero) filhos e o máximo de 4 filhos, correspondendo-lhe uma média de 1,85 filhos ( $\pm 0,827$ ). Em média, o cuidador do sexo feminino ( $M=1,88 \pm 0,822$ ) têm mais filhos que o cuidador do sexo masculino ( $M=1,65$  filhos  $\pm 0,862$ ). Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão alta face à média encontrada do número de filhos ( $CV=44,7\%$ ).

As medidas de assimetria e de kurtose apresentam valores indicadores de uma distribuição normal (simétrica e mesocúrtica, respetivamente).

Tabela 19 – Estatísticas relativas ao número de filhos do cuidador das crianças/jovens em função do sexo do cuidador

Nº de filhos do cuidador	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Sexo</b>							
Masculino	0	3	1,65	0,862	52,24	-0,94	0,01
Feminino	0	4	1,88	0,822	43,72	1,00	0,96
<b>Total</b>	0	4	1,85	0,827	44,70	0,59	0,99

Em relação à **situação profissional**, constata-se que mais de metade dos cuidadores (62,7%) se encontra no ativo, quer os homens 76,5%, quer as mulheres (60,7%). Importa referir que 39,3% das mulheres não estão ativas profissionalmente, contudo, pela aplicação do teste qui-quadrado, sem diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=1,582$ ;  $p=0,209$ ) (cf. Tabela 18).

Fazendo-se referência aos resultados pertencentes ao **rendimento familiar mensal**, infere-se que sobressaem, na totalidade da amostra, os cuidadores com o rendimento mínimo nacional (39,6%), onde se incluem 47,1% dos homens e 38,5% das mulheres. É significativo também o percentual (35,8%) correspondente aos cuidadores que têm, como rendimento familiar mensal, dois ordenados mínimos nacionais (35,3% homens vs. 35,9% mulheres). Pode averiguar-se que, como  $\chi^2=1,664$  e  $p=0,717$ , a diferença estatística não é significativa (cf. Tabela 18).

### **Nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes**

De seguida, irá realizar-se a apresentação e a análise dos resultados obtidos sobre o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes, com o propósito de dar resposta à questão de investigação: “Qual o nível de satisfação das crianças/jovens com os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes?”.

Foram efetuados pontos de corte com base nos percentis 25 ( $\leq 56$ ) e percentil 75 ( $\geq 64$ ), obtendo-se assim a classificação de *pouco satisfeito* (se percentil inferior a 25), *satisfeito* (se percentil entre 25 e 75) e *muito satisfeito* (se percentil superior a 75). Conforme observado na tabela 20, pode notar-se que, da totalidade da amostra, a maioria (45,2%) se encontra *satisfeita* com a consulta de enfermagem da diabetes, 28,9% se encontra *pouco satisfeita* e 25,9% das crianças/jovens se encontram *muito satisfeitas*.

Tabela 20 – Estatísticas relativas ao nível de satisfação das crianças/jovens

Nível de satisfação	n	%
Pouco satisfeito	39	28,9
Satisfeito	61	45,2
Muito satisfeito	35	25,9
Total	135	100,0

Do estudo psicométrico, resultou a existência de 3 dimensões da satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

Para facilitar o grau de compreensão dos resultados, os valores obtidos foram transformados em valores percentuais numa escala de 0 a 100%. Assim, conforme observado na tabela 21, e para a totalidade dos participantes o índice mínimo de satisfação é de 48,0% e máximo de 100,0%, com média de 87,4% ( $\pm 11,9\%$ ). A maior amplitude (80,0%) é observada na dimensão *relação/comunicação* entre enfermeiro/criança/jovem e a menor (50,0%) nas *orientações*.

Em relação a cada uma das dimensões, pode apura-se que a maior satisfação assenta nas *orientações* ( $M=93,56\%$ ;  $\pm 9,47\%$ ), seguida da *avaliação inicial* ( $M=91,06\%$ ;  $\pm 11,56\%$ ) e a menor satisfação é assinalada na *relação/comunicação* ( $M=79,55\%$ ,  $\pm 19,17\%$ ). Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão baixa face à satisfação média, exceto na *relação/comunicação*, que é moderada ( $CV=24,09\%$ ). Os valores de assimetria, em todas as subescalas e satisfação total, tendem para enviesamento à direita. Os valores de kurtose revelam curvas leptocúrticas exceto para a *relação/comunicação* e para satisfação global que apresentam uma distribuição mesocúrtica.

Tabela 21 – Estatísticas percentuais da satisfação global com a consulta de enfermagem da diabetes e suas dimensões

Satisfação com a consulta	Min (%)	Max (%)	Média (%)	Dp (%)	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Avaliação inicial	37,5	100,0	91,06	11,56	12,69	-8,306	8,978
Orientações	50,0	100,0	93,56	9,47	10,12	-8,870	9,777
Relação/comunicação	20,0	100,0	79,55	19,17	24,09	-5,071	1,772
Satisfação global	48,0	100,0	87,40	11,99	13,71	-5,282	1,714

## 2.2. Análise inferencial

Depois de terminada a análise descritiva prossegue-se com a análise inferencial dos dados obtidos. Esta análise tem como objetivo estudar a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, a fim de responder às questões de investigação. Seguem-se então os resultados relativos à segunda e terceira questão de investigação, que estabelece a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador com a satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes.

### **Q2 - Qual a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes?**

De seguida, vai analisar-se de forma sequencial, a relação entre o nível de satisfação com a consulta e as diversas variáveis de caracterização sociodemográfica da criança/jovem, de modo a obter uma resposta sobre esta questão de investigação. Para uma análise mais pormenorizada e considerando a satisfação da criança/jovem tendo por base as suas dimensões, vai-se também relacionar essas dimensões, com cada uma das características sociodemográficas da criança/jovem.

#### Idade das crianças/jovens vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Analisando a tabela 22, verifica-se que são os jovens com idade  $\geq 15$  anos que se encontram maioritariamente (56,1%) *satisfeitos* com a consulta de diabetes. Das crianças com idade inferior a 12 anos, 51,0% manifesta-se *satisfeita* e 28,6% *muito satisfeita*. Por outro lado, os jovens entre os 13-14 anos encontram-se na sua maioria (42,2%) *pouco satisfeitos* com a consulta. As diferenças entre os grupos apresentam significância estatística marginal ( $\chi^2=9,306$ ;  $p=0,054$ ), confirmada pelos residuais que as localizam nos jovens entre os 13-14 anos que referem estar pouco satisfeitos com a consulta de enfermagem da diabetes.

Tabela 22 – Satisfação das crianças/jovens em função da idade

Idade	≤ 12 anos		13-14 anos		≥ 15 anos		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	10	20,4	19	<b>42,2</b>	10	24,4	-1,6	<b>2,4</b>	-0,8	9,306	<b>0,054</b>
Satisfeito	25	<b>51,0</b>	13	28,9	23	<b>56,1</b>	1,0	-2,7	1,7		
Muito satisfeito	14	<b>28,6</b>	13	28,9	8	19,5	0,5	0,6	-1,1		
<b>Total</b>	49	100,0	45	100,0	41	100,0					

Através do teste ANOVA, pode verificar-se pelos valores médios da tabela 23, que a dimensão que determina maior satisfação são as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro, em todas as idades, mas sobretudo nas que têm idade ≥ 15 anos (M=94,96; Dp=6,73). Nenhuma das dimensões da satisfação tem diferença estatística significativa, pelo que se deduz que não existe relação entre elas e a idade da criança/jovem (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e a idade

Idade	≤12 anos		13-14 anos		≥15 anos		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	91,83	11,496	88,75	13,364	92,68	9,153	1,420	0,245
Orientações	<b>94,26</b>	10,193	<b>91,52</b>	10,589	<b>94,96</b>	6,734	1,638	0,198
Relação/comunicação	83,16	14,849	76,11	24,837	79,02	16,094	1,624	0,201
Satisfação total	89,24	11,032	84,74	14,768	88,13	9,110	1,783	0,172

#### Sexo das crianças/jovens vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Relativamente à relação entre o sexo da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, a tabela 24 indica que são as crianças/jovens do sexo feminino que se encontram maioritariamente *satisfeitas* com a consulta da diabetes (48,4%), tal como 42,5% das crianças/jovens do sexo masculino. No entanto, não existem diferenças significativas entre os grupos (x<sup>2</sup>=0,638; p=0,727), pelo que se considera que entre estas 2 variáveis, não existe relação estatística.

Tabela 24 – Satisfação das crianças/jovens em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Residuais		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	1	2		
<b>Satisfação</b>								
Pouco satisfeito	23	31,5	16	25,8	0,7	-0,7	0,638	0,727
Satisfeito	31	<b>42,5</b>	30	<b>48,4</b>	-0,7	0,7		
Muito satisfeito	19	26,0	16	25,8	0,0	0,0		
<b>Total</b>	73	100,0	62	100,0				

Da análise dos resultados apresentados na tabela 25, pode inferir-se, pela aplicação do teste t que, das dimensões da satisfação, as *orientações* continuam a justificar maior satisfação, sobretudo para o sexo feminino (M=93,95; Dp=8,836), onde também se verificam valores médios mais elevados em todas as dimensões. Pode considerar-se, contudo, que o sexo das crianças/jovens não se encontra relacionado com qualquer dimensão da escala de satisfação da consulta, pois não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 25 – Teste t entre a satisfação das crianças/jovens e o sexo

Sexo	Masculino		Feminino		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Dimensão da satisfação						
Avaliação inicial	89,46	13,212	92,94	9,016	-1,806	0,073
Orientações	<b>93,23</b>	10,032	<b>93,95</b>	8,836	-0,436	0,664
Relação/comunicação	79,31	18,953	79,83	19,585	-0,158	0,875
Satisfação total	86,72	12,480	88,21	11,435	-0,718	0,474

#### Escolaridade das crianças/jovens vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Reportando agora para os resultados da relação entre a escolaridade das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, como apresentado na tabela 26, constata-se que, são as crianças que frequentam o 1º CEB a manifestarem-se maioritariamente *satisfeitas* (55,6%) e *muito satisfeitas* (27,8%) com a consulta, seguidas dos 47,6% dos jovens que frequentam o ensino secundário/profissional, a demonstrarem-se *satisfeitos*. Por seu lado, é nas crianças/jovens que frequentam o 2º/3º CEB onde se apresenta a maior percentagem das que referem estar *pouco satisfeitas* (32,0%). Pode induzir-se que, com a aplicação do teste qui-quadrado, não existe significância estatística ( $x^2=2,026$ ;  $p=0,731$ ) e, portanto, entre a escolaridade da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta, não existe relação.

Tabela 26 – Satisfação das crianças/jovens em função da escolaridade

Escolaridade	1º CEB		2º/3º CEB		Ensino Sec./prof.		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	3	16,7	24	<b>32,0</b>	12	28,6	-1,2	0,9	-0,1	2,026	0,731
Satisfeito	10	<b>55,6</b>	31	41,3	20	<b>47,6</b>	0,9	-1,0	0,4		
Muito satisfeito	5	<b>27,8</b>	20	26,7	10	23,8	0,2	0,2	-0,4		
<b>Total</b>	18	100,0	75	100,0	42	100,0					

A análise das ordenações médias entre as dimensões da satisfação com a consulta da diabetes e a escolaridade da criança/jovem (tabela 27) indica, que nas crianças/jovens que frequentam o 2º/3º CEB, a dimensão que justifica maior satisfação é a *relação/comunicação* entre a criança/enfermeiro (OM=69,65), enquanto nas restantes crianças, principalmente nas crianças/jovens que frequentam o 1º CEB (OM=82,89), a dimensão que reúne maior satisfação, são as *orientações*, onde, por sua vez, se verificam as OM mais elevadas em todas as dimensões. Pelo teste de Kruskal-Wallis, pode considerar-se, porém, que não existem diferenças estatisticamente significativas e, portanto, não existe relação com a escolaridade da criança/jovem.

Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e a escolaridade

Escolaridade	1º CEB	2º/3º CEB	Ensino secundário/ profissional	x <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	69,92	66,80	69,32	0,179	0,914
Orientações	<b>82,89</b>	62,99	<b>70,57</b>	4,860	0,088
Relação/comunicação	72,00	<b>69,65</b>	63,35	0,930	0,628
Satisfação total	74,97	68,00	65,01	0,824	0,662

#### Coabitante(s) das crianças/jovens vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Pela leitura da tabela 28, que relaciona o(s) coabitante(s) das crianças/jovens e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, regista-se que, são as crianças/jovem que moram apenas com a mãe a encontrarem-se maioritariamente (53,8%) *satisfeitas* com a consulta. Também 44,7% das crianças/jovens que moram com ambos os pais se revelam *satisfeitas* com a consulta e 27,2% *muito satisfeitas*. Por outro lado, 75,0% das crianças/jovens que moram com o pai, encontram-se *pouco satisfeitas* com a consulta. Das crianças/jovens que moram com outra pessoa, 50,0% demonstrou-se *satisfeita* com a consulta, as restantes 50,0% *pouco satisfeitas* e nenhuma delas se manifestou *muito satisfeita*. O teste qui-quadrado não é aplicado, mas analisando os resíduos ajustados

standardizados, pode-se deduzir que há diferença estatística significativa nas crianças/jovens que moram com o pai e se encontram pouco satisfeitas.

Tabela 28 – Satisfação das crianças/jovens em função do(s) coabitante(s)

Coabitante(s)	Mora com pai e mãe		Mora com mãe		Mora com pai		Mora com outros		Residuais				x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3	4		
Pouco satisfeito	29	28,2	6	23,1	3	<b>75,0</b>	1	<b>50,0</b>	-0,3	-0,7	<b>2,1</b>	0,7	Não aplicável	Não aplicável
Satisfeito	46	<b>44,7</b>	14	<b>53,8</b>	0	0,0	1	<b>50,0</b>	-0,2	1,0	-1,8	0,1		
Muito satisfeito	28	<b>27,2</b>	6	23,1	1	25,0	0	0,0	0,6	-0,4	0,0	-0,8		
<b>Total</b>	103	100,0	26	100,0	4	100,0	2	100,0						

Relativamente ao(s) coabitante(s) da criança/jovem, tal como indica a tabela 29, é a *avaliação inicial* que possui um maior impacto na satisfação da criança/jovem, sobretudo nas que moram apenas com a mãe (OM=71,33). Já em relação às *orientações* e à *relação/comunicação* entre enfermeiro/criança/jovem, são as que vivem com o pai e com a mãe simultaneamente, a demonstrarem mais satisfação (OM=69,58 e OM=69,24 respetivamente), bem como a revelarem maior satisfação total em relação à consulta da diabetes (OM=69,28). Pode verificar-se que as crianças/jovens menos satisfeitas a nível de todas as dimensões, são as que moram apenas com o pai. Porém, pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis, pode inferir-se que nenhuma destas relações se considera estatisticamente significativa.

Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o(s) coabitante(s)

Coabitante(s)	Mora pai e mãe	Mora mãe	Mora pai	Mora outro	x <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	68,14	<b>71,33</b>	<b>46,88</b>	<b>59,75</b>	1,603	0,659
Orientações	<b>69,58</b>	66,96	39,23	57,75	3,002	0,391
Relação/comunicação	<b>69,24</b>	67,87	45,25	51,25	1,852	0,604
Satisfação total	<b>69,28</b>	67,63	43,75	55,50	1,870	0,600

#### Número de irmãos da criança/jovem vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Os resultados apresentados na tabela 30 indicam que é nas crianças/jovens com 2 ou mais irmãos, que existe um maior percentual das que se revelaram *muito satisfeitas* com a consulta (44,0%). Por seu lado, das 77 crianças/jovens inquiridas que possuem um irmão, a maioria manifesta-se *satisfeita* com a consulta (49,4%), e apenas 42,4% das que não possuem irmãos, se consideram *satisfeitas* com a consulta. As diferenças entre os grupos

apresentam significância estatística, comprovada pelos residuais ajustados localizados nas crianças/jovens que possuem 2 ou mais irmãos e que referem estar  *muito satisfeitas* com a consulta.

Tabela 30 – Satisfação das crianças/jovens em função do número de irmãos

Satisfação	Nº de irmãos		Sem irmãos		1 irmão		≥ 2 irmãos		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	11	33,3	23	29,9	5	20,0	0,6	0,3	-1,1				
Satisfeito	14	<b>42,4</b>	38	<b>49,4</b>	9	36,0	-0,4	1,1	-1,0	5,726	0,221		
Muito satisfeito	8	24,2	16	20,8	11	<b>44,0</b>	-0,3	-1,6	<b>2,3</b>				
<b>Total</b>	33	100,0	77	100,0	25	100,0							

Fazendo-se uma análise dos resultados da tabela 31, constata-se pelas OM que, apenas nas crianças/jovens sem irmãos, é a dimensão *orientações*, que apresenta valores médios maiores (OM=65,89), sendo que a *avaliação inicial* é a que apresenta maiores valores nas restantes crianças/jovens, recaindo mais nas crianças/jovens com 2 ou mais irmãos (OM=77,00), onde, por sua vez, se verificam maiores valores médios em todas as dimensões da escala de satisfação. Contudo, pode verificar-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas logo, o número de irmãos e as dimensões da satisfação da consulta de enfermagem são independentes.

Tabela 31 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o número de irmãos

Dimensão da satisfação	N.º de irmãos			x <sup>2</sup>	p
	Sem irmãos	1 irmão	≥ 2 irmãos		
Avaliação inicial	60,45	<b>68,31</b>	<b>77,00</b>	2,836	0,242
Orientações	<b>65,89</b>	67,45	72,46	0,527	0,769
Relação/comunicação	64,42	66,87	76,20	1,461	0,482
Satisfação total	62,47	67,23	77,68	2,241	0,326

#### Principal cuidador da criança/jovem vs. Satisfação com a consulta de diabetes

A tabela 32 procura evidências da relação entre o principal cuidador da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes. Afere-se pelos resultados apresentados que nas crianças/jovens cuja cuidadora é a mãe, a maior parte (45,5%) sentiu-se *satisfeita* com a consulta, tal como as crianças/jovens que referiram que o seu principal cuidador não era a mãe nem o pai, mas sim, outro cuidador (62,5%). Já naquelas que apontaram que o pai era o principal cuidador, a maioria manifestou-se *pouco satisfeita* com a consulta (40,0%). Pelos residuais, pode analisar-se que não existem

diferenças estatisticamente significativas entre o principal cuidador da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

Tabela 32 – Satisfação das crianças/jovens em função do principal cuidador

Principal cuidador	Pai		Mãe		Outros		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	6	<b>40,0</b>	31	27,7	2	25,0	1,0	-0,7	-0,3	Não aplicável	Não aplicável
Satisfeito	5	33,3	51	<b>45,5</b>	5	<b>62,5</b>	-1,0	0,2	1,0		
Muito satisfeito	4	26,7	30	26,8	1	12,5	0,1	0,5	-0,9		
<b>Total</b>	15	100,0	112	100,0	8	100,0					

Pela aplicação do Teste de Kruskal-Wallis (tabela 33), denota-se pelas OM que, a dimensão *orientações*, é a que determina maior satisfação, sobretudo para as crianças/jovens cujo principal cuidador é o pai (OM=73,50), excepto nas crianças/jovens cujo principal cuidador é a mãe, em que a dimensão que abarca maior satisfação é a *relação/comunicação* entre criança/jovem e enfermeiro (OM=69,74). Porém, nenhuma destas dimensões da satisfação da consulta apresenta significado estatístico, ou seja, não existe relação entre estas variáveis.

Tabela 33 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o principal cuidador

Principal cuidador	Pai	Mãe	Outros	x <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	61,57	69,28	62,19	0,779	0,678
Orientações	<b>73,50</b>	67,24	<b>68,38</b>	0,411	0,814
Relação/comunicação	61,87	<b>69,74</b>	55,19	1,470	0,479
Satisfação total	64,57	69,08	59,38	0,595	0,743

#### Síntese:

Para responder à questão colocada sobre a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, pode-se afirmar que, das diversas variáveis estudadas, apenas a idade, o(s) coabitante(s) e o número de irmãos das crianças/jovens apresentam significância estatística, o que revela que existe relação entre estas variáveis citadas e a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, localizada, respetivamente:

- nos jovens com idades entre os 13-14 anos que se encontram *pouco satisfeitos* com a consulta de enfermagem da diabetes;

- nas crianças/jovens que moram com o pai e se demonstram *pouco* satisfeita com a consulta;

- nas crianças/jovens que possuem 2 ou mais irmãos e que se manifestam *muito satisfeitas* com a consulta.

**Q3 - Qual a relação entre as características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação desta com a consulta de enfermagem da diabetes?**

Posteriormente, para dar resposta a esta questão de investigação vai-se analisar sequencialmente as várias variáveis de caracterização sociodemográfica do cuidador principal da criança/jovem com a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes. Tendo em conta as dimensões da satisfação da criança/jovem com a consulta, estas também irão ser relacionadas com cada uma das características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem.

Idade do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Pela leitura da tabela 34, regista-se que são as crianças/jovens que apontaram o seu cuidador principal como tendo  $\leq 38$  anos, a encontram-se maioritariamente *muito satisfeitas* com a consulta (37,2%). Por outro lado, são as crianças/jovens cujo cuidador possui entre 39-44 anos que se encontram maioritariamente (53,2%) *satisfeitas* com a consulta de diabetes, tal como 50,0% das crianças/jovens cujo cuidador possui  $\geq 45$  anos. As diferenças são estatisticamente significativas como é observável pelos resultados da aplicação do teste qui-quadrado ( $\chi^2=10,175$ ;  $p=0,038$ ), pelo que se considera que existe relação entre a idade do cuidador e a satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes, localizada nas crianças/jovens cujos cuidadores tem idade  $\leq 38$  anos, que se encontram *muito satisfeitas* com a consulta.

Tabela 34 – Satisfação das crianças/jovens em função da idade do cuidador

Idade do cuidador	≤ 38 anos		39-44 anos		≥ 45 anos		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	14	32,6	16	34,0	9	20,5	0,6	0,9	-1,5	10,175	0,038
Satisfeito	13	30,2	25	<b>53,2</b>	22	<b>50,0</b>	-2,3	1,4	0,9		
Muito satisfeito	16	<b>37,2</b>	6	12,8	13	29,5	<b>2,0</b>	-2,6	0,6		
<b>Total</b>	43	100,0	47	100,0	44	100,0					

Analisando a tabela 35, pode verificar-se que, é a dimensão *orientações* que demarca maior satisfação com a consulta de enfermagem, qualquer que seja a idade do principal cuidador, mas especialmente nas crianças/jovens cujo principal cuidador tem entre 39-44 anos (M=94,54; Dp=7,556). Todavia, nenhuma das dimensões da satisfação com a consulta, apresenta diferença estatística significativa, pelo que se deduz que não existe relação entre elas e a idade do cuidador da criança/jovem.

Tabela 35 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e a idade do cuidador

Idade do cuidador	≤ 38 anos		39-44 anos		≥ 45 anos		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	91,13	11,429	89,89	11,023	92,04	12,453	0,393	0,676
Orientações	<b>92,87</b>	11,458	<b>94,54</b>	7,556	<b>93,03</b>	9,359	0,426	0,654
Relação/comunicação	81,27	18,195	76,17	19,704	81,25	19,651	1,072	0,345
Satisfação total	87,88	12,593	86,04	10,882	88,19	12,011	0,424	0,655

#### Sexo do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

A análise da tabela 36 dá indicações de que, é nas crianças/jovens cujo cuidador principal é do sexo feminino, que se encontram, na maioria, as que se manifestam *satisfeitas* com a consulta (46,2%). Quando os cuidadores são do sexo masculino, as crianças/jovens manifestam-se, com igual percentagem, *satisfeitas*, mas também *pouco satisfeitas* com a consulta (35,3%). Pelos residuais, constata-se que o sexo do cuidador e a satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes são variáveis independentes, não existindo relação estatística entre elas.

Tabela 36 – Satisfação das crianças/jovens em função do sexo do cuidador

Sexo do cuidador	Masculino		Feminino		Residuais		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	1	2		
Pouco satisfeito	6	<b>35,3</b>	33	28,2	0,6	-0,6	Não aplicável	Não aplicável
Satisfeito	6	<b>35,3</b>	54	<b>46,2</b>	-0,8	0,8		
Muito satisfeito	5	29,4	30	25,6	0,3	-0,3		
<b>Total</b>	17	100,0	117	100,0				

Tendo em conta os resultados obtidos e apresentados na tabela 37, refere-se que as crianças/jovens cujo cuidador é do sexo masculino, encontram-se mais satisfeitas com a dimensão *orientações* (OM=76,12), enquanto as do sexo feminino salientam a *relação/comunicação* com o enfermeiro (OM=68,18). Contudo, pela aplicação do teste de U-Mann-Whitney, pode considerar-se que a relação destas 2 variáveis não é estatisticamente significativa, logo não existe relação entre elas.

Tabela 37 – Teste de U-Mann-Whitney entre a satisfação das crianças/jovens e o sexo do cuidador

Sexo do cuidador	Masculino	Feminino	UMW	p
	OM	OM		
Avaliação inicial	64,06	68,00	936,000	0,681
Orientações	<b>76,12</b>	66,25	848,000	0,282
Relação/comunicação	62,79	<b>68,18</b>	914,500	0,590
Satisfação total	66,56	67,64	978,500	0,914

#### Grau de parentesco do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Na tabela 38 analisa-se a relação entre a satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes e o grau de parentesco do seu cuidador principal. Pode então inferir-se que é nas crianças/jovens cuja cuidadora principal é a mãe, que a maioria se demonstrou *satisfeita* (46,1%) e *muito satisfeita* (27,0%) com a consulta. Por outro lado, a maioria das crianças/jovens, que apontaram o pai como principal cuidador, manifestou-se *pouco satisfeita* com a consulta (40,0%). Das 4 crianças/jovens que referiram que o seu principal cuidador não era a mãe nem o pai, 50,0% delas manifestaram-se *satisfeitas* e as restantes 50,0% *pouco satisfeitas*. A análise dos residuais revela que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de parentesco do cuidador e a satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes.

Tabela 38 – Satisfação das crianças/jovens em função do grau de parentesco do cuidador

Grau de parentesco	Pai		Mãe		Outros		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	6	<b>40,0</b>	31	27,0	2	<b>50,0</b>	1,0	-1,3	0,9	Não aplicável	Não aplicável
Satisfeito	5	33,3	53	<b>46,1</b>	2	<b>50,0</b>	-0,9	0,8	0,2		
Muito satisfeito	4	26,7	31	<b>27,0</b>	0	0,0	0,1	0,5	-1,2		
<b>Total</b>	15	100,0	115	100,0	4	100,0					

Determina-se, pela análise da tabela 39, que as crianças/jovens cujo principal cuidador é o pai, denotam uma maior satisfação com as *orientações* (OM=73,20), quando o cuidador é a mãe, a satisfação é maior na dimensão *relação/comunicação* (OM=69,55) e quando o cuidador tem outro grau de parentesco, a satisfação revela-se maior com a *avaliação inicial* (OM=55,50). No entanto, depois de aplicado o teste de Kruskal-Wallis, pode verificar-se que nenhuma destas dimensões da satisfação da consulta, apresenta significado estatístico, ou seja, não existe relação entre estas variáveis.

Tabela 39 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação das crianças/jovens e o grau de parentesco do cuidador

Grau de parentesco	Pai	Mãe	Outro	x <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	61,40	68,71	<b>55,50</b>	0,957	0,620
Orientações	<b>73,20</b>	67,78	38,13	3,154	0,207
Relação/comunicação	61,53	<b>69,55</b>	31,00	4,275	0,118
Satisfação total	64,30	68,96	37,50	2,677	0,262

#### Habilitações literárias do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Na tabela 40 apresentam-se os resultados relacionados com as habilitações literárias do cuidador da criança/jovem com diabetes e a satisfação com a respetiva consulta de enfermagem. Assim, denota-se que são as crianças/jovens cujo cuidador possui o ensino superior, que na maioria se encontram *satisfeitas* com a consulta de diabetes (50,0%), assim como 44,1% das crianças/jovens cujo cuidador possui o ensino secundário, porém pode afirmar-se que não existe significância estatística entre estas duas variáveis.

Satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes: influência das características sociodemográficas da criança e do cuidador

Tabela 40 – Satisfação das crianças/jovens em função das habilitações literárias do cuidador

Habilitações literárias	Até 3º CEB		Ensino secundário		Ensino superior		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	11	30,6	6	17,6	22	34,4	0,2	-1,7	1,3	8,494	0,075
Satisfeito	13	<b>36,1</b>	15	<b>44,1</b>	32	<b>50,0</b>	-1,2	-0,1	1,2		
Muito satisfeito	12	33,3	13	38,2	10	15,6	1,2	1,9	-2,6		
<b>Total</b>	36	100,0	34	100,0	64	100,0					

A análise dos resultados da tabela 41, após aplicação da análise de variância a um fator, demonstra que das dimensões da satisfação, independentemente das habilitações literárias do cuidador principal, são as *orientações* feitas pelo enfermeiro, a justificar uma maior satisfação, especialmente nas crianças/jovens cujo cuidador possui o ensino secundário (M=95,58; Dp=9,550). É nos cuidadores com esta habilitação literária, que as crianças/jovens apresentam valores médios mais elevados em qualquer uma das dimensões da satisfação e, portanto, se revelam mais satisfeitas com a *avaliação inicial* da consulta (M=93,38; Dp=11,300), com as *orientações* (M=95,58; Dp=9,550), com a *relação/comunicação* (M=83,82; Dp=18,952) e na globalidade com uma maior satisfação (M=90,38; Dp=12,162), porém, não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 41 – ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e as habilitações literárias do cuidador

Habilitações literárias	Até 3º CEB		Ensino secundário		Ensino superior		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	91,14	13,642	93,38	11,300	89,64	10,399	1,160	0,317
Orientações	<b>94,79</b>	7,834	<b>95,58</b>	9,550	<b>91,69</b>	10,087	2,354	0,099
Relação/comunicação	80,00	19,820	83,82	18,952	76,87	18,887	1,479	0,232
Satisfação total	87,98	11,955	90,38	12,162	85,36	11,768	2,039	0,134

Estado civil do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Relativamente ao estado civil do cuidador, os resultados da tabela 42 indicam que são as crianças/jovens cujo cuidador possui companheiro(a), a encontrarem-se maioritariamente *satisfeitas* (44,9%) e *muito satisfeitas* (27,6%) com a consulta de diabetes. No entanto, 44,4% das crianças/jovens cujo cuidador não possui companheiro(a) também se encontram *satisfeitas* com a consulta, porém, seguidas das que se encontram *pouco satisfeitas* (33,3%). Analisando a mesma tabela, pode perceber-se que não existem diferenças estatística entre os grupos, ou seja, não existe relação entre o estado civil do

cuidador e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes ( $\chi^2=0,590$ ;  $p=0,745$ ).

Tabela 42 – Satisfação das crianças/jovens em função do estado civil do cuidador

Estado civil	Sem companheiro(a)		Com companheiro(a)		Residuais		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	1	2		
Pouco satisfeito	12	33,3	27	27,6	0,7	-0,7	0,590	0,745
Satisfeito	16	<b>44,4</b>	44	<b>44,9</b>	0,0	0,0		
Muito satisfeito	8	22,2	27	<b>27,6</b>	-0,6	0,6		
<b>Total</b>	36	100,0	98	100,0				

Conforme a tabela 43, a análise dos resultados referentes à relação entre as dimensões da satisfação com a consulta da diabetes e o estado civil do cuidador indica que, a dimensão *avaliação inicial* determina uma maior satisfação por parte das crianças/jovens cujo cuidador não possui companheiro (OM=65,94). É nas crianças/jovens cujo cuidador tem companheiro, que se verificam as OM mais elevadas em todas as dimensões da escala de satisfação, destacando-se a dimensão *relação/comunicação* entre criança/jovem e enfermeiro (OM=69,74), mas sem significância estatística em qualquer uma dessas dimensões, conforme observado pela aplicação do teste U-Mann-Whitney.

Tabela 43 – Teste U-Mann-Whitney entre a satisfação das crianças/jovens e o estado civil do cuidador

Estado civil do cuidador	Sem companheiro(a)	Com companheiro(a)	UMW	p
	OM	OM		
Avaliação inicial	<b>65,94</b>	68,07	1708,000	0,767
Orientações	65,68	68,17	1698,500	0,718
Relação/comunicação	61,40	<b>69,74</b>	1544,500	0,267
Satisfação total	62,07	69,49	1568,500	0,324

#### Local de residência do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Reportando-nos agora à relação entre o local de residência do cuidador e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes, conforme exposto na tabela 44, verifica-se que, maioritariamente, os inquiridos cujos cuidadores residem na zona urbana se encontram *satisfeitos* com a consulta de diabetes (45,2%), seguidos de 32,3% dos que se encontram *pouco satisfeitos*. Das crianças/jovens cujo cuidador reside em meio rural, 44,4% e 29,2%, respetivamente, revelaram-se *satisfeitos* e *muito satisfeitos* com a consulta. Ao aplicar-se o teste qui-quadrado, pode considerar-se que não existem diferenças

significativas entre o local de residência do cuidador e a satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes ( $\chi^2=0,951$ ;  $p=0,621$ ), sendo estas independentes.

Tabela 44 – Satisfação das crianças/jovens em função do local de residência do cuidador

Local de residência	Urbana		Rural		Residuais		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	1	2		
Pouco satisfeito	20	<b>32,3</b>	19	26,4	0,7	-0,7	0,951	0,621
Satisfeito	28	<b>45,2</b>	32	<b>44,4</b>	0,1	-0,1		
Muito satisfeito	14	22,6	21	<b>29,2</b>	-0,9	0,9		
<b>Total</b>	62	100,0	72	100,0				

Dos resultados apresentados na Tabela 45 apurou-se que os valores médios são mais elevados, em todas as dimensões, nas crianças/jovens cujo cuidador da reside em meio rural, sobretudo na satisfação com as *orientações* ( $M=93,75$ ;  $Dp=8,650$ ), onde também as crianças/jovens cujo cuidador habita em meio urbano sentem maior satisfação ( $M=93,24$ ;  $Dp=10,452$ ). Todavia, pelo teste t, pode inferir-se que a relação destas variáveis não apresenta significado estatístico e, portanto, elas são independentes.

Tabela 45 – Teste t entre a satisfação das crianças/jovens e o local de residência do cuidador

Local de residência	Urbana		Rural		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	89,21	11,985	92,53	11,083	-1,665	0,098
Orientações	<b>93,24</b>	10,452	<b>93,75</b>	8,650	-0,305	0,761
Relação/comunicação	76,37	20,688	82,15	17,579	-1,749	0,083
Satisfação total	85,51	13,055	88,91	10,880	-1,645	0,102

#### Número de filhos do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Os resultados apresentados na tabela 46 relativamente ao número de filhos do cuidador, indicam que, são as crianças/jovens cujo cuidador não possui filhos, a encontrarem-se maioritariamente *satisfeitas* com a consulta de diabetes (50,0%), assim como 42,9% das crianças/jovens cujo cuidador possui 1 filho e 45,2% daquelas cujo cuidador possui 2 ou mais filhos. Os resíduos ajustados standarizados revelam que o número de filhos do cuidador e a satisfação da criança/jovem com a consulta são variáveis independentes.

Tabela 46 – Satisfação das crianças/jovens em função do número de filhos do cuidador

Satisfação	Nº de filhos		Sem filhos		1 filho		≥ 2 filhos		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3				
Pouco satisfeito	2	33,3	12	34,3	25	26,9	0,2	0,8	-0,9	Não aplicável	Não aplicável		
Satisfeito	3	<b>50,0</b>	15	<b>42,9</b>	42	<b>45,2</b>	0,3	-0,3	0,1				
Muito satisfeito	1	16,7	8	22,9	26	28,0	-0,5	-0,5	0,7				
<b>Total</b>	6	100,0	35	100,0	93	100,0							

Verificam-se, pelas OM, que a dimensão *orientações* é a que justifica maior satisfação, excepto nas crianças/jovens cujo cuidador possui 2 ou mais filhos, em que é na *avaliação inicial* feita pelo enfermeiro, onde se verifica maior satisfação (OM=71,99). As OM de todas as dimensões, são mais elevadas nas crianças/jovens cujo cuidador possui 2 ou mais filhos, excepto nas *orientações*, onde a maior satisfação recai ligeiramente na criança/jovem cujo cuidador possui um filho (OM=67,81) (cf. Tabela 47). Também entre estas variáveis não existe relação estatística, conforme se observou pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 47 – Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação da criança/jovem e o número de filhos do cuidador

Dimensão da satisfação	N.º de filhos			x <sup>2</sup>	p
	Nenhum filho	1 filho	=>2 filhos		
	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	46,67	59,14	<b>71,99</b>	5,083	0,079
Orientações	<b>67,17</b>	<b>67,81</b>	67,40	0,004	0,998
Relação/comunicação	56,33	62,56	70,08	1,497	0,473
Satisfação total	54,67	61,24	70,68	2,209	0,331

#### Situação profissional do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Estuda-se seguidamente a relação entre a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e a situação profissional do seu cuidador. Os resultados da tabela 48 evidenciam que, na maioria (47,6%), são as crianças/jovens cujo cuidador se encontra em situação profissional ativa, a revelarem-se *satisfeitas* com a consulta, seguidas das que se encontram *pouco satisfeitas* (31,0%). As crianças/jovens cujo cuidador não se encontra profissionalmente ativo, também se encontram maioritariamente *satisfeitas* com a consulta (40,0%), seguidas de 34,0% que se manifestam *muito satisfeitas*. Todavia, entre estes grupos não foram encontradas significâncias estatísticas ( $x^2=2,567$ ;  $p=0,277$ ), ou seja, não existe relação entre esta variável independente e a variável dependente em causa.

Tabela 48 – Satisfação das crianças/jovens em função da situação profissional do cuidador

Situação profissional	Não ativo		Ativo		Residuais		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	1	2		
Pouco satisfeito	13	26,0	26	<b>31,0</b>	-0,6	0,6	2,567	0,277
Satisfeito	20	<b>40,0</b>	40	<b>47,6</b>	-0,9	0,9		
Muito satisfeito	17	<b>34,0</b>	18	21,4	1,6	-1,6		
<b>Total</b>	50	100,0	84	100,0				

Pela aplicação do teste t, face aos resultados apresentados na Tabela 49, pode inferir-se que, na globalidade, as *orientações* demarcam uma maior satisfação, nomeadamente nas crianças/jovens cujo cuidador não se encontra profissionalmente ativo (M=94,12; Dp=8,223). É nestas crianças/jovens que se apuram valores médios mais elevados em todas as dimensões da satisfação, mas sem diferença estatística significativa.

Tabela 49 – Test t entre a satisfação das crianças/jovens e a situação profissional do cuidador

Situação profissional	Não ativo		Ativo		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	91,75	12,400	90,55	11,125	0,578	0,564
Orientações	<b>94,12</b>	8,223	<b>93,15</b>	10,204	0,571	0,569
Relação/comunicação	80,90	18,781	78,63	19,548	0,659	0,511
Satisfação total	88,30	11,609	86,76	12,277	0,717	0,475

#### Rendimento familiar mensal do cuidador principal vs. Satisfação com a consulta de diabetes

Analisa-se a relação entre o rendimento familiar mensal do cuidador e a satisfação das crianças/jovens em relação à consulta de enfermagem da diabetes (cf. tabela 50). Assim, constata-se que é nas crianças/jovens cujos cuidadores auferem 3 ou mais ordenados mínimos nacionais como rendimento familiar mensal, que se encontram, maioritariamente, as *satisfeitas* com a consulta (54,5%). Quanto às crianças/jovens cujos cuidadores obtêm mensalmente 1 ordenado mínimo nacional como rendimento familiar, manifestam-se na maioria *satisfeitas* (49,1%) e *muito satisfeitas* (32,1%). Nas crianças/jovens cujos cuidadores obtêm como rendimento familiar 2 ordenados mínimos nacionais mensalmente, a maior parte encontra-se *pouco satisfeita* com a consulta (37,5%). Pode fomentar-se que não existe significância estatística entre estas duas variáveis.

Tabela 50 – Satisfação das crianças/jovens em função do rendimento familiar mensal do cuidador

Rendimento familiar mensal	1 ord mínimo		2 ord. mínimos		≥ 3 ord. mínimos		Residuais			x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	1	2	3		
Pouco satisfeito	10	18,9	18	<b>37,5</b>	11	33,3	-2,1	1,6	0,6	8,964	0,062
Satisfeito	26	<b>49,1</b>	16	33,3	18	<b>54,5</b>	0,8	-2,0	1,3		
Muito satisfeito	17	32,1	14	29,2	4	12,1	1,3	0,6	-2,1		
<b>Total</b>	53	100,0	48	100,0	33	100,0					

Por último, na tabela 51 deduz-se que, mais uma vez, é a dimensão *orientações* que determina uma maior satisfação, sobretudo nas crianças/jovens cujo cuidador possui 1 ordenado mínimo nacional (M=95,99; Dp=6,943). Também se pode inferir que, é nestas crianças/jovens, que os valores médios são mais elevados para todas as dimensões, sugerindo que são estas as que se sentem mais satisfeitas em relação a todas as dimensões da consulta da diabetes e relativamente à consulta na globalidade (M=90,16; Dp=10,257). Seguem-se, em termos de satisfação, em todas as dimensões, as crianças/jovens em que o cuidador tem 3 ou mais ordenados mínimos nacionais. Pela aplicação da ANOVA, pode verificar-se que existe significância estatística, ou seja, existe relação entre o rendimento familiar mensal e a satisfação com as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro (p=0,048; F=3,108).

Tabela 51 – Teste ANOVA entre a satisfação das crianças/jovens e o rendimento familiar mensal do cuidador

Rendimento familiar mensal	1 ord. mínimo		2 ord. mínimos		≥ 3 ord. mínimos		F	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Avaliação inicial	93,39	9,448	89,06	14,034	89,96	10,357	1,965	0,144
Orientações	<b>95,99</b>	6,943	<b>91,66</b>	11,410	<b>92,23</b>	9,378	3,108	<b>0,048</b>
Relação/comunicação	82,92	17,387	75,93	23,147	79,09	14,814	1,689	0,189
Satisfação total	90,16	10,257	84,81	14,775	86,48	9,191	2,678	0,072

### Síntese:

De forma a responder à questão levantada sobre a relação entre as características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, pode-se verificar-se que, das distintas variáveis estudadas, apenas a idade e o rendimento familiar mensal do cuidador principal das crianças/jovens são estatisticamente significativas, o que demonstra que:

- existe relação entre a idade do cuidador principal da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de diabetes, localizada nas crianças/jovens cujos cuidadores tem idade  $\leq 38$  anos, que se encontram *muito satisfeitas* com a consulta;

- existe relação entre o rendimento familiar mensal do cuidador principal e a satisfação com as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro.



### 3. Discussão

Com a elaboração deste trabalho de investigação, pretendeu-se obter um estudo que concebesse algum conhecimento científico para servir de base a uma melhor prática dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem na consulta da diabetes. Assim, procurou-se desenvolver um estudo científico rigoroso, com as escolhas metodológicas que se julgaram adequadas para o tipo de investigação a ser realizado, discutindo os resultados mais significativos com base na literatura científica encontrada.

O presente capítulo inicia-se com a discussão metodológica, seguindo-se a discussão dos resultados, tendo-se como ponto de partida as questões de investigação e os objetivos delineados.

#### 3.1. Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos usados nesta investigação revelaram-se concordantes com os objetivos delineados, bem como com as características da amostra. No entanto, julga-se que houve algumas limitações.

Uma limitação metodológica prende-se com o facto de se ter realizado um estudo com enfoque transversal, cujas avaliações foram feitas num único momento, não existindo, portanto, um período de seguimento dos participantes. A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre a exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo. O facto de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência e não a incidência, torna limitada a informação produzida por este tipo de estudos, no que respeita à história natural dos acontecimentos e ao seu prognóstico (Fortin, 2009). Contudo, para se levar a cabo este estudo transversal, foi necessário, em primeiro lugar, definir as questões a responder, depois, definir-se a população a estudar, um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos e os métodos de medição das variáveis de interesse. Outra limitação prende-se com o facto de que, para obter conclusões mais precisas, ou para que fossem extrapoladas para outras populações, a amostra deveria ser maior. Assim, sugere-se, para da necessidade de fazer um estudo longitudinal sobre a temática, que se utilize uma amostra mais alargada.

Por ser um estudo mais alargado, o instrumento de recolha de dados (questionário), era extenso, com um número de variáveis elevado, o que pode ter influenciado as crianças/jovens, cujo preenchimento poderá ter sido demorado e cansativo, principalmente nas crianças mais novas, onde se denotou alguma dificuldade no seu preenchimento, devido a problemas essencialmente de iliteracia, que foi colmatada com a presença e ajuda do acompanhante aquando do seu preenchimento e com o maior esclarecimento de dúvidas por parte do investigador. Esta dificuldade no preenchimento do instrumento de colheita de dados, por parte das crianças mais novas, também foi apontada por Novato (2009), que estudou um grupo de adolescentes dos 10-19 anos com DM1, a fim de avaliar a sua qualidade de vida relacionada à saúde, identificando os fatores associados e preditivos dessa qualidade de vida.

Outra limitação prende-se com o facto de que, as respostas dos participantes possam ter sido condicionadas, e conseqüentemente, os resultados obtidos sobre a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, possam ter sido influenciados positivamente pelo facto de as investigadoras, que entregaram e recolheram a maior parte dos questionários, serem enfermeiras, apesar do autopreenchimento por parte das crianças/jovens, com interferência das investigadoras apenas para esclarecimento das dúvidas colocadas. No estudo de Sousa, Peixoto e Martins (2008), também foi mencionada uma limitação semelhante, pelo que se propõe que, em estudos futuros sobre a satisfação em saúde, o instrumento de colheita de dados não seja aplicado por profissionais envolvidos na área a investigar.

Ressalva-se que se recorreu a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, no entanto, efetuou-se o estudo de fiabilidade (consistência interna) e análise fatorial confirmatória da escala de “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”. Medir a satisfação é um procedimento complexo, uma vez que, como envolve inúmeros fatores, é difícil abarcar todas as dimensões. No entanto, considera-se, que os instrumentos de colheita de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação pode ter estado condicionada com as opções metodológicas, não sendo possível, por isso, generalizarem-se os resultados, o que só será viável com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas, para trazer resultados mais consistentes à investigação.

Contudo, apesar destas limitações, pode afirmar-se que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo acerca da satisfação das crianças/jovens face à consulta de

enfermagem da diabetes, tendo em conta as suas características sociodemográficas e do seu principal cuidador.

### 3.2. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é considerada uma etapa essencial na investigação, pois confronta os dados obtidos com os de outros estudos científicos já existentes, que suportam o estudo em causa.

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica que tomou proporções à escala mundial, sendo transversal aos níveis socioeconómicos da população e estando presente em todas as etapas do desenvolvimento humano (Santos et al., 2011). Neste sentido, tornou-se pertinente estudar a satisfação das crianças/jovens em relação à consulta de enfermagem da diabetes. Todavia, importa ter em consideração que o conceito de satisfação privilegia o utente na avaliação da qualidade em saúde. De um modo geral, satisfação do utente pode ser definida como a avaliação que cada um faz das diferentes dimensões dos cuidados à saúde (Correia, 2007). Há vários modelos de medida, mas todos têm o pressuposto comum de abordar as perceções dos utentes em relação às suas expectativas, valores e desejos.

De acordo com Fitzpatrick (1991, cit. por Costa, 2011), a maior parte dos investigadores, considera que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, grau escolaridade, estado civil, etc) exercem uma influência tão elevada sobre a satisfação, tal como a própria prestação dos cuidados de saúde. Por outro lado, Carr-Hill (1992) cit. por Costa (2011), considera que há outros autores a questionar a influência destas variáveis, pois demonstram que, apesar de haver significado estatístico, a sua relação com a satisfação era muito limitada. Neste sentido, para obter mais algum conhecimento científico sobre esta temática, irá refletir-se sobre os resultados obtidos neste estudo, contrapô-los com os dados obtidos em outros estudos científicos, analisando as suas implicações para a prática de enfermagem na consulta da diabetes, ao relacionar a satisfação com esta consulta e as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu principal cuidador.

Começa-se a discussão dos resultados com o *perfil sociodemográfico* das crianças/jovens, referindo-se que das 135 crianças/jovens inquiridas, o sexo masculino representa 54,1% da totalidade da amostra e o sexo feminino possui uma representatividade de 45,9%. Apesar de a amostra pertencer a uma faixa etária adulta, Chaves et al. (2012) também estudaram a satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes e

averiguaram que, ao contrário do presente estudo, 53,3% eram do sexo feminino e 46,7% do sexo masculino.

Em Portugal, segundo dados do Observatório Nacional de Diabetes (2015), em 2014, a DM1 atingia 3 365 indivíduos com idades entre 0-19 anos (registo DOCE), sendo que 1921 delas tinham idades compreendidas entre os 0-14 anos, portanto, as restantes 1444 crianças possuíam idades entre os 15 e os 19 anos. No presente estudo, das 135 crianças/jovens inquiridas, 41 delas possuem idade entre os 15-18 anos, o que corresponde a aproximadamente 2,83% da prevalência nacional nestas idades. No entanto, esta amostra não pode ser considerada representativa, pois a amostragem não foi aleatória. Nas restantes idades da amostra (8-14 anos), por falta de dados, não é possível realizar estes cálculos de correspondência com os dados nacionais.

No presente estudo, verificou-se uma idade mínima de 8 anos e uma máxima de 18 anos, sendo as crianças com 12 ou menos anos de idade, as que mais prevalecem (36,3%), correspondendo, no entanto, uma idade média de 13,45 anos ( $\pm 2,838$  anos), bastante próxima da média de idades ( $M=13,57$ ;  $Dp=2,49$ ) encontrada no estudo de Marinho (2012). No atual trabalho, os rapazes, em média ( $M=13,56$  anos  $\pm 3,009$  anos), são ligeiramente mais velhos que as raparigas ( $M=13,32$  anos  $\pm 2,641$  anos), o que se verificou também no estudo de Marinho (2012), em que os rapazes, que também eram o sexo prevalente, tinham uma média de idades de 13,60 anos ( $\pm 2,74$  anos), ligeiramente mais elevada do que nas raparigas ( $M=13,55$  anos;  $\pm 2,34$  anos), também não existindo diferenças estatisticamente significativas. Os resultados encontrados no presente estudo diferem dos apurados por Góes, Vieira e Júnior (2007), cuja amostra era constituída essencialmente por crianças do género feminino (77%), com idades compreendidas entre os 8 e 12 anos (77%).

No estudo atual, apurou-se também que há um predomínio de participantes no 2º e 3º CEB (55,6%), seja no sexo masculino (50,7%), seja no sexo feminino (61,3%), seguindo-se 31,1% a frequentarem o ensino secundário/profissional, o que sugere adequação face à idade dos participantes. O mesmo se apurou no estudo de Marinho (2012), que averiguou que tanto as raparigas (44,4%) como os rapazes (35,0%) se encontravam maioritariamente a frequentar o 3º ciclo.

No presente estudo também se constatou que grande parte dos participantes (57,0%) possui um irmão e coabitam na sua maioria com a mãe (95,6%), sendo esta apontada em 83,0% das crianças/jovens como cuidadora principal. O mesmo se apurou em vários estudos, como no estudo de Góes, Vieira e Júnior (2007), em que, em 69% dos casos, é a mãe que mais auxilia a criança; no estudo de Marques, Fornés e Stringhini (2011) na qual 91,5% da amostra considera a mãe como cuidadora e no estudo de Zanetti, Mendes

e Ribeiro (2001), que demonstrou que em 90,0% dos casos, é a mãe que assume a responsabilidade pelo acompanhamento do filho com DM. Este facto comprova que culturalmente, ainda são as mulheres que assumem o acompanhamento e a educação dos filhos, pois elas não se preocupam apenas com a própria saúde, mas com a saúde de toda a família (Rego, 2004; Vieira, 2006 cit. por Lima, 2009).

No que se refere ao *perfil sociodemográfico do cuidador principal das crianças/jovens*, os resultados revelaram um predomínio de cuidadores do sexo feminino (87,3%), o que também se verificou no estudo de Lima (2009), que objetivou avaliar a qualidade de vida das crianças dos 8-12 anos e dos adolescentes dos 13-18 anos, com DM1, da qual obteve resultados de que 81,8% e 85,4% das crianças com idade entre os 8-12 anos e os 13-18 anos, respetivamente, tinham cuidadores do sexo feminino, geralmente as próprias mães.

No presente estudo, os cuidadores possuem idade a oscilar entre os 20 e os 66 anos, sendo as mulheres, em média ( $M=41,48$  anos  $\pm 6,652$  anos), mais velhas do que os homens ( $M=40,59$  anos  $\pm 9,388$  anos). Prevaecem os cuidadores com idades entre os 39-44 anos (35,1%).

Em mais de metade da amostra (85,8%) os cuidadores principais são as mães das crianças/jovens com diabetes, com prevalência dos cuidadores com companheiro(a) (73,1%), o que também se observou no estudo de Lima (2009), no qual 68,2% e 65,9% dos cuidadores das crianças dos 8-12 anos e dos 13-18 anos, respetivamente, eram casados. O estado civil dos pais, segundo Santos et al. (2005), assume-se como um fator importante para o tratamento de doenças crónicas em crianças e adolescentes.

Verificou-se também que os principais cuidadores da presente amostra possuem, maioritariamente, o ensino superior (47,8%), o que não vai de encontro aos resultados obtidos no estudo Paulino, Lemos-Marini, Guerra-Junior, Minicucci, Mendes e Morcillo (2006, cit. por Marques, Fornés & Stringhini, 2011), que identificaram 69,5% das mães dos diabéticos como tendo somente até 8 anos de estudo. Igualmente, no estudo efetuado por Lima (2009), o cuidador dos adolescentes tinha um nível de escolaridade inferior ao apurado no presente estudo, pois os cuidadores das crianças dos 8 aos 12 anos, possuíam na maioria (36,5%), 4-8 anos de escolaridade e apenas 22,7% possuíam mais de 11 anos de escolaridade. Também no estudo supramencionado, a maioria dos cuidadores dos adolescentes dos 13 aos 18 anos possuía, em igual percentagem (24,4%), 1 a 4 anos de escolaridade e 8 anos de escolaridade. Importa salientar que a baixa escolaridade dos cuidadores das crianças/jovens com diabetes pode dificultar o acesso às informações e,

desta forma, prejudicar o desempenho do cuidado para com a criança/jovem, de forma segura (Lima, 2009).

Na presente amostra, 53,7% dos cuidadores principais residem em zona rural, o que também se verificou nos resultados obtidos no estudo de Marinho (2012), na qual 46,8% da amostra em estudo também vivia na aldeia, e no estudo de Chaves et al. (2012), na qual a maioria da amostra também habitava em meio rural, quer as do sexo feminino (82,7%) quer os do masculino (83,5%). Pelo contrário, no estudo de Marques, Fornés e Stringhini (2011), 90,1% da amostra habitava em área urbana.

Em conformidade com os dados relativos ao número de filhos que os cuidadores possuem, estes indicam, para a globalidade da amostra, um número mínimo de 0 (zero) filhos e o máximo de 4 filhos, correspondendo-lhe uma média de 1,85 filhos ( $\pm 0,827$ ), indicando que prevalecem os que possuem 2 ou mais filhos (69,4%).

Em relação à situação profissional, constatou-se que grande parte dos cuidadores (62,7%) se encontra no ativo, quer os homens (76,5%), quer as mulheres (60,7%), com destaque também para os cuidadores que auferem mensalmente um rendimento mínimo nacional (39,6%), onde se incluem 47,1% dos homens e 38,5% das mulheres, o que evidencia o baixo poder aquisitivo da família da amostra em estudo. Também no estudo de Marques, Fornés e Stringhini (2011), apesar de ter sido aplicado na população brasileira, o rendimento familiar mensal é baixo, pois em 57,7% da amostra, a renda per capita mensal foi de menos de meio salário mínimo. Por sua vez, no estudo de Lima (2009), 54,5% dos cuidadores das crianças com idades compreendidas entre os 8-12 anos e 56,1% dos cuidadores dos adolescentes com idades entre os 13-18 anos, declararam que ganhavam entre 1-3 salários mínimos. Na perspetiva de Schectman, Nadkarni e Voss (2002), os doentes com um baixo rendimento familiar apresentam scores de adesão ao tratamento mais baixos quando comparados àqueles com um rendimento superior.

### **Nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes**

No presente estudo, quanto ao nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de enfermagem da diabetes, observou-se que, da globalidade da amostra, a maior percentagem (45,2%) recaiu nas crianças/jovens que se encontravam *satisfeitas* com a consulta, sendo que 25,9% revelaram-se *muito satisfeitas* e 28,9% *pouco satisfeitas*. No estudo de Chaves et al. (2012), apesar de ter sido realizado em utentes dos 38-91 anos, a maior parte (43,6%) referiu que se encontrava *muito satisfeito* com a consulta de

enfermagem da diabetes, 16,9% *satisfeito* e 39,5% manifestaram-se *pouco satisfeitos*. Como se pode observar, o percentual dos *pouco satisfeitos* na amostra supracitada é bastante superior ao obtido no estudo presente, o que pode ser justificável pelo facto de as crianças/jovens poderem ser mais imaturas que os adultos, na crítica dos aspetos negativos da consulta e, portanto, apresentarem maiores níveis de satisfação.

A satisfação global do presente estudo foi em média de 87,40% ( $\pm 11,99\%$ ), com um mínimo de 48,0% e um máximo de 100,0%. Correia (2007), apesar de ter estudado utentes adultos, obteve resultados ligeiramente inferiores, com uma satisfação global de 82,77% relativamente aos cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes.

Na análise fatorial do estudo de Chaves et al. (2012), obtiveram-se 2 dimensões subjacentes à escala da satisfação: a *relação com o enfermeiro* e as *orientações*. No estudo presente, os itens de avaliação da satisfação com a consulta foram distribuídos por 3 dimensões: a *avaliação inicial* feita pelo enfermeiro, as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro e a *relação/comunicação* entre enfermeiro e criança/jovem.

Relativamente a estas dimensões da satisfação, apurou-se que, a maior satisfação recaiu nas *orientações* (M=93,56%;  $\pm 9,47\%$ ), seguida pela dimensão *avaliação inicial* (M=91,06%;  $\pm 11,56\%$ ), sendo que a menor satisfação é sinalizada na *relação/comunicação* (M=79,55%,  $\pm 19,17\%$ ). Esta última dimensão, apresenta um percentual bastante mais baixo que as restantes dimensões, pelo que se pretende sensibilizar os enfermeiros para a importância de criar uma relação construtiva com a criança/jovem para que ela se possa sentir satisfeita com a consulta de enfermagem da diabetes, o que, por sua vez, pode ser importante no sucesso da adesão ao regime terapêutico e consequentemente trazer ganhos em saúde (Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Roter (1989, cit. por Correia, 2007), realizou uma meta-análise de 41 estudos onde comparava aspetos do comportamento dos profissionais de saúde com a satisfação dos seus utentes. Apesar de a faixa etária da amostra ser diferente, pois no estudo referido, a população estudada é adulta, os resultados revelaram que, o que os utentes mais valorizavam era o fornecimento de informação sobre o seu problema de saúde e o tratamento, a par dos resultados obtidos no presente estudo, em que a dimensão que mais causou satisfação foram as *orientações*. Também a abordagem colaborativa do enfermeiro, ou seja, a forma de interagir, de ouvir o utente, de facilitar o diálogo e de compreender o seu problema de saúde, foi identificada como uma categoria de satisfação, tal como observado no presente estudo, com a dimensão *relação/comunicação* entre o enfermeiro e a criança/jovem.

### **Relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação total com a consulta de enfermagem da diabetes e as suas dimensões**

No que concerne à relação entre a idade e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes, verificou-se que, são os jovens com idade  $\geq 15$  anos que se encontram maioritariamente *satisfeitos* (56,1%) e por outro lado, são os jovens com 13-14 anos que se encontram na maioria (42,2%) *pouco satisfeitos* com a consulta, o que vai de encontro ao estudo de Marinho (2012), que constatou que os jovens diabéticos que se encontravam mais satisfeitos com a consulta (50,0%) eram os que tinham idade superior a 15 anos e por sua vez, os menos satisfeitos os que tinham entre os 13 e 14 anos de idade (35,7%). No presente estudo, as crianças com idade igual ou inferior a 12 anos também têm uma parcela significativa quanto às que se encontram *satisfeitas* (51,0%) e *muito satisfeitas* (28,5), o que pode ocorrer porque, como são mais novas e, à partida, mais imaturas, possuem menor perceção da doença, expectativas mais modestas e/ou menor preparação para criticarem os aspetos negativos da consulta. Tais resultados corroboram os de Novato (2009), que revela que a satisfação tende a diminuir entre os mais velhos.

No presente estudo, considerou-se que existe diferença significativa marginal, confirmada pelos residuais, que a localiza nas crianças entre os 13-14 anos que se sentem pouco satisfeitas com a consulta. Já no estudo de Marinho (2012), pode-se concluir, também através dos residuais, que se verificam diferenças estatísticas significativas, mas, nas crianças muito satisfeitas com idade superior ou igual a 15 anos. Apesar das faixas etárias estudadas serem diferentes, também no estudo de Chaves et al. (2012), se revelou existir diferenças significativas na relação da idade com a satisfação.

Em todas as idades, a dimensão que determina maior satisfação são as *orientações* facultadas pelo enfermeiro, principalmente nas que têm 15 ou mais anos de idade ( $M=94,96$ ;  $Dp=6,73$ ). Estes resultados poder-se-ão justificar com o pressuposto de que, o apoio parental está correlacionado negativamente com a idade, sendo o ponto de viragem entre os 15 e os 16 anos (Mestre, 2006) e à medida que se aproxima a adolescência, a supervisão parental abranda para que o jovem possa assumir a responsabilidade pelo auto-tratamento, o que torna os jovens mais despertos para as orientações dadas na consulta da diabetes, e assim ser participantes mais ativos no autocontrolo da doença (Almeida, 2003). A promoção progressiva da autonomia das crianças/jovens à medida do seu desenvolvimento e da sua aquisição de competências pode resultar em níveis de satisfação mais elevados em relação à consulta da diabetes (Covinhas, 2007). Neste sentido, é importante reforçar o papel dos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros da consulta da diabetes, que

funcionam como uma ajuda preciosa na aceitação da diabetes, na aquisição de habilidades e competências, o que se reverte em níveis de satisfação mais elevados face à consulta.

Neste estudo, também se verificou que, são as crianças/jovens do sexo feminino que se encontram maioritariamente *satisfeitas* com a consulta da diabetes (48,4%), em comparação às do sexo masculino (42,5%), o que não difere dos resultados observados por Marinho (2012), onde ficou demonstrado que são as raparigas que se encontram mais satisfeitas com os cuidados de enfermagem (74,0%) quando comparadas com os rapazes (67,6%). Também no estudo de Barros, Rocha e Helena (2008), desenvolvido para a população adulta, ficou demonstrado que as mulheres é que revelam níveis de satisfação mais elevados face à consulta da diabetes, comparativamente aos homens, todavia, tal como no presente estudo, sem significância estatística. Igualmente, Sitzia e Wood (1997) e Coyle (1999, cit. por Costa, 2011) consideram que o género não parece ser determinante da satisfação, apesar de, por seu lado, defenderem que as mulheres estão mais inclinadas para criticarem ou não se encontrarem satisfeitas com a prestação de cuidados de saúde. Segundo os mesmos autores, a satisfação global com os cuidados de saúde é significativamente maior nos homens, sendo que as mulheres são mais rígidas com os horários e com a privacidade.

Em ambos os sexos, mas sobretudo no sexo feminino ( $M=93,95$ ;  $Dp=8,836$ ), também são as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro a justificar maior satisfação, porém, sem diferenças estatísticas significativas, tal como no estudo de Sousa, Peixoto e Martins (2008), apesar de estes terem estudado a satisfação com os cuidados de enfermagem, na população adulta.

Fazendo-se uma alusão aos resultados da relação entre a escolaridade das crianças/jovens e a satisfação face à consulta da diabetes, constatou-se que, são as crianças que frequentam o 1º CEB que maioritariamente se manifestam *satisfeitas* (55,6%) e *muito satisfeitas* (27,8%) com a consulta, o que corresponde ao mencionado no estudo de Hall e Dornan (1990, cit. por Costa, 2011), que referem que níveis de escolaridade mais elevados se encontram associados a níveis de satisfação mais baixos. Por outro lado, é nas crianças/jovens que frequentam o 2º/3º CEB onde se regista a maior percentagem das que referem estar *pouco satisfeitas* com a consulta (32,0%). Os resultados referentes à satisfação das crianças/jovens em função da escolaridade estão, em grande parte, em conformidade com os resultados observados em relação à idade.

A dimensão que reúne maior satisfação em qualquer nível de escolaridade, exceto nas crianças/jovens que frequentam o 2º/3º CEB, são as *orientações*, o que também corresponde parcialmente os resultados obtidos relativamente à idade.

Quanto à relação entre a coabitação e a satisfação das crianças/jovens, registou-se que 75,0% das crianças/jovens que moram apenas com o pai, se encontram *pouco satisfeitas* com a consulta, com significado estatístico, o que ainda não tinha sido demonstrado até ao presente estudo.

No entanto, por falta de bibliografia que corrobore o resultado obtido, este dado irá ser considerado como novo. Das crianças/jovens que moram com ambos os pais, 44,7% revelaram encontrar-se *satisfeitas* e 27,2% *muito satisfeitas* com a consulta, sendo que demonstraram maior satisfação com a dimensão *orientações* (OM=69,58), com a dimensão *relação/comunicação* (OM=69,24) e com a *satisfação total* (OM=69,28). Este dado é de extrema importância, pois a diabetes mellitus, como qualquer doença crónica, implica uma adaptação a vários níveis, o que torna evidente a necessidade da interação da família em todo processo, principalmente, considerando a relevância do apoio social e familiar (Alencar & Alencar, 2009).

Relativamente à relação entre o número de irmãos da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, verificou-se que é nas crianças/jovens com 2 ou mais irmãos, que o percentual das que se revelam *muito satisfeitas* com a consulta é mais elevado (44,0%), com significância estatística. Por seu lado, das crianças/jovens que possuem um irmão, a maioria apresenta-se *satisfeita* com a consulta (49,4%). Estes factos também podem ser justificados, como mencionado anteriormente, pela importância da família (que se torna mais alargada na presença de irmãos), na satisfação com a consulta da diabetes.

### **Relação entre as características sociodemográficas do principal cuidador da criança/jovem e a sua satisfação total com a consulta de enfermagem da diabetes e as suas dimensões**

Segundo Wright e Leahey (2002, cit. por Lima, 2009), a organização familiar influencia o comportamento de saúde do indivíduo e pode ajuda-lo a alcançar metas no seu tratamento. Pelas suas características próprias de proximidade e convivência com os seus membros, a família deve possuir melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença da criança/jovem, pelo que possuem um papel primordial na forma como estas reagem à diabetes. O equilíbrio físico e emocional da criança/jovem, bem como a evolução da doença também são influenciados pelo modo como é percebida e integrada na dinâmica familiar (Mestre, 2006). No mesmo sentido, esta autora menciona que as

dificuldades vivenciadas na aceitação da doença por parte da criança/jovem pode associar-se mais ao funcionamento familiar do que propriamente à presença da diabetes.

Relativamente à discussão da relação entre a satisfação com a consulta de diabetes e a idade do cuidador principal, revelou-se que as crianças/jovens cujo cuidador principal tem  $\leq 38$  anos, encontram-se maioritariamente muito satisfeitas com a consulta (37,2%), com significância estatística, o que, até ao presente estudo, ainda não tinha sido comprovado. Destas crianças/jovens, a maior satisfação dirige-se para a dimensão *orientações* (OM=92,87).

É nas crianças/jovens cuja cuidadora principal é a mãe, que a maioria se manifestou *satisfeita* (46,1%) e *muito satisfeita* (27,0%) com a consulta, principalmente com a dimensão *relação/comunicação* (OM=69,55). Por seu lado, as que apontaram o pai como principal cuidador demonstraram-se maioritariamente *pouco satisfeitas* com a consulta (40,0%). Perante estes resultados, reforça-se a necessidade de se aprimorar o cuidado educativo concedido na consulta da diabetes e a sua personalização de acordo com a individualidade de cada criança/jovem, mas também do respetivo cuidador, tendo em conta a forma como a diabetes é vivida por estes elementos. A família, e nomeadamente o principal cuidador, é considerada um elemento basilar na promoção dos comportamentos de adesão terapêutica da criança/jovem, pelo que, quando estas são apoiadas pela família, tendem a revelar uma maior adesão ao tratamento e ao envolvimento terapêutico. Deste modo, é relevante enfatizar-se o pressuposto de que deve existir uma reciprocidade entre o bem-estar da criança/jovem e do seu cuidador (Covinhas, 2007).

São as crianças/jovens cujo cuidador principal é do sexo feminino, a demonstrarem-se, maioritariamente *satisfeitas* com a consulta (46,2%), especialmente com a dimensão *relação/comunicação* (OM=68,18). Por seu lado, as crianças/jovens cujos cuidadores são do sexo masculino, encontram-se com igual percentagem, *satisfeitas*, mas também *pouco satisfeitas* com a consulta (35,3%). Estes dados estão parcialmente em conformidade com os revelados relativamente ao grau de parentesco do cuidador principal.

As crianças/jovens *satisfeitas* com a consulta são, na sua maioria, aquelas em que o seu cuidador principal possui o ensino superior (50,0%), seguidas de 44,1% das que o seu cuidador possui o ensino secundário, onde também se regista a maior percentagem de crianças/jovens *muito satisfeitas* com a consulta de diabetes (38,2%). Segundo Lima (2009), a baixa escolaridade dos cuidadores, pode dificultar o acesso à informação e assim afetar os cuidados prestados às crianças/jovens de modo seguro. Assim, dado os resultados obtidos no presente estudo, pode considerar-se que, os cuidadores com maiores habilitações literárias, pela facilidade em aceder à informação e por apresentarem maiores

possibilidades de compreender melhor os procedimentos e até mesmo a complexidade da doença, poderão prestar cuidados, de forma segura, às crianças/jovens e facilitar a adesão delas ao tratamento, o que, por sua vez, pode justificar que a satisfação destas com a consulta possa ser mais elevada nestes casos.

São as crianças/jovens cujo cuidador possui companheiro(a), a manifestarem-se maioritariamente *satisfeitas* (44,9%) e *muito satisfeitas* (27,6%) com a consulta de diabetes, principalmente com a dimensão *relação/comunicação* entre o enfermeiro e a criança/jovem (OM=69,74). Apesar da inexistência de bibliografia que justifique tais resultados, pode crer-se que tal, se deve ao facto de um cuidador com companheiro, se sentir mais apoiado para ajudar a criança/jovem na adesão terapêutica, o que consecutivamente, pode aumentar, os níveis de satisfação da criança/jovem com a consulta.

As crianças/jovens cujo cuidador reside em meio rural encontram-se maioritariamente *satisfeitas* (44,4%) e *muito satisfeitas* (29,2%) com a consulta de enfermagem da diabetes, nomeadamente com a dimensão *orientações* (OM=93,75). Este resultado não difere dos dados obtidos no estudo desenvolvido por Chaves et al. (2012), na qual a maioria dos inquiridos sente-se muito satisfeita com a consulta da diabetes, também residentes em meio rural (43,8%), contudo, sem revelar diferenças significativas, tal como no presente estudo.

Quanto à discussão da relação entre a satisfação com a consulta de diabetes e o rendimento familiar mensal do cuidador principal, por existirem diferenças estatísticas significativas, revelou-se que existe relação entre o rendimento familiar mensal e a satisfação com as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro, resultado que até ao momento ainda não tinha sido estudado nem comprovado. É nas crianças/jovens cujos cuidadores auferem 3 ou mais ordenados mínimos nacionais como rendimento familiar mensal, que estas se encontram, maioritariamente, *satisfeitas* com a consulta (54,5%), o que pode ser justificado porque o alto custo do tratamento pode impedir que, aqueles que possuem um rendimento menor, consigam seguir todas as recomendações, o que os pode deixar insatisfeitos. Para além disso, um nível socioeconómico baixo, pode levar ao aumento da prevalência de fatores de risco, dificultar o acesso à saúde, aumentar o sentimento de insegurança e diminuir a qualidade de vida (Marques, Fornés & Stringhini, 2011).

Por não se encontrarem outros estudos que relacionem as características sociodemográficas estudadas neste trabalho com a satisfação com a consulta da diabetes, nem sempre foi possível comparar os dados obtidos, com outros autores. Assim, os dados obtidos no presente estudo irão preencher uma lacuna que existia sobre esta temática.

## Conclusão

A diabetes *mellitus* por ser uma doença crónica, causa sentimentos de apreensão relativamente ao futuro, nas crianças/jovens e nos pais. Por essa razão, na consulta da diabetes deve dar-se todo o apoio à criança/jovem, para que se concedam os cuidados adequados. Mas este apoio só pode ser prestado com qualidade, se a criança/jovem se manifestar satisfeita com os cuidados prestados na consulta da diabetes.

Deste modo, procurou-se determinar o nível de satisfação das crianças/jovens com aos cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes e analisar a relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e do seu principal cuidador com a satisfação destas com a consulta de enfermagem da diabetes. Assim, julga-se que este estudo irá permitir a melhoria da prática clínica e permitir que se possa intervir futuramente a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças/jovens com diabetes e suas famílias, o que se repercutirá efetivamente na satisfação com a consulta da diabetes.

Neste sentido, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, de enfoque transversal, com uma amostra constituída por 135 crianças dos 8 aos 18 anos, que frequentaram a consulta de diabetes no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E. (Hospital São Pedro de Vila Real); na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (Unidade Hospitalar de Bragança); no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. (Hospital Infante D. Pedro - Aveiro); no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (Hospital São Teotónio -Viseu); na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (Hospital Sousa Martins - Guarda) e no Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. (Hospital Pêro da Covilhã).

Os principais resultados apurados possibilitaram traçar um perfil sociodemográfico das crianças/jovens inquiridas, verificando-se:

- predomínio dos participantes do sexo masculino;
- a idade mínima é de 8 anos e a máxima de 18 anos, correspondendo-lhe uma média de idade de 13,45 anos ( $\pm 2,838$ );
- os rapazes, em média, são mais velhos do que as raparigas;
- predominam as crianças/jovens que frequentam o 2º/3º CEB, seguindo-se os que frequentam o ensino secundário/profissional;
- prevalecem as crianças/jovens que coabitam pelo menos com a mãe;

- grande parte dos participantes possui um irmão;
- na sua maioria, a mãe é a cuidadora principal, com significância estatística para as crianças/jovens do sexo masculino cujo cuidador é o pai e para as crianças/jovens do sexo feminino cujo cuidador é a mãe.

Em relação aos dados caracterizadores do cuidador principal da criança/jovem, constatou-se:

- predomínio de cuidadores do sexo feminino, com idade oscilando entre os 20 e os 66 anos, com uma média de idade de 41,37 anos ( $\pm 7,020$  anos);
- as cuidadoras do sexo feminino, em média, são mais velhas do que os do sexo masculino;
- prevalecem os cuidadores que possuem o ensino superior;
- maioritariamente possuem companheiro(a);
- a maioria reside em zona rural;
- sobressaem os cuidadores que possuem 2 ou mais filhos;
- grande parte dos cuidadores encontra-se no ativo profissionalmente;
- destacam-se aqueles com rendimento familiar mensal de um ordenado mínimo.

No que concerne ao nível de satisfação da criança/jovem com a consulta de enfermagem da diabetes, verificou-se que:

- a maioria encontra-se *satisfeita* (45,2%), seguida das que se encontram *pouco satisfeitas* (28,9%) e por último as que se encontram *muito satisfeitas* (25,9%).
- relativamente ao índice de satisfação global, o mínimo é de 48,0% e o máximo de 100,0%, com uma média de 87,4% ( $\pm 11,99\%$ );
- das 3 dimensões, as *orientações* apresentam uma média de satisfação mais elevada (M=93,56%;  $\pm 9,47\%$ ), seguida da *avaliação inicial* (M=91,06%;  $\pm 11,56\%$ ) e por último a *relação/comunicação*, com uma média de 79,55 ( $\pm 19,17$ ).

Relativamente à relação entre as características sociodemográficas da criança/jovem e a sua satisfação total com a consulta de enfermagem da diabetes e as suas dimensões, verifica-se que, *com significância estatística*:

- existe relação entre a idade das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, localizada nos jovens com idades entre os 13-14 anos que se encontram *pouco satisfeitos* com a consulta;

- existe relação entre o(s) coabitante(s) das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, localizada nas que moram com o pai e se demonstram *pouco* satisfeita com a consulta;

- existe relação entre o número de irmãos das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, localizada nas que possuem 2 ou mais irmãos e que se manifestam *muito satisfeitas* com a consulta.

De seguida, apesar de *não serem estatisticamente significativos*, salientamos que:

- são os jovens com idade  $\geq 15$  anos que se encontram maioritariamente *satisfeitos* com a consulta de diabetes, sobretudo na dimensão *orientações* fornecidas pelo enfermeiro;

- as crianças/jovens do sexo feminino são as que se encontram maioritariamente *satisfeitas* com a consulta da diabetes, principalmente na dimensão *orientações*;

- são as crianças que frequentam o 1º CEB a manifestarem-se maioritariamente *satisfeitas* e *muito satisfeitas* com a consulta, particularmente na dimensão *orientações*;

- são as crianças/jovem que moram apenas com a mãe a considerarem-se maioritariamente *satisfeitas* com a consulta, revelando maior satisfação com a *avaliação inicial*;

- é nas crianças/jovens com 2 ou mais irmãos, que existe um maior percentual das que se revelam *muito satisfeitas* com a consulta, especificamente na dimensão *avaliação inicial*;

- nas crianças/jovens cuja cuidadora é a mãe, a maior parte sentiu-se *satisfeita* com a consulta, direcionando maioritariamente essa satisfação para a dimensão *relação/comunicação* entre o enfermeiro e a criança/jovem. Nas crianças/jovens cujo principal cuidador é o pai, a dimensão que determina maior satisfação é as *orientações*.

Quanto à relação entre as características sociodemográficas do cuidador principal da criança/jovem e a satisfação total desta com a consulta de enfermagem da diabetes e as suas dimensões, verifica-se que, *com significância estatística*:

- existe relação entre a idade do cuidador principal da criança/jovem e a sua satisfação com a consulta de diabetes, localizada nas crianças/jovens cujos cuidadores tem idade  $\leq 38$  anos, que se encontram *muito satisfeitas* com a consulta;

- existe relação entre o rendimento familiar mensal do cuidador principal e a satisfação com as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro.

Mesmo que *sem significância estatística*, destacamos que:

- são as crianças/jovens que apontaram o seu cuidador principal como tendo  $\leq 38$  anos, a encontram-se maioritariamente *muito satisfeitas* com a consulta, manifestando maior satisfação com a dimensão *orientações*;

- é nas crianças/jovens cujo cuidador principal é do sexo feminino, que se encontram, a maioria das que se manifestam *satisfeitas* com a consulta, principalmente com a dimensão *relação/comunicação*;

- as crianças/jovens cujo cuidador possui o ensino superior são as que, na maioria, se encontram *satisfeitas* com a consulta de diabetes, direcionada para as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro;

- são as crianças/jovens cujo cuidador possui companheiro(a), a encontrarem-se maioritariamente *satisfeitas* e *muito satisfeitas* com a consulta de diabetes especificamente na dimensão *relação/comunicação*;

- os inquiridos cujos cuidadores residem na zona urbana encontram-se *satisfeitos* com a consulta de diabetes, nomeadamente com as *orientações* fornecidas pelo enfermeiro;

- são as crianças/jovens cujo cuidador não possui filhos, a encontrarem-se maioritariamente *satisfeitas* com a consulta de diabetes, principalmente com a dimensão *orientações*;

- as crianças/jovens cujo cuidador se encontra em situação profissional ativa, são as que se revelam *satisfeitas* com a consulta, mais dirigida para as *orientações*;

- as crianças/jovens cujos cuidadores auferem 3 ou mais ordenados mínimos nacionais como rendimento familiar mensal, encontram-se, maioritariamente *satisfeitas* com a consulta, na qual a maior satisfação recai para a dimensão *orientações*.

Os instrumentos de colheita de dados deste trabalho de investigação, foram aplicados em 6 instituições hospitalares, como referido anteriormente. Também se considerou pertinente, estudar o nível de satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes e as suas 3 dimensões, em cada uma destas instituições. No entanto, por questões éticas, esses dados não serão divulgados, estando contudo disponíveis para facultar às respetivas instituições, se for do seu interesse.

Através dos resultados obtidos neste estudo, demonstrou-se que os jovens com 13-14 anos são os que se encontram em maioria *pouco satisfeitos* com a consulta. Efetivamente, a adolescência resulta muitas vezes em desconforto e preocupação não só por parte dos pais, mas também das crianças/jovens. Os pais começam a perder o controlo sobretudo nos cuidados específicos da diabetes, pois a supervisão parental vai abrandando à medida que o filho/a vai adquirindo progressiva autonomia. No entanto, nesta fase de

transição, e pelas características próprias do início da adolescência, os jovens não são totalmente autônomos e nem totalmente responsáveis pelo tratamento, o que se reflete na satisfação com a consulta da diabetes. Por seu lado, mas sem significância estatística, demonstrou-se que são os jovens com idade  $\geq 15$  anos que se encontram maioritariamente *satisfeitos* com a consulta, o que pode ser justificável pois nesta idade, pelo seu desenvolvimento e pela sua aquisição de habilidades e competências, já existe uma promoção progressiva da autonomia das crianças/jovens. Assim sendo, julga-se ser importante e fundamental aprimorar-se o cuidado educativo efetuado nas consultas da diabetes, usar estratégias de atuação diferentes e personalizá-las à individualidade de cada criança/jovem e cuidador, traçando um plano de cuidados adaptado à criança/jovem, tendo em conta, não apenas a idade cronológica, mas também a sua maturidade e as suas características desenvolvimentais e psicológicas, relativamente à forma como a diabetes é vivida pelas crianças/jovens.

Sugere-se que se implementem estratégias que melhorem a confiança das crianças/jovens realçando o seu papel preponderante para conseguir atingir bons resultados e ter uma melhor qualidade de vida. Mas cabe também à equipa de enfermagem, promover a otimização da qualidade de vida da criança/jovem diabética, através da única “arma” que é considerada válida no momento, a educação terapêutica, tendo sempre em consideração as condições sociodemográficas da criança/jovem e do seu cuidador, entre outras, de modo a poder contornar-se os obstáculos e proporcionar às crianças/jovens a sua autovigilância/ autocontrolo/ autossuficiência e, conseqüentemente, a adesão ao regime terapêutico e a otimização da sua qualidade de vida, o que se reverterá, por inerência, em níveis de satisfação elevados em relação à consulta da diabetes.

De acordo com os resultados alcançados com este trabalho de investigação, apurou-se também, com significância estatística, que as crianças/jovens que moram com o pai se demonstram *pouco* satisfeita com a consulta. Assim, considerando a relevância do apoio social e familiar, sugere-se que se encontrem estratégias a nível da consulta de enfermagem, para que se possa promover, em todo o processo, um maior envolvimento, participação e interação da família, principalmente do pai, nos cuidados de enfermagem prestados, a fim de aumentar a satisfação da criança/jovem com a consulta.

Neste estudo, pelos resultados encontrados relativamente à satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, em que o nível médio de satisfação global foi de 87,4%, julga-se que as crianças/jovens têm uma perceção positiva dos cuidados prestados. No entanto, do total da amostra, 28,9% ainda se manifestam *pouco satisfeitas*, sendo que, pela análise efetuada às 3 dimensões da escala, constata-se que, existem alguns aspetos que podem e devem ser melhorados, nomeadamente quanto à *relação/comunicação* entre o

enfermeiro e a criança/jovem, onde os valores médios de satisfação são mais baixos (79,5%). Na escala de satisfação, esta dimensão inclui itens que questionam se a criança/jovem se sente à vontade para falar dos seus problemas com o enfermeiro; se o enfermeiro recorre a panfletos, filmes ou outros materiais; se a criança/jovem acha necessário o uso de estes materiais e se a criança/jovem pode contactar telefonicamente o enfermeiro se tiver dúvidas relacionadas com a diabetes. face a isto, realça-se a importância do uso de materiais didáticos para fornecer as orientações à criança/jovem em todas as atividades de ensinar, instruir e treinar subjacentes à educação terapêutica.

É também de extrema importância a disponibilidade para ouvir, ajudar e esclarecer a criança/jovem, facultando, se possível, um contacto telefónico para que esta possa esclarecer as suas dúvidas. Os enfermeiros devem desenvolver uma abordagem colaborativa, construindo com a criança/jovem uma melhor relação de interação, compreensão e diálogo, o que traduzirá, não só numa maior satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes, mas sobretudo, em maiores ganhos em saúde, pela adesão ao regime terapêutico.

Nas instituições de saúde, a satisfação do utente é um critério de avaliação profissional e um indicador de qualidade, pelo que, como as crianças têm direito à liberdade de expressão, sugiro que, seja proporcionado regularmente um questionário/escala que permita avaliar especificamente a satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem da diabetes, que desta forma se poderiam ir mais facilmente adequando às necessidades deste público tão particular, não só porque são crianças, mas sobretudo porque vivem uma situação de doença crónica.

Por seu lado, as instituições de saúde com consulta da diabetes, devem reconhecer a necessidade de se investir na área da satisfação das crianças/jovens face à mesma, quer no reforço dos recursos humanos, quer na formação contínua dos profissionais, porque o investimento presente reverte-se-á em ganhos a longo prazo.

Em suma, a realização deste estudo foi uma oportunidade única de aprendizagem e uma forte motivação para o desenvolvimento da prática quotidiana junto das crianças/jovens com DM e família, tendo sempre presente que melhorar a sua qualidade de vida, proporcionando meios para uma melhor adesão ao regime terapêutico, deve ser a meta que qualquer profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria quer atingir.

Por esta razão, julgo ter atingido os objetivos a que me propus e espero, sinceramente, que este estudo possa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente, para o aumento do nível de satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

## Referências Bibliográficas

- Alencar, D.C., & Alencar, A.M.P.G. (2009). O papel da família na adaptação do adolescente diabético. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10 (1): 19-28. Acedido em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/415/pdf>
- Almeida, J., & Pereira, M. (2008). Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida para Adolescentes com Diabetes Tipo 1: Estudo de validação do DQOL. *Análise Psicológica*, 2 (26) , 295-307.
- Almeida, J.P.C. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2681/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado.pdf>. Acedido em outubro de 2015.
- American Diabetes Association (2008). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, v. 31, suppl. 1, 12-54.
- Antunes, L., Sousa-Uva, M., Nunes, B., Simões, A., Rodrigues A., & Matias-Dias, C. (2011). *A evolução da incidência anual das diabetes de 1992-2012. População sob observação da rede "Médicos de sentinela"*. Acedido em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2668/1/Poster%20Diabetes.pdf>
- Barros, A.C.M., Rocha, M.B., Helena, E.T.S. (2008). Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau, Santa Catarina. *Arq Catarin Med.*; 37(1): 54-62. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/on Brito & Salada, 2009line/?l=pt&script=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490950&indexSearch=ID>
- Basualdo, C. C. (Abril/Maio/Junho de 2011). Alimentação do diabético na atualidade. (D. C. Sobral, Ed.) *Boletim do Diabetes*, 4, 4.
- Brito, T.B., & Salada, M.L.A. (2009). Diabetes mellitus juvenil: a experiência de familiares de adolescentes e pré-adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.º.3. Acedido em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300031&script=sci_arttext).

- Calliari, L.E.P., & Monte, O. (2008). Abordagem do Diabetes Mellito na Primeira Infância. *Arg Bras Endocrinol Metab*; 52,2. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/11.pdf>.
- Campos-Arrias, A., & Oviedo, H.C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. salud pública*. 10 (5): 831-839. Acedido em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
- Cavalcanti, P.C. (2008). The common P446L polymorphism in GCKR inversely modulates fasting glucose and triglyceride levels and reduces type 2 diabetes risk in the DESIR prospective general French population. *Diabetes*; 57(8), 2253-2257.
- Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., Moreira, C., Coelho, K., Silva, R., & Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium*, 43: 47-77.
- Correia, C. S. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em Diabeticos Tipo 2 - o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Universidade Aberta, Comunicação em Saúde, Lisboa.
- Costa,, M.L.G.V. da (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Educação. Acedido em: <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>
- Covinhas, A. L. (2007). *Representações parentais, adesão e controlo metabólico de crianças com Diabetes Tipo 1*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 247/09, de 22 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de setembro de 2009.
- Direcção Geral de Saúde. (14 de janeiro de 2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Portugal/ Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (14 de Novembro de 2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Portugal/ Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde. (18 de Janeiro de 2012). Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar. Portugal/ Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Direcção Geral de Saúde. (20 de Janeiro de 2010). Registo Nacional de Diabetes Tipo 1 e Tipo 2, infante-juvenil: DOCE (Diabetes: registo de crianças e jovens). Portugal/Lisboa.
- Ferrito, C. R. (2010). *Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Tipo 2 em cuidados de saúde primários contributos para uma prática baseada em evidência*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragoso, L.V.C Araújo, M.F. de, Lima, A.K.G, Freitas, R.W.J.F. de, & Damasceno, M.M.C. (2010). Vivências cotidianas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; 19(3): 443-451. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a05v19n3>.
- Freitas, F. V., & Sabóia, V. M. (2007). Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15 (4), 569-573. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a15.pdf>.
- Fuertes, J. (2006). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*. Vol. 66, 1: 29-36. Acedido em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991/66/1>
- Gardete Correia, L., Boavida, J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Dores, J., Sequeira Duarte, J., et al. (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2013*. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
- Ghelman, G.L., Souza, M.H. do N., & Machado, T.F.R. (2009). Conhecimento de portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde, quanto às práticas de auto-cuidado com pés. *Enfermería Global*, 17: 1-8.
- Góes, A. P., Vieira, M. R. & Junior, R. D. (2007). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Revista Paulista Pediatria*, 25(2): 124-128.
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- Leal, D.T.; Fialho, F.A.; Dias, I.M.A.V.; Nascimento, L; & Arruda, W.C. (2012). A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Rev. Eletr. Enf., Goiania*, v. 14, 1: 189-96. Acedido em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a22.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a22.pdf)

- Leite, S. A., Zanim, L. M., Granzotto, P. C., Heupa, S., & Lamounier, R. N. (2008). Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinologia e Metabolismo*, 52(2): 233-242.
- Leite, S.A.O., Costa, P.A.B.C., Guse, C., Dorociaki, J.G., Silveira, M.C., Teodorovicz, R., Martinatto, J.S., & Niclewicz, E.A. (2008). Enfoque multidisciplinar ao paciente diabético: avaliação do impacto do *Staged Diabetes Management* em um sistema de saúde privado. *Arq Bras Endocrinol Metab*; 45(5), 481-486.
- Lima, L. (2009). *Qualidade de Vida de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1*. Universidade Federal do Triângulo Mineiro: Uberab-Mg.
- Marinho, C.A.S. (2012). *Qualidade de vida do diabético e cuidados de enfermagem: perspectiva dos adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1759/1/MARINHO%20Catarina%20Andrei%20Rosa%20Saraiva%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, R. d., Fornés, N. S., & Stringhini, M. L. (2011). Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. 194-202.
- Mcintyre, T., & Silva, N. (1999) - *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde Norte: Administração Regional de Saúde Norte.
- Mestre, M. C. P. (2006). *A auto-eficácia em adolescentes diabéticos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de psicologia aplicada de Lisboa. Acedido em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/697>
- Miculis, C.P.; Mascarenhas, L.P.; Boguszewski, M.C.S.; & Campos, W. (2010). Atividade física e diabetes tipo 1. *Jornal de Pediatria* - Vol. 86, 4.
- Moreira, S. C. (2011). *Avaliação da qualidade de vida em jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1*. Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde , Covilhã.
- Novato, T. S. de (2009). *Fatores preditivos da qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1*. Dissertação de Mestrado,. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Acedido em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/...14052009.../Tatiana\\_Novato.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/...14052009.../Tatiana_Novato.pdf)

- Observatório Nacional de Diabetes (2013). *Factos e números da diabetes do Observatório Nacional 2013*. Acedido em: <http://www.stopdiabetes.pt/pt/noticias/noticia/1>.
- Observatório Nacional de Diabetes (2015). *Diabetes fatos e números 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2015*. Acedido em: [http://spd.pt/images/ond\\_2015.pdf](http://spd.pt/images/ond_2015.pdf)
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). *Desafios em Tempo de Crise: Relatório de primavera 2010*, Lisboa. OPSS.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, G. K., & Oliveira, E. R. (VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências de julho a dezembro de 2010). *Assistência de enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde*. pp. 40-48.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 157-168. Acedido em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a03.pdf>.
- Patrício, M.F.G.F. (2012). *Relatório de Estágio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acedido em: [repositorio.ucp.pt/.../Relatório%20Marta%20Ferreira%20Patrício%20192](http://repositorio.ucp.pt/.../Relatório%20Marta%20Ferreira%20Patrício%20192).
- Pereira, A. L. (2011). *Diabetes Mellitus em crianças com menos de cinco anos*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Espinho.
- Pereira, J.A.P.M.A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida em crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 e conhecimentos sobre a doença*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra. Acedido em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22017/1/TeseFINAL\\_Jos%C3%A9Aleixo\\_FCDEF\\_UC%202.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22017/1/TeseFINAL_Jos%C3%A9Aleixo_FCDEF_UC%202.pdf).

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014). Diabetes: factos e números. Portugal 2014. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
- Santos, M. A., Silva, A. F. S., Oliveira-Cardoso, E. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2011). Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of type 1 diabetes mellitus patients. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 264-271
- Santos, S., Santos, E., Ferrão, A., & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. (H. d. Pia, Ed.) *NASCER E CRESCER*, XX, nº1, 16-19.
- Santos, S.V. (2006). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa. Acedido em: em <http://redalyc.valmex.mx/pdf/362/36270107.pdf>.
- Santos, V., Gaspar, L., Anselmo, M., Calha, M., Lopes, A., & Pina, E. (2011). Diabetes Mellitus tipo 1 em idade pediátrica: a experiência de 20 anos de consulta. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 6 (3): 105-109. Acedido em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/294/pdf>
- Schectman, J., Nadkarni, M., & Voss, J. (2002). The association between diabetes metabolic control and drug adherence in a indigent population. *Diabetes care*, 25(6): 1015-1021. Acedido em: <http://care.diabetesjournals.org/content/25/6/1015.full.pdf>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2010). Physical activity in children with type 1 diabetes. *Jornal de Pediatria*, Vol. 86, 4, 271-278.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (Março de 2011). *Revista Portuguesa de Diabetes*, 6, 1, pp. 1-48.
- Sousa, M.R., Peixoto, M.J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, 8: 59-67.
- Zanetti, M.L., & Mendes, I.A.C. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: depoimentos de mães. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.9, 6: 25-30. Acedido em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692001000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000600005)
- Zanetti, M.L., Otero, L.M., Biaggi, M.V., Santos, M.A., Péres, D.S. & Guimarães, F.P.M. (2007). Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de

educação em diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 15, 4.

Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421875010.pdf>.

Ziemer, D.C., Miller, C.D., Rhee, M.K., Doyle, J.P., Watkins, C. Jr, Cook, C.B., Gallina, D.L., El-Kebbi, I.M., Barnes, C.S., Dunbar, V.G., Branch, W.T. Jr, & Phillips, L.S. (2005). Clinical inertia contributes to poor diabetes control in a primary care setting. *Diabetes Educ.*, Jul-Aug, 31(4), 564-571. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16100332>.



**ANEXOS**

---





## Anexo I

### Instrumento de colheita de dados

**Caro utilizador/criança ou jovem,**

Este questionário faz parte de um estudo a realizar por enfermeiros, estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, sob o tema geral “Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes”. Desta forma pedimos-te que o leias e respondas a todas as questões de forma sincera. Não existem respostas certas ou erradas, o que te pedimos é a tua opinião. O questionário é anónimo e confidencial e o estudo só será possível com o teu contributo, pelo que agradecemos a tua colaboração e disponibilidade. Nas perguntas onde existir um quadrado (  ) assinala com uma cruz (X) e nas que têm uma linha ( \_\_\_\_\_ ) escreve por extenso o que pensas. Se tiveres dúvidas podes pedir ajuda ao teu acompanhante. Por favor, não deixes nenhuma pergunta por responder e não assines o teu nome em lado nenhum.

**Muito obrigada pela tua colaboração.**

---

### PARTE I – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

#### 1 - DADOS PESSOAIS DA CRIANÇA/JOVEM

1.1 – Idade: \_\_\_\_\_

1.2 – Sexo:  Masculino  Feminino

1.3 – Indica o nível de ensino e ano que frequentas neste momento:

1º Ciclo (1º – 4º ano), especifica o ano \_\_\_\_\_

2º Ciclo (5º – 6º ano), especifica o ano \_\_\_\_\_

3º Ciclo (7º – 9º ano), especifica o ano \_\_\_\_\_

Ensino Secundário (10º – 12º), especifica o ano \_\_\_\_\_

Ensino Profissional, especifica o curso \_\_\_\_\_

Ensino Superior, especifica o ano e curso \_\_\_\_\_

1.4 – Com quem moras (podes assinalar mais do que uma opção):

Pai  Mãe  Irmã(o)s  Avô/Avó  Tio(a)

Outro, Quem? \_\_\_\_\_

1.5 – Número de irmãos: \_\_\_\_\_

1.6 – Quem colabora mais frequentemente contigo nos cuidados à diabetes (cuidador):

Pai  Mãe  Irmã(o)s  Avô/Avó  Tio(a)

Outro, Quem? \_\_\_\_\_

2 – DADOS PESSOAIS DO TEU CUIDADOR (Se tiveres a ajuda de mais de uma pessoa (cuidador), por favor considera aquela que mais frequentemente colabora contigo nos cuidados)

2.1 – Idade: \_\_\_\_\_

2.2 – Sexo:  Masculino  Feminino

**2.3 – Grau de parentesco:** \_\_\_\_\_

**2.4 – Escolaridade:**

- Não sabe ler nem escrever
- 1º Ciclo (1º – 4º ano)
- 2º Ciclo (5º – 6º ano)
- 3º Ciclo (7º – 9º ano)
- Ensino Secundário (10º – 12º)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**2.5 – Estado civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto/mora junto
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viúvo(a)

**2.6 – Residência:**

- Urbana
- Rural

**2.7 – Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**2.8 – Situação laboral atual:**

- Desempregado(a)
- Doméstica
- Profissionalmente ativo(a)
- Refomado(a)
- Inválido(a)
- Estudante

**2.9 – Profissão:** \_\_\_\_\_

**2.10 – O rendimento familiar mensal da tua família corresponde:** (considera o ordenado da tua mãe e do teu pai ou dos adultos responsáveis por ti, sendo que o salário mínimo nacional é de 485 euros)

- Ao ordenado mínimo nacional
- Duas vezes o ordenado mínimo nacional
- Três vezes o ordenado mínimo nacional
- Quatro vezes o ordenado mínimo nacional
- Superior a quatro vezes o ordenado mínimo nacional

## PARTE II – QUESTIONÁRIO CLÍNICO

**3 – Peso:** \_\_\_\_\_Kg

**3.1 – Altura:** \_\_\_\_\_ cm

**4 – Há quanto tempo te foi diagnosticada a diabetes:** \_\_\_\_\_meses/anos (riscar o que não interessa)

**4.1 – Qual o teu tipo de diabetes:**

- Tipo I
- Tipo II

**5 – És portador de outra doença para além da diabetes?**

- Não
- Sim

**5.1 – Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**6 – Onde fazes a vigilância da tua situação de Diabetes?**

- Centro de Saúde       Consulta de referência no Hospital local  
 Consulta de referência do Hospital central

6.1 – Indica o nome do hospital: \_\_\_\_\_

**6.2 – Com que frequência vais à consulta de diabetes?**

- 3 em 3 meses       6 em 6 meses  
 12 em 12 meses       Outro, Qual? \_\_\_\_\_

**6.3 – Quem colabora contigo nos cuidados diários de vigilância/controlo da tua diabetes:**

- Pai       Mãe       Outro, Quem? \_\_\_\_\_

**7 – Quantas avaliações de glicémia fazes por dia:**

- 0       1 – 2       3 – 4  
 5 – 6       7 – 8       ≥ 8

**7.1 – Sabes reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia?**

- Não       Sim

**7.2 – Sabes reconhecer os sinais e sintomas de hiperglicemia?**

- Não       Sim

**7.3 – Quantos episódios de hipoglicemia tiveste no último mês:**

- 0       1 – 3       4 – 6  
 7 – 9       10 – 12       ≥ 12

**7.4 – Quantos episódios de hiperglicemia tiveste no último mês:**

- 0       1 – 3       4 – 6  
 7 – 9       10 – 12       ≥ 12

**7.5 – Habitualmente consegues atuar/reverter a situação sozinho?**

- Não       Sim

7.6 – Se não, quem habitualmente atua para te ajudar? \_\_\_\_\_

7.7 – Onde te costumam acontecer os episódios de hipoglicemia? \_\_\_\_\_

**7.8 – Cumpres sempre a medicação (insulina)?**

- Não       Sim

7.9 – Quantas vezes administras insulina por dia: \_\_\_\_\_

**7.10 – Utilizas o sistema de infusão contínua de insulina (bomba)?**

- Não       Sim

7.11 – Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**7.12 – Na gestão da tua diabetes, utilizas o sistema de equivalentes?**

- Não       Sim

**7.13 – No último ano tiveste de recorrer à urgência com algum problema relacionado com a diabetes?**

- Não       Sim

7.14 – Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**7.15 – Já tiveste algum internamento hospitalar por descompensação da tua diabetes?**

Não  Sim

7.16 – Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**7.17 – Sentes-te preparado para gerir qualquer complicação aguda relacionada com a diabetes?**

Não  Sim

7.18 – Se não, qual é a pessoa que mais colabora contigo nestes momentos? \_\_\_\_\_

**8 – Estás satisfeito com a tua consulta de diabetes?**

Não  Sim

8.1 – Se não, qual é o motivo principal? \_\_\_\_\_

8.2 – Se sim, qual é o profissional que mais contribui para essa satisfação?

Enfermeira(o)  Médica(o)  Nutricionista  
 Psicóloga(o)  Outro, Qual? \_\_\_\_\_

**9 – Tens outros familiares com diabetes:**

9.1 – Tipo 1?  Não  Sim, que parentesco? \_\_\_\_\_

9.2 – Tipo 2?  Não  Sim, que parentesco? \_\_\_\_\_

## PARTE III – QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA PEDIÁTRICA

Responde ao questionário que se segue, atendendo às instruções e escolhendo a versão de acordo com a tua idade atual: Relatório para crianças (idades 8-12 anos) ou (13-18 anos).

Responde apenas a um dos questionários.

Nº identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica

Versão 4.0 – Português

### RELATÓRIO para CRIANÇAS (idades 8-12)

#### INSTRUÇÕES

Na página que se segue está uma lista de actividades que podem ser um problema para si. Por favor diga-nos, **até que ponto** cada uma delas, tem sido para si, **um problema durante o ÚLTIMO MÊS**, fazendo um círculo:

- 0 se **nunca** é um problema
- 1 se **quase nunca** é um problema
- 2 se **algumas vezes** é um problema
- 3 se é **muitas vezes** um problema
- 4 se é **quase sempre** um problema

Não há respostas certas ou erradas.

Se não perceber uma pergunta, por favor, peça ajuda.

No **ÚLTIMO MÊS**, até que ponto isto tem sido para si **um problema** ...

<b>SOBRE A MINHA SAÚDE E ACTIVIDADES (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. É difícil para mim andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. É difícil para mim correr	0	1	2	3	4
3. É difícil para mim fazer actividades desportivas ou exercício	0	1	2	3	4
4. É difícil para mim levantar uma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. É difícil para mim tomar banho ou duche sozinho	0	1	2	3	4
6. É difícil para mim ajudar em casa	0	1	2	3	4
7. Tenho dores	0	1	2	3	4
8. Sinto-me com poucas forças	0	1	2	3	4

<b>SOBRE OS MEUS SENTIMENTOS (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Sinto-me assustado(a) ou com medo	0	1	2	3	4
2. Sinto-me triste	0	1	2	3	4
3. Sinto-me zangado(a)	0	1	2	3	4
4. Tenho dificuldade em dormir	0	1	2	3	4
5. Preocupo-me com o que me irá acontecer	0	1	2	3	4

<b>COMO ME DOU COM OS OUTROS (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Tenho dificuldade em dar-me bem com outras	0	1	2	3	4
2. As outras crianças não querem ser minhas amigas	0	1	2	3	4
3. As outras crianças fazem troça de mim	0	1	2	3	4
4. Não consigo fazer coisas que as outras crianças da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. É difícil para mim manter-me a par das outras crianças quando estamos a brincar	0	1	2	3	4

<b>SOBRE A ESCOLA (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. É difícil para mim prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esqueço-me das coisas	0	1	2	3	4
3. Tenho dificuldade em acompanhar o trabalho	0	1	2	3	4
4. Falto à escola por não me sentir bem	0	1	2	3	4
5. Falto à escola para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

Nº identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# PedsQL™

## Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica

Versão 4.0 – Português

### RELATÓRIO para ADOLESCENTES (idades 13-18)

#### INSTRUÇÕES

Na página que se segue está uma lista de actividades que podem ser um problema para si. Por favor diga-nos, **até que ponto** cada uma delas, foi para si, **um problema durante o ÚLTIMO MÊS**, fazendo um círculo:

- 0 se **nunca** é um problema
- 1 se **quase nunca** é um problema
- 2 se **algumas vezes** é um problema
- 3 se **muitas vezes** é um problema
- 4 se **quase sempre** é um problema

Não há respostas certas ou erradas.  
Se não perceber uma pergunta, por favor, peça ajuda.

No **ÚLTIMO MÊS**, até que ponto isto foi para si um **problema** ...

<b>SOBRE A MINHA SAÚDE E ACTIVIDADE (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. É difícil para mim andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. É difícil para mim correr	0	1	2	3	4
3. É difícil para mim fazer actividades desportivas ou exercício	0	1	2	3	4
4. É difícil para mim levantar uma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. É difícil para mim tomar banho ou duche sózinho(a)	0	1	2	3	4
6. É difícil para mim fazer tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Magoo-me ou sinto dores no corpo	0	1	2	3	4
8. Sinto-me com poucas forças	0	1	2	3	4

<b>SOBRE OS MEUS SENTIMENTOS (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Sinto-me com medo ou assustado(a)	0	1	2	3	4
2. Sinto-me triste	0	1	2	3	4
3. Sinto-me zangado(a)	0	1	2	3	4
4. Tenho dificuldade em dormir	0	1	2	3	4
5. Preocupo-me com o que me irá acontecer	0	1	2	3	4

<b>COMO LIDO COM OS OUTROS (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Tenho dificuldade em dar-me bem com outros adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros adolescentes não querem ser meus amigos	0	1	2	3	4
3. Os outros adolescentes fazem troça de mim	0	1	2	3	4
4. Não consigo fazer coisas que os outros adolescentes fazem	0	1	2	3	4
5. É difícil para mim manter-me a par dos meus companheiros	0	1	2	3	4

<b>SOBRE A ESCOLA (problemas com...)</b>	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. É difícil para mim prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esqueço coisas	0	1	2	3	4
3. Tenho dificuldade em acabar o meu trabalho escolar	0	1	2	3	4
4. Falto à escola por não me sentir bem	0	1	2	3	4
5. Falto à escola para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

#### PARTE IV – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM A CONSULTA DE DIABETES

Considerando a consulta de enfermagem da diabetes, assinala com uma cruz (X) na opção que consideras que melhor se adequa ao que sentes ou pensas, escolhendo o número de acordo com a legenda.

1 Nunca/ Nada importante	2 Raramente/ Pouco importante	3 Às vezes/ Parcialmente importante	4 Quase sempre/ Importante		5 Sempre/ Muito importante	
			1	2	3	4
1.	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?					
2.	A enfermeira(o) chama-te pelo nome?					
3.	A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?					
4.	Sentes que a enfermeira(o) te escuta?					
5.	Durante a consulta, compreendes tudo o que a enfermeira(o) te diz?					
6.	Confias na enfermeira(o)?					
7.	A enfermeira(o) orienta-te sobre o que deves fazer até a próxima consulta?					
8.	A enfermeira(o) da consulta mostra-se sempre disponível para te ajudar?					
9.	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?					
10.	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?					
11.	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?					
12.	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?					
13.	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?					
14.	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?					
15.	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?					
16.	Consegues pôr em prática essas orientações? (alimentação)					
17.	A enfermeira(o) ensina-te a fazeres os equivalentes?					
18.	Quando estás na consulta de enfermagem de diabetes, a enfermeira(o) presta atenção a tudo aquilo que dizes?					
19.	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?					
20.	Em relação ao exercício físico consideras as orientações oportunas?					
21.	Cumpres essas orientações? (exercício físico)					
22.	Na consulta de diabetes, a enfermeira(o) explica-te a importância da “picada no dedo”?					
23.	A enfermeira(o) ensina-te a administrar a quantidade de insulina de acordo com os valores da glicémia?					
24.	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?					
25.	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?					
26.	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?					
27.	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?					

Muito obrigada pela tua colaboração!!!  
Comum às duas



## Anexo II

### Termo de consentimento informado



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Uma equipa de investigadores do Instituto Politécnico de Viseu (Escola Superior de Saúde de Viseu), coordenada pela Prof. Doutora Graça Aparício está a desenvolver um Estudo de Investigação inserido no Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica, designado “Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes”.

Este estudo será realizado com crianças/jovens entre os 8 e os 18 anos, sendo que o objetivo principal do estudo é verificar qual a satisfação com a consulta de enfermagem. Tendo já autorização da instituição onde decorre a consulta de diabetes do seu educando, vimos por este meio solicitar autorização para que ele participe no referido estudo de investigação, através do preenchimento de um questionário. Não são colocadas questões de foro íntimo e será garantido, pela equipa de investigação, o anonimato dos dados recolhidos. Se pretender, pode consultar o questionário.

Fica salvaguardado que a qualquer momento o participante pode recusar participar sem prejuízo para o próprio.

Neste contexto, pedimos-lhe que assine este pedido de autorização e o entregue à enfermeira da consulta.

A equipa de investigação agradece a vossa preciosa colaboração!

O responsável pelo estudo de investigação



-----  
Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
Encarregado de Educação da criança/jovem \_\_\_\_\_

(nome completo), declaro que autorizo o preenchimento do questionário pelo meu educando, desde que ele aceite participar.

O Encarregado de Educação

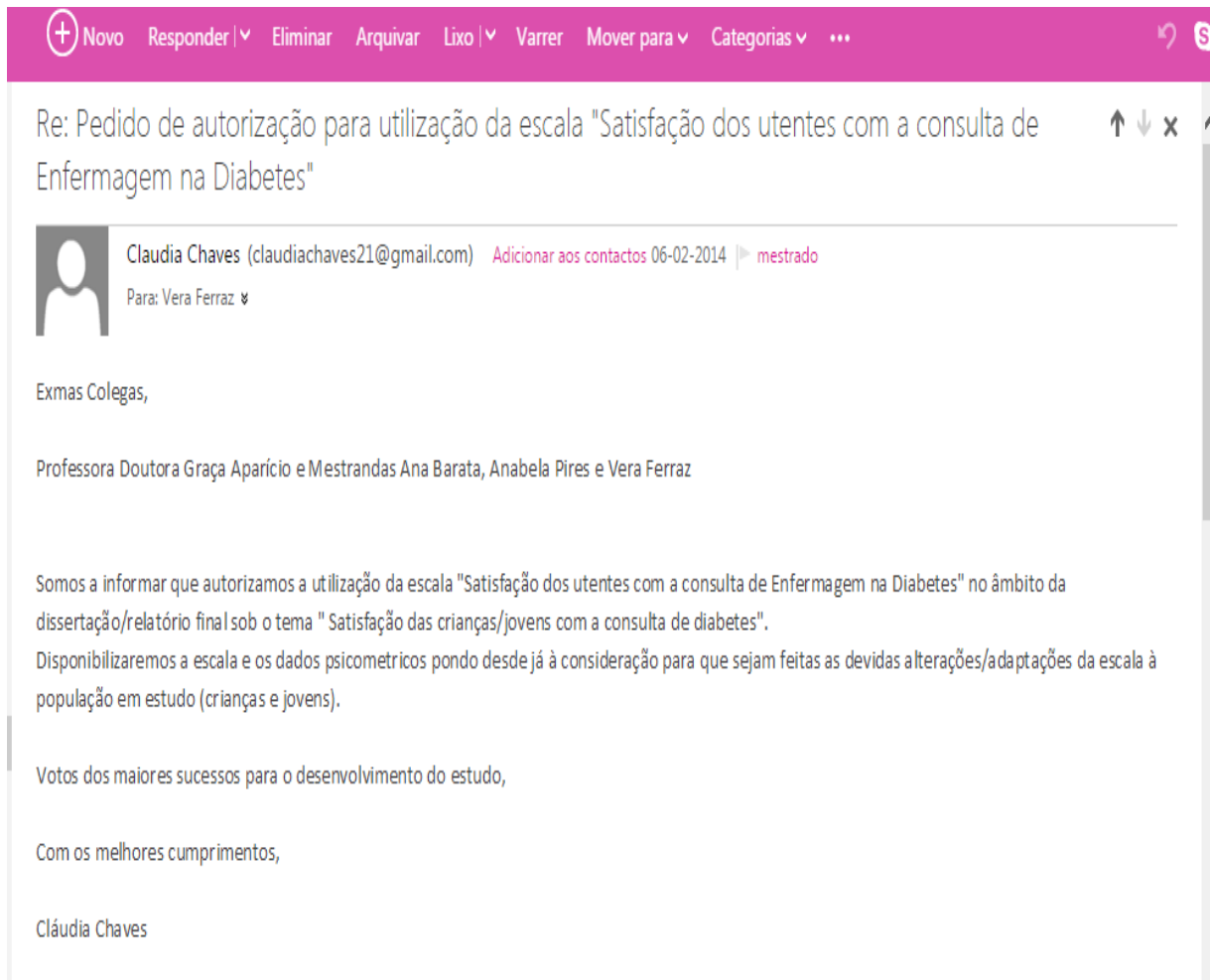
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

Grau de parentesco \_\_\_\_\_




### Anexo III

## Autorização para a utilização da Escala “Satisfação dos utentes com a consulta de enfermagem na diabetes”



Novo Responder | Eliminar Arquivar Lixo | Varrer Mover para | Categorias | ...

Re: Pedido de autorização para utilização da escala "Satisfação dos utentes com a consulta de Enfermagem na Diabetes" ↑ ↓ ×

 Claudia Chaves (claudiachaves21@gmail.com) Adicionar aos contactos 06-02-2014 | ▶ mestrado  
Para: Vera Ferraz ▾

Exmas Colegas,

Professora Doutora Graça Aparício e Mestrandas Ana Barata, Anabela Pires e Vera Ferraz

Somos a informar que autorizamos a utilização da escala "Satisfação dos utentes com a consulta de Enfermagem na Diabetes" no âmbito da dissertação/relatório final sob o tema " Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes".  
Disponibilizaremos a escala e os dados psicometricos pondo desde já à consideração para que sejam feitas as devidas alterações/adaptações da escala à população em estudo (crianças e jovens).

Votos dos maiores sucessos para o desenvolvimento do estudo,


Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Chaves



## Anexo IV

### Autorizações de aplicação do instrumento de colheita de dados

  
Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.  
**COMISSÃO DE ÉTICA**

---

Exm<sup>o</sup>(a) Senhor(a)  
Prof. Dr. Carlos Pereira  
Presidente da Escola Superior de Saúde  
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102  
3500-843 Viseu

---

**ASSUNTO:** Projeto de Investigação

---

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 25/06/2014, o Conselho de Administração em 03/07/2014, autorizou a aluna desse estabelecimento Vera Mónica Ferraz Filipe, a desenvolver um projeto de investigação sobre "Satisfação das crianças/jovens na consulta da diabetes: Influência das variáveis clínicas", após entrega do consentimento informado devidamente corrigido.

Com os melhores cumprimentos,

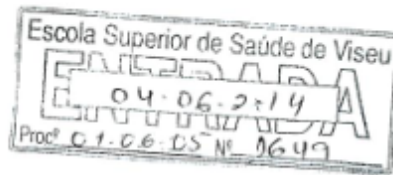
Vila Real, 4 de Agosto de 2014

*Pel* O Presidente do Conselho de Administração

  
**Fernando Miguel Pereira**  
Vogal Executivo

---





**Escola Superior de Saude de Viseu**  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida  
Nº102  
3500-843 Viseu

29-05-2014 13:15 002096

Sua Referência  
ESSV 0357

Sua Comunicação de  
27-03-2014

Nossa Referência

Data  
29-05-2014

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para efectuar colheita de dados

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex<sup>a</sup>, e segundo o parecer da Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Directora da ULSNE, informamos que o mesmo foi autorizado, sendo que a responsabilidade da aplicação do questionário terá que ser da investigadora.

Com os melhores cumprimentos

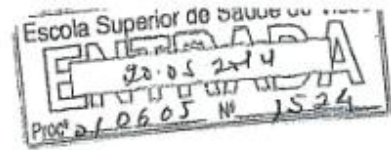
A Responsável do  
Serviço de Desenvolvimento e Formação





CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO  
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)  
Matricula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro  
Capital Social 40.284.851 €  
Pessoa Colectiva nº 510 123 210



Ex.mo Senhor  
Presidente Escola Sup. Saúde Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida  
N.º 102  
3500-843 VISEU

<i>S/ Ref.º</i>	<i>S/ Comunicação de</i>	<i>N/ Ref.º</i>	<i>Aveiro,</i>
Of.0359	27-03-2014	053202	13-05-2014

**ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados.**

Em resposta ao V/pedido para efectuar colheita de dados, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, da aluna Ana Sofia Ferreira das Neves Barata, subordinado ao tema "Satisfação das crianças/jovens na consulta de diabetes: impacto na qualidade de vida", vimos informar que está autorizada, conforme o parecer da Comissão de Ética que se junta em anexo.

Mais se informa que quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

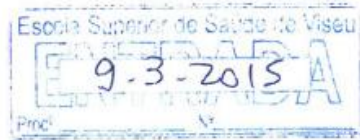
Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(José Afonso)

GM.





001984 15 MAR 9

**Exmo. Senhor**  
**Professor Doutor Carlos Pereira**  
**Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu**  
**Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102**  
**3500-843 Viseu**

Processo

Vossa referência  
ESSV 1059  
18-11-2014

Nossa Referência  
CA

Data  
06-03-2015

**Assunto:** Pedido de autorização para efetuar estudo

• **"Satisfação das crianças / jovens com a consulta da diabetes".**

Em resposta ao assunto mencionado em epígrafe informamos V. Exa. que foi autorizada a realização do Estudo "Satisfação das crianças / jovens com a consulta da diabetes", a realizar pelas mestrandas Ana Sofia Ferreira das Neves Barata e Vera Mónica Ferraz Filipe sob a orientação da Professora Doutora Graça Aparício face ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde:

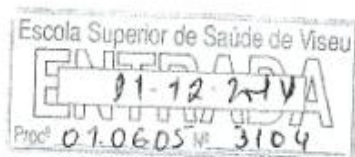
**"Deliberou nada haver a opôr em relação à realização do mesmo no CHTV, EPE."**

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



8141145771412 5 1534



Ex.<sup>mo(s)</sup> Senhor(a)  
Prof. Dr. Carlos Pereira  
Presidente da Escola Superior  
de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo de Almeida, nº 102  
3500-843 VISEU

Sua referência      Sua comunicação de      Nossa referência

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de recolha de dados para estudo subordinado ao tema: "Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da CES, nada temos a opor ao desenvolvimento do projecto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

(Dr. Luis Gil Barreiros)

LGB/IM





Gabinete de Investigações e Inovação  
20 MAR. 2015

Recebido  
13.03.2015

<p>Parecer:</p>	<p>Despacho:</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração 16/03/2015 Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</p>
<p><b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº 114/2014 - "Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes"</p>	
<p><b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p><b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação</p>	<p>N.º 25/GII</p> <p>Data 11/03/2015</p>
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Sofia Ferreira das Neves Barata, Anabela dos Santos Pires, Vera Mónica Ferraz Filipe, alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes" a realizar no Departamento de Saúde, da Criança e da Mulher - Consulta de Pediatria deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer nº 17/2015, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>Despedida</i></p> <p>? O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p><i>[Assinatura]</i> (Drª Rosa Saraiva)</p> <div data-bbox="1085 1400 1332 1859" style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira - 38.3.15</p> <p>Despacho: <i>[Assinatura]</i></p> <p>Presidente do C.A. Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</p> <p>Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Inês Almeida</p> <p>Vogal do C.A. Téc.ª Superior, Carminda Suceixa</p> <p>Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros</p> <p>Ente.º de Saúde Ente.º António José Rodrigues</p> </div>	

RS/MA

