

Vera Mónica Ferraz Filipe

Satisfação das crianças/jovens na consulta de diabetes: influência das variáveis clínicas

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Viseu, fevereiro de 2016

Vera Mónica Ferraz Filipe

Satisfação das crianças/jovens na consulta de diabetes: influência das variáveis clínicas

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estudo efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Graça Aparício

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Viseu

“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive”

(Ricardo Reis, in “Odes”)

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado tem inerente um longo percurso de investigação e muita dedicação, que não pressupõe um trabalho individual, mas um esforço conjunto de diversos intervenientes, a quem não posso deixar de expressar o meu sincero agradecimento e sem os quais teria sido muito mais difícil chegar ao fim desta etapa, um importante marco na minha vida pessoal e profissional.

À professora Doutora Graça Aparício, por toda a ajuda e orientação, pelos seus inestimáveis contributos e disponibilidade.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela disponibilidade permanente, compreensão, idoneidade, pelo rigor indispensável no tratamento estatístico.

A todos as crianças/jovens que, de forma solícita e paciente, aceitaram participar neste estudo. Sem eles, nada seria possível.

Às minhas colegas da Urgência de Pediatria, pela compreensão e apoio que sempre demonstraram, mesmo nos momentos de maior irritabilidade, devido ao cansaço fruto das infindáveis horas de trabalho deste estudo.

Aos meus pais, que lhes devo tudo o que sou, pelo amor, força e estímulo, por estarem sempre ao meu lado nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão, pela disponibilidade e apoio incondicional dados em mais uma etapa da minha vida.

Agradeço a todos, pelo estímulo, apoio e otimismo dados ao longo desta caminhada.

Muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A diabetes é uma doença crónica, que exige um acompanhamento com consultas frequentes para educação terapêutica e apoio. A consulta da diabetes pretende perseguir esse objetivo e pode influenciar o bem-estar das crianças e jovens diabéticos, interferindo no seu grau de satisfação.

Objetivos: Avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes; analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de contexto clínico e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes.

Metodologia: Estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo e correlacional, numa amostra não probabilística de 135 crianças/jovens com diabetes. O questionário era composto por questões de caracterização sociodemográfica e clínica e Questionário de Satisfação do utente com a Consulta de Diabetes (Chaves et al, 2009).

Resultados: Maioritariamente são rapazes (54.1%), prevalecendo os mais novos (≤ 12 anos). Os índices de maior satisfação foram registados na dimensão “orientações” (média=93.55%) e a menor na dimensão “relação/comunicação” (média=79.55%): crianças/jovens com obesidade apresentam melhores índices de satisfação e as pré-obesidades menor satisfação. Os mais satisfeitos são os que: possuem patologia associada, fazem vigilância num hospital central, avaliam a glicémia entre 5-6 vezes por dia, sabem reconhecer os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, registaram entre 1-3 episódios de hipoglicemia e hiperglicemia no último mês, cumprem a medicação, admitem ter recorrido à urgência com algum problema relacionado com a diabetes no último ano, diabetes diagnosticada há mais tempo, consulta realizada pelo médico e que têm um familiar com diabetes tipo 2. Apenas significativos o local de vigilância, o número de avaliação da glicémia por dia, o número de episódios de hipoglicemia no último mês e o tempo de diagnóstico da diabetes.

Conclusão: Identificar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e as situações clínicas que o condicionam, pode contribuir para um melhor conhecimento das suas expectativas e necessidades, permitindo adequar a educação terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida.

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

Abstract

Background: Diabetes is a chronic disease that requires monitoring with frequent visits to therapy and support education. The query diabetes intend to pursue this objective and may influence coping and well-being of children and young diabetics, interfering with their level of satisfaction.

Objectives: To assess the level of satisfaction of children / young people with diabetes consultation; analyze the relationship between the sociodemographic and clinical context variables and the satisfaction of children / young people with diabetes consultation.

Methodology: Quantitative study of cross-sectional, descriptive and correlational cut in a non-probabilistic sample of 135 children/young people with diabetes. The questionnaire consisted of sociodemographic characteristics and clinical issues and user satisfaction questionnaire with Diabetes Consultant (Chaves et al, 2009).

Results: Mostly are boys (54.1%), comprising mostly younger (≤ 12 years). The indices of greatest satisfaction were recorded in the dimension "guidelines" (mean = 93.55%) and the smallest in size "relationship / communication" (mean = 79.55%) children / young people with obesity have better levels of satisfaction and pre-obesities less satisfaction. The most satisfied are those who: have associated pathology, do surveillance in a central hospital, assess blood sugar 5-6 times a day, know how to recognize the signs and symptoms of hypo-hyperglycemia, recorded between 1-3 episodes of hypoglycemia and hyperglycemia last month, comply with medication, admit to having recourse to the urgency with some related to the diabetes problem in the last year, diagnosed the longest diabetes, consultation by a physician and have a family member with diabetes type 2. Only significant local surveillance, assessment of the number of glucose per day, the number of hypoglycaemic episodes in the last month and the time of diagnosis of diabetes.

Conclusion: To identify the level of satisfaction of children / young people with diabetes consultation and clinical situations that condition, can contribute to a better understanding of their expectations and needs, allowing tailor therapy education and improve their quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus; Young children; Query diabetes; Satisfaction.

Índice Geral

Introdução	21
Parte I - Enquadramento Teórico	25
1. Doença crónica na infância e adolescência	27
2. Diabetes <i>mellitus</i>	29
2.1. Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	30
2.1.1. Diagnóstico	32
2.1.2. Tratamento	33
3. Satisfação com a consulta de vigilância: educação terapêutica	39
3.1. Definição do conceito satisfação	39
3.2. Fatores que influenciam a satisfação dos utentes	40
4. Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	45
Parte II – Estudo Empírico	51
1. Metodologia	53
1.1. Métodos	53
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	56
1.3. Instrumentos	57
1.5. Procedimentos	58
1.6. Análise de dados	59
2. Resultados	63
2.1. Análise descritiva	63
2.1.1. Variáveis clínicas	63
2.1.2. Variáveis clínicas e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	70
2.2. Análise inferencial	77
3. Discussão	87
3.1. Discussão Metodológica	87
3.2. Discussão dos resultados	88
3.2.1. Relação das variáveis clínicas com a satisfação global com a consulta da diabetes	90
3.2.2. Influência das variáveis clínicas das crianças/jovens nas dimensões da satisfação com a consulta de diabetes	93
Conclusão	99
Referências bibliográficas	105
Anexos	115

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

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas...	53
Figura 2 - Arvore de decisão através o método CHAID.....	75

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos das crianças/jovens	54
Tabela 2 - Idade das crianças/jovens em função do sexo	55
Tabela 3 - Estatísticas relativas ao IMC segundo o sexo das crianças/jovens	62
Tabela 4 - Estatísticas relativas ao Percentil - IMC segundo o sexo das crianças/jovens.	62
Tabela 5 - Estatísticas relativas ao tempo de diabetes das crianças/jovens	63
Tabela 6 - Estatísticas relativas às variáveis clínicas	66
Tabela 7 - Gestão da diabetes e tipo de diabetes em familiares	67
Tabela 8 – pedido de esclarecimentos sobre diabetes.....	67
Tabela 9 - Estatísticas relativas à satisfação com a consulta de diabetes.....	68
Tabela 10 - IMC e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	69
Tabela 11 - Patologias e local de vigilância e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	69
Tabela 12 - Número de avaliações feitas por dia à glicemia e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	70
Tabela 13 - Reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	70
Tabela 14 - Número de episódios de hipoglicemia ocorridos no último mês e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	71
Tabela 15 - Habitualmente consegue atuar/reverter a situação sozinho e a satisfação face à consulta da diabetes	71
Tabela 16 - Cumprimento da medicação (insulina) e a satisfação face à consulta da diabetes	72
Tabela 17 - Na gestão da diabetes, utiliza o sistema de equivalentes e a satisfação face à consulta da diabetes	72
Tabela 18 - Gestão de intercorrências	73
Tabela 19 - Profissionais que mais contribuem para a satisfação	73
Tabela 20 - História familiar com diabetes e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes	74
Tabela 21 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do IMC ..	76
Tabela 22 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função da presença de patologia associada.....	76
Tabela 23 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do local de vigilância.....	77

Tabela 24 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do número de avaliação da glicémia por dia	77
Tabela 25 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes reconhecimento dos sinais e sintomas de hipoglicemia.....	78
Tabela 26 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de reconhecer os sinais e sintomas de hiperglicemia	78
Tabela 27 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do número de episódios de hipoglicemia no último mês	79
Tabela 28 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de conseguir atuar/reverter a situação sozinho.....	79
Tabela 29 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do cumprimento da medicação (insulina).....	80
Tabela 30 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função da utilização de equivalentes na gestão da diabetes	80
Tabela 31 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de recorrer à urgência com algum problema relacionado com a diabetes, no último ano.....	81
Tabela 32 - Análise de variância entre satisfação com a consulta da diabetes em função do tempo de diagnóstico da diabetes.....	81
Tabela 33 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de estar preparado para gerir qualquer complicação aguda relacionada com a diabetes	82
Tabela 34 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função do profissional que mais contribui para a satisfação face à consulta	82
Tabela 35 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de ter uma familiar com diabetes tipo 1	83
Tabela 36 - Relação entre a satisfação com a consulta da diabetes em função de ter uma familiar com diabetes tipo 2	83

Siglas, Abreviaturas e Símbolos

ANOVA – Análise de variância a um fator

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

cf. – conforme

CHAID - Chi-square Automatic Interaction Detector

cit. por – citado por

col. – colaboradores

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

Dp – Desvio padrão

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

et al. – e outros

F – valor da ANOVA

gr – gramas

HbA1c – Hemoglobina glicada A1c

HC – Hidratos de Carbono

Hipo - Hipoglicemia

ICN - International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

ISPAD – Instituto Português de Apoio aos Diabéticos

K – Kurtose

K-S – Kolmogorov-Smirnov

M – Média

Max. – Máximo

mg/dl – miligramas por decilitro

Min. – Mínimo

n – frequência absoluta

Nº - número

n.a. – Não aplicável

OM – Ordenação Média

ord. – ordenado

p – valor da significância

p. – página

PedsQL – Qualidade de vida pediátrica

Q2 – questão 2

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

r – coeficiente de correlação

Sk – Skewness

t – estatística t

UMW – U-Mann Whitney

vs. – versus

χ^2 - Qui quadrado

< - menor

\leq - menor ou igual

> - maior

\geq - maior ou igual

Introdução

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica em expansão com elevados custos humanos, sociais e económicos. Dados epidemiológicos recentes revelam um aumento desta patologia em todos os países, falando-se mesmo em pandemia (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal - APDP, 2013). A Organização Mundial de Saúde prevê que, em 2030, cerca de 366 milhões de pessoas em todo o mundo tenham diabetes, das quais 48 milhões serão cidadãos europeus (David, McAllister, Hughes, Lone, Mills & Wild, 2014).

Também o número de crianças e jovens com diabetes em Portugal está a aumentar, tendo duplicado nos últimos dez anos. O incremento da incidência da diabetes tipo 1 nas crianças e nos jovens tem vindo a revelar-se significativo: em 2010 registaram-se mais de 2800 casos em jovens até os 19 anos e, no mesmo ano, foram detetados 18 novos casos por cada 100 mil jovens com idades até aos 14 anos, divulgava o Observatório Nacional da Diabetes (2014).

O tratamento da diabetes é tido como complexo, na medida em que requer o cumprimento dum roteiro diário ao longo de todo o seu percurso de vida, onde consta um conjunto de cuidados a nível comportamental. Estes cuidados assentes na denominada tríade terapêutica (alimentação, exercício físico e medicação) exigem que o diabético seja o principal gestor da sua doença, ou seja, que os adapte à sua realidade, porquanto não há uma receita única que responda às múltiplas situações a que ele é sujeito (Sousa, Peixoto & Martins, 2008; Brierley, Eiser, Johnson, Young & Heller, 2012).

Trata-se, assim, de uma doença crónica cuja adesão ao tratamento é singularmente difícil durante a infância e a adolescência. De facto, o diagnóstico da diabetes impõe uma reorganização dos hábitos pessoais e familiares a vários níveis. Nesta conjuntura, o papel dos enfermeiros é basilar cujo intuito é melhorar os cuidados de saúde e conseguir a adesão quer dos pais, quer da criança e do adolescente, minimizando as complicações a longo prazo (Serrabulho, 2013).

As particularidades do tratamento da diabetes podem, por si só, complicar a adesão terapêutica. Neste sentido, tem de se considerar a complexidade e a frequência diária do regime terapêutico, sendo necessário ter-se em consideração a cronicidade da doença e o facto da adesão ao regime terapêutico não trazer consequências positivas em termos de tratamento, mas apenas evitar repercussões negativas da doença (Serrabulho, Matos,

Nabais & Raposo, 2015). Deste modo, de acordo com os referidos autores, torna-se fundamental que os profissionais de saúde deem a oportunidade às crianças, jovens com diabetes e cuidador principal para aprenderem a gerir a doença e a expressarem as suas expectativas e receios, porque, só na posse desse conhecimento, será viável uma intervenção terapêutica.

A educação terapêutica nas doenças crónicas assume-se como uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (2003) para o século XXI, estando provado que esta ferramenta terapêutica é indispensável na melhoria da adesão ao tratamento. A educação para a autogestão da diabetes é efetiva na promoção dos resultados a nível da saúde e dos aspetos psicossociais das pessoas com diabetes, como mostram os resultados de estudos educacionais (*International Diabetes Federation – IDF, 2009*).

As transformações sociais, ocupacionais, familiares e emocionais na vida das crianças e jovens com diabetes são suscetíveis de afetar a adesão ao tratamento e a sua qualidade de vida (Serrabulho et al., 2015). Uma das ferramentas mais úteis, e que poderá constituir uma importante mais-valia para ultrapassar estas dificuldades, é a intervenção terapêutica providenciada na consulta da diabetes.

Tendo em conta que a diabetes é uma doença crónica, que exige um acompanhamento com consultas frequentes para educação e apoio, a consulta da diabetes é um sistema de apoio que pode influenciar o bem-estar das crianças e jovens nesta situação. A literatura sugere que o apoio dos profissionais de saúde pode ser um importante fator capaz de influenciar a forma como as crianças e jovens com diabetes se adaptam e gerem a sua doença (Serrabulho et al., 2015).

Por se ter consciência desta realidade, formularam-se as seguintes questões de investigação: i) Qual o nível de satisfação da criança/adolescente com a consulta de diabetes? ii) Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e de contexto clínico das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de diabetes?

Perante as questões enunciadas foram delineados os seguintes objetivos: i) Avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes; ii) Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação das crianças/jovens com a consulta da diabetes; iii) Analisar a relação entre as variáveis de contexto clínico e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes.

O presente estudo está estruturado em duas partes, o enquadramento teórico e o estudo empírico. Na primeira parte aborda-se a temática da doença crónica na infância e na adolescência, a diabetes *mellitus*, particularizando a tipo 1. Faz-se alusão à consulta de vigilância, tendo com conta a educação terapêutica e a satisfação das crianças/jovens face

à mesma. A segunda parte contém todos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando pela conceptualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de estudo e esquema concetual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caraterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos na recolha dos dados e éticos, a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados. Apresentam-se e discutem-se os resultados. O trabalho encerra com as principais conclusões, limitações e sugestões.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Doença crónica na infância e adolescência

A literatura refere três aspetos consensuais relativos à doença crónica, uma vez que a mesma: implica adaptações nos vários domínios da vida; desenvolve-se ao longo do tempo, impondo ajustes inerentes a este desenvolvimento; é marcada pela heterogeneidade em cada pessoa que é acometida pela mesma, pela singularidade com que evolui e, conseqüentemente, pelo modo como cada pessoa com doença crónica se adapta à mesma (Stanton, Revenson & Tennen, 2007). Esta adaptação está relacionada com o facto de os indivíduos se ajustarem aos diversos contextos em que atuam e se envolvem, tendo em conta as especificidades e características da doença crónica que têm.

Identificou-se, na literatura pesquisada, várias definições para doença crónica, das quais sobressaiu a ideia de que a doença crónica será àquela que tem um longo desenvolvimento, podendo ser incurável, deixando sequelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptações. A principal característica da doença crónica é a sua duração (Vieira & Lima, 2012).

Quando nos referimos à criança, o esperado é que ela viva situações de saúde para crescer e desenvolver-se dentro dos limites da normalidade, contudo, quando nos defrontamos com ela, na condição de doente, como todo ser humano verificámos que tem o seu comportamento alterado. A sua reação face a essa experiência desconhecida, que é a doença, pode acarretar-lhe sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia (Vieira & Lima, 2002). Nos casos crónicos, de acordo com as mesmas autoras, como a diabetes *mellitus*, a criança e o adolescente têm seu quotidiano modificado, muitas vezes, com limitações, devido aos sinais e aos sintomas da doença, podendo, inclusive, interferir no seu processo de crescimento e de desenvolvimento. A doença crónica é tida como um desafio adicional que a criança e o adolescente têm de enfrentar (Castro, 2013).

A gestão de qualquer condição crónica durante a adolescência, período de crescimento rápido e alterações fisiológicas, é acompanhada por importante processos de individuação e de socialização e constitui um grande desafio para o indivíduo, para a família e para a equipa de saúde (Suris, 2004). A presença de uma doença crónica num adolescente impõe um aumento da carga sobre os pais: a exigência da gestão de uma doença crónica e as restrições ao estilo de vida inerente em muitas condições

incapacitantes, aumenta a dependência da família e dos prestadores de cuidados, numa altura em que esta deveria ser decrescente (Suris, 2004).

Há uma analogia entre as fases da doença e o desenvolvimento humano, de acordo com Rolland (2013), na medida em que cada período do desenvolvimento e as fases da doença têm certas tarefas básicas. A fase de crise é semelhante ao período da infância, caracterizado pela aprendizagem. Fazendo-se um paralelismo, o período inicial da doença serve para as pessoas conhecerem e aprenderem a utilizar estratégias de como conviver com a situação crónica (Rolland, 2013). De acordo com o mesmo autor, análoga à transição da infância para a adolescência, que abarca períodos de crise e maior responsabilidade, a transição para a fase crónica da doença envolve a autonomia e a criação de uma estrutura de vida viável, adaptada às realidades da doença. Assim, a doença crónica confere modificações na vida da criança/adolescente e sua família, exigir readaptações face à nova situação e estratégias para poderem enfrentar todo o processo inerente à patologia. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que a criança/adolescente se encontra e das estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio (Rolland, 2013).

A adesão a um tratamento requer capacidades cognitivas adequadas, organização, bem como a convicção pessoal de que o tratamento é necessário e benéfico (Suris, 2004). O adolescente é particularmente vulnerável à doença crónica e o efeito desta no seu desenvolvimento pode ultrapassar o impacto da doença em si mesma. Este efeito, em termos de desenvolvimento, depende da idade de início, evolução, tipo doença: cronicidade, curso, visibilidade, efeitos secundários da medicação e prognóstico (Castro, 2013).

As alterações nos hábitos de vida da criança e do adolescente com diabetes *mellitus* vão implicar orientações sobre a doença e o tratamento tornam-se cuidados fundamentais. A diabetes *mellitus* tipo 1 é o tipo de diabetes que maioritariamente surge nesta faixa etária, o que implica a necessidade de injeções de insulina diárias, aumentando, assim, o seu desconforto em relação à doença (Marinho, 2012).

A diabetes *mellitus* é a patologia endócrina/metabólica mais frequente na infância e adolescência (*American Diabetes Association*, 2012). A síndrome pressupõe uma perturbação da homeostasia na energia, causada por um défice de insulina ou da sua ação, resultando no metabolismo anormal de hidratos de carbono, proteínas e lípidos. Dada a sua atual prevalência e futura subida exponencial prevista a médio prazo pela Federação Internacional de Diabetes (2014) há grande probabilidade de se tornar um grave problema de saúde pública.

2. Diabetes *mellitus*

Tendo-se em consideração a sua etimologia, o termo “diabetes” é muito antigo e a sua denominação é associada a, segundo Molinaro (2011), *Aretaeus de Cappadocia* por volta de 100 anos a.C. Por sua vez, Thomas Willis, em 1675, adicionou o vocábulo *mellitus*, proveniente do latim, que significa “mel”, em referência à urina açucarada que é encontrada nos diabéticos (glicosúria) (Molinaro, 2011). De acordo com a American Diabetes Association (2012), a doença é definida como pertencente ao grupo de doenças metabólicas e caracterizada por hiperglicemia consequente de irregularidades na secreção de insulina, na ineficaz ação da insulina produzida, ou em ambas. Estas pessoas são suscetíveis de vir a sofrer complicações, que poderão ser minimizados através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidémia, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (Observatório Nacional da Diabetes, 2010).

Assim, a diabetes *mellitus* é um distúrbio endócrino que se encontra aglomerada no grupo das doenças metabólicas, caracterizada por hiperglicemia crónica com alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas. Esta hiperglicemia está associada a danos, disfunções e falências de órgãos distintos atingindo especialmente olhos, rins, nervos, coração, e os vasos sanguíneos (*Australasian Paediatric Endocrine Group for the Department of Health and Ageing*, 2005).

Anteriormente, a diabetes *mellitus* classificava-se de acordo com o tratamento requerido, classificando-se em dois tipos, diabetes *mellitus* insulino dependente e diabetes *mellitus* não insulino dependentes (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

Embora a etiologia da diabetes seja heterogénea, atualmente, a maioria dos casos pode ser classificada em duas grandes categorias: a diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1), que se caracteriza por uma deficiência absoluta da secreção de insulina; ou diabetes do tipo 2 (DM2), que resulta da deficiência progressiva da produção de insulina num contexto de resistência periférica dos tecidos à sua ação (*American Diabetes Association*, 2010). Segundo esta terminologia, a diabetes é classificada de acordo com a clínica que apresenta e não pelo tratamento que necessita (Hockenberry & Winkelstein, 2014). Existem, ainda, mais duas categorias de classificação de diabetes que incluem a diabetes gestacional, que ocorre quando o grau de anomalia do metabolismo da glicose surge pela primeira vez durante a gravidez, e outros tipos específicos de diabetes (defeitos genéticos da célula β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias

diversas e diabetes induzidas por químicos ou fármacos), quando a diabetes surge como consequência de um processo etiopatogénico conhecido (Direção-Geral da Saúde, 2011).

2.1. Diabetes *mellitus* tipo 1

A DM1 é uma desordem da homeostasia da glicose, caracterizada pela destruição autoimune das células β do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, progressivamente existindo um défice de insulina e, conseqüentemente, hiperglicemia. Este défice de insulina condiciona as alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, dos lípidos e das proteínas (Justin, 2013).

A insulina é fundamental para o controlo da glicemia e do metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, uma vez que promove a entrada destas substâncias nas células. Existindo um défice de insulina, a glicose não entra nas células. Assim, a sua concentração na corrente sanguínea aumenta – hiperglicemia. Apesar de a maioria dos diabéticos tipo 1 não terem antecedentes familiares da mesma, pensa-se que haja um fator de risco genético. Os que possuem antecedentes familiares apresentam esse risco aumentado (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

Considera-se que a DM1 consista numa doença autoimune, com predisposição genética que surge quando a pessoa é exposta a um acontecimento precipitante, que poderá ser desencadeado por um fator ambiental, como, por exemplo, uma infeção vírica. Este acontecimento precipitante desencadeia um processo autoimune que, gradualmente, destrói as células β do pâncreas e, conseqüentemente, implica na produção de insulina. (Hockenberry & Winkelstein, 2014). Quando isto ocorre, denomina-se DM1 autoimune, quando não se consegue identificar a existência de um processo imunológico a diabetes passa a denominar-se DM1 idiopática (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Existe uma forte ligação entre a DM1 e outros distúrbios endócrinos autoimunes, como é o caso da tireoidite e da doença de Addison (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

O surgimento da DM1 pode apresentar-se de uma das seguintes formas: clássica, cetoacidose diabética ou um achado acidental (Justin, 2013).

Na forma clássica, ocorre uma hiperglicemia sem acidose, sendo esta a forma mais comum de apresentação de DM1 na criança e jovem. A poliúria, polidipsia surgem como os sintomas mais frequentes, sendo a polifagia e a perda de peso um pouco menos frequentes. Geralmente, estes sintomas têm algumas semanas de evolução. Podem também apresentar sintomatologia mais vaga, nomeadamente fadiga e visão turva. Nas crianças mais

pequenas, pode surgir candidíase perineal. Por vezes, a incapacidade de considerar a possibilidade de diabetes, perante estes sintomas, atrasa o diagnóstico, podendo resultar numa cetoacidose diabética (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

A cetoacidose diabética ocorre na sequência do agravamento dos sintomas clássicos. Estas crianças/jovens podem desenvolver anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Muitas vezes, estes sintomas podem ser confundidos com uma gastroenterite. Por norma, apresentam desidratação de moderada a grave, hálito cetónico, taquicardia, respiração (hiperventilação) e, em casos extremos, o coma que pode culminar em morte. Requer tratamento imediato com recurso à reidratação e à insulina (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

No contexto europeu, Portugal situa-se nos lugares cimeiros dos países como maior taxa de prevalência de diabetes (Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes, 2013). A DM1 representa 5 a 10% das pessoas com diabetes (*American Diabetes Association*, 2012). O número de crianças e adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1 tem vindo a aumentar de forma regular por todo o mundo, sendo a perturbação metabólica mais comum em idade pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Portugal não é exceção, tendo-se verificado um acréscimo significativo na incidência de diabetes *mellitus* tipo 1 em crianças e jovens nos últimos anos. Estima-se que, em 2014, tenham sido diagnosticados 17,5 novos casos de DM1 por cada 100.000 jovens com idades entre os 0 e os 14 anos (Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes, 2015). Segundo a mesma fonte, a prevalência de diabetes *mellitus* tipo 1 é de 0,16% da população com idade compreendida dos 0 aos 19 anos correspondendo a 3.2365 indivíduos.

São desconhecidas as razões para este aumento mas, segundo Levitsky e Misra (2011), a suscetibilidade genética poderá ter a sua influência, bem como alguns fatores ambientais que atuam como precipitantes tais como as infeções víricas, vacinas, dieta, exposição ao leite de vaca em idades precoces entre outros. A DM1 nas crianças e nos jovens em Portugal, em 2013, atingia 3 262 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário. Apesar da diminuição registada na população entre os 0 e os 19 anos, o número de jovens com diabetes neste escalão etário mantém-se estável. A taxa de incidência da DM 1 fornece a informação respeitante à identificação anual de novos casos. Em 2013, foram detetados 18,2 novos casos de DM1 por cada 100 000 crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, valor bastante superior ao registado em 2004, cuja dinâmica é semelhante à verificada no escalão etário dos 0 aos 19 anos (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2014).

2.1.1. Diagnóstico

O diagnóstico de diabetes, geralmente, é baseado nas características que apresenta, no entanto, cada vez tem sido mais difícil fazer o diagnóstico clínico devido à prevalência de excesso de peso em jovens com DM1 e à presença de cetoacidose diabética em alguns jovens com DM2 (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

Assim, o diagnóstico de DM1 alicerça-se na avaliação e na monitorização da glicose no sangue, podendo estar ou não presentes diversos sintomas associados (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

Neste tipo de diabetes, o diagnóstico é, por norma, efetuado antes dos 30 anos, principalmente na infância e na adolescência, sendo mais frequente entre os 5 e os 11 anos.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2011), o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Atualmente é preconizado o uso da hemoglobina glicada para o diagnóstico da diabetes, o seu uso é sugerido por alguns peritos na área, bem como pela *American Diabetes Association* (2012) e pela Organização Mundial da Saúde (2011). Contudo, não se pode excluir a existência de diabetes quando o valor é inferior a 6,5%, nem este parâmetro exclui os anteriores. É considerado a inexistência de evidência satisfatória para uma recomendação formal na interpretação dos valores inferiores a 6,5% (Direção-Geral de Saúde, 2011). Numa diabetes de evolução rápida, como é o caso da DM1 em algumas crianças, a HbA1c pode não ser significativamente elevada apesar de apresentar os sintomas clássicos de diabetes (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

O diagnóstico pode ser atrasado devido a algumas contrariedades. As crianças mais pequenas podem apresentar cetoacidose grave devido ao início rápido mas grave do défice de insulina, a hiperventilação (respiração Kussmaul) na cetoacidose pode ser diagnosticada como uma pneumonia ou uma crise de asma, a dor abdominal que esta apresenta na cetoacidose pode ser interpretada como um ventre agudo, a poliúria e a enurese pode ser considerada como uma infeção do trato urinário e o vômito pode ser confundido com uma gastroenterite (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

O dilema do diagnóstico prende-se, por vezes, em distinguir qual o tipo de diabetes, porque a incidência da obesidade a taxa de DM2 aumenta na idade pediátrica (Justin, 2013). Após o diagnóstico, de acordo com o referido autor, é importante restaurar a glicemia e ensinar ao jovem e à família as habilidades básicas necessárias para gerir a diabetes em casa. Um tratamento eficaz, que produza um adequado controlo metabólico, é fundamental para uma vida saudável do adolescente diabético.

2.1.2. Tratamento

O tratamento da DM1 envolve quatro partes essenciais, a terapêutica farmacológica, a nutrição, o exercício físico e a educação do doente. O controlo metabólico e a consequente prevenção das complicações agudas (hiperglicemia e hipoglicemia), bem como a prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas são objetivos essenciais do tratamento da diabetes (Almeida, Zanetti, Almeida & Damasceno, 2011).

O tratamento definitivo resume-se à reposição de insulina. Todavia, as necessidades de insulina são afetadas pela ingestão nutricional, atividade física, emoções e outros acontecimentos da vida, como as doenças e a puberdade (Hockenberry & Winkelstein, 2014). A terapêutica com insulina tem como finalidade imitar a ação das células β do pâncreas com o intuito de facilitar o metabolismo e o armazenamento dos alimentos consumidos, normalizar a hiperglicemia e manter a normoglicémia durante o jejum (Justin, 2013).

Durante a alimentação, a insulina é importante para facilitar o transporte de glicose do sangue para as células, sendo segregada imediatamente após a refeição. Em consonância com o funcionamento normal do organismo, a terapia de insulina na DM1 é administrada sob a forma subcutânea, antes das refeições, de acordo com a quantidade de hidratos de carbono a serem ingeridos (Justin, 2013).

A chave para o controlo glicémico é minimizar as hiperglicemias durante todo o dia. Para alcançar este objetivo, é necessário associar a dose de insulina de ação rápida para o fator de sensibilidade à dose de insulina necessária para os hidratos de carbono ingeridos (relação insulina/hidratos de carbono). As unidades de insulina para o fator de sensibilidade são proporcionais à glicemia. O fator de sensibilidade indica o valor da descida da glicemia por cada unidade de insulina rápida administrada (Almeida et al., 2011).

É essencial manter a normoglicémia durante o jejum, por isso, a insulina é fundamental para mantê-la entre as refeições. Por este motivo, utiliza-se a insulina de ação prolongada, procurando proporcionar quantidades constantes de insulina (Almeida, 2010). A

secreção de insulina divide-se em secreção basal que ocorre durante as 24h do dia e a secreção em resposta às refeições (Castro, 2013).

Na última década, existiu uma mudança de paradigmas relacionado com o tratamento com insulina, enquanto, anteriormente, se evitavam as “dolorosas” injeções nas crianças, o que levava a regimes pouco flexíveis e a diversas restrições alimentares, atualmente as múltiplas administrações diárias de insulina (MADI) em substituição da insulina basal e prandial tornou-se o *ex-líbris* no tratamento da diabetes em pediatria (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

As múltiplas administrações diárias de insulina (MADI) foram provadas como sendo seguras em todas as idades, permitem administração de múltiplos bólus pré-prandiais e adaptação horária da insulina basal, sendo o esquema de administração de insulina mais fisiológico. (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014). Existem variadas formulações de insulina, distinguindo-se pelo seu espectro de ação. Assim, existem as insulinas de ação rápida (e ultrarrápida), as insulinas de ação intermédia e as insulinas de ação lenta ou longa, cujo papel é primordial no tratamento da DM1.

Presentemente existem duas formas de administração de insulina: através de canetas injetoras de insulina ou através da “bomba” infusora de insulina. As canetas injetoras de insulina, que permitem múltiplas injeções diárias, são dispositivos fáceis de utilizar e que proporcionam doses fiáveis. A “bomba” infusora de insulina, método mais recente, é um sistema de perfusão subcutânea de insulina, de circuito aberto constituído por um aparelho que contém um pequeno reservatório de insulina (Almeida et al., 2011). De acordo com os referidos autores, este sistema possui um cateter que é inserido no tecido subcutâneo, normalmente, na região abdominal, ao redor da cicatriz umbilical, mas também pode ser inserido na região superior das nádegas e eventualmente nas coxas.

A terapia com a bomba infusora de insulina é, atualmente, o melhor método de imitar o perfil fisiológico de insulina. A insulina é infundida subcutânea, com uma dose basal pré-programada, à qual são adicionados bólus para compensar a ingestão de hidratos de carbono, corrigindo hiperglicémias. As bombas infusoras de insulina possibilitam um melhor controlo metabólico a longo prazo e reduzem o risco de hipoglicemias graves em comparação com MADI (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014). Este método é uma alternativa às múltiplas administrações diárias de insulina.

A escolha do esquema de insulina vai depender de fatores como a idade, a duração da diabetes, o estilo de vida, das metas de controlo metabólico e da preferência particular da família e doente. A maioria dos esquemas inclui insulina de ação rápida e insulina de longa ação (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

No esquema MADI, a insulina de ação rápida deve se administrada imediatamente antes das refeições (pequeno-almoço, almoço, lanhe e jantar) e ajustada de acordo com a glicemia e hidratos de carbono a serem ingeridos. A insulina de longa ação deve ser administrada antes da hora de dormir. A absorção de insulina depende de vários fatores tais como o tipo de insulina, os locais de administração, a alimentação, o exercício físico, a temperatura corporal e ambiente, o stresse e a dose de insulina (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

Os locais de administração mais utilizados são o abdómen, local onde a absorção é mais rápida e menos afetada pela atividade física, região antero-lateral da coxa, onde a absorção é mais lenta, face externa do braço e nádegas. Deve-se fazer rotação do local de administração de insulina a fim de evitar lipodistrofias (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014).

A DM1 é uma condição crónica e requer monitorização frequente da glicemia, para um melhor controlo glicémico. Os valores de glicemia devem ser registados para servir de base à equipa multidisciplinar para ajustar o esquema terapêutico, com a finalidade de manter a glicemia nos valores padrão normais 80 a 120 mg/dl (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

Mesmo quando todos os cuidados com na diabetes são criteriosamente cumpridos, podem surgir hipoglicemias. Estas surgem quando a glicémia capilar é \leq a 70 mg/dl. A hipoglicemia é descrita de leve, moderada e grave e baseada na capacidade do individuo tratar de si próprio. A hipoglicemia grave é definida como um evento em que o individuo necessita de ajuda de terceiros para ingerir hidratos de carbono ou administrar o glucagon, tem em média uma incidência de 1,1 individuo por ano, enquanto a hipoglicemia leve a moderada acontece, em média duas vezes por semana (Justin, 2013).

A hipoglicemia pode ser sintomática ou assintomática. Os sintomas iniciais de hipoglicemia incluem tremores, palidez, fraqueza, suores frios, ansiedade, fome, taquicardia, cefaleia, visão turva, tonturas, sonolência, confusão, coma e por vezes convulsões (Justin, 2013).

As causas mais comuns de hipoglicemia são devido a atividade física sem alimentação adequada, refeições ou lanches retardados ou omitidos. Todos os indivíduos com DM1 devem trazer uma fonte de glicose para ingerir nestas situações, sendo o açúcar o mais utilizado (Hockenberry & Winkelstein, 2014).

A terapia nutricional é um aspeto muito importante para alcançar o controlo ideal da glicose. Nas últimas décadas existiu uma evolução na área da nutrição. O plano alimentar deve cumprir os mesmos objetivos de qualquer regime nutricional de modo a promover um

desenvolvimento e crescimento saudáveis, controlando ainda o valor da glicemia e ser ajustado as rotinas e cultura da família. As orientações baseiam-se nos princípios de uma alimentação saudável para as crianças (Justin, 2013).

Atualmente considera-se que o controle glicêmico é afetado pela quantidade e tipo de Hidratos de Carbono (HC) ingeridos. A quantificação da ingestão de HC, com um ajustamento das doses de insulina requer um programa de formação bem estruturado e com bom acompanhamento de modo a que se obtenham bons resultados (Smart, 2009). Segundo o mesmo autor, para quantificar os HC tem que se realizar a contagem dos equivalentes/porções de HC dos alimentos dos vários grupos. Podendo não ser consensual, um equivalente pode variar entre 10 e 15 gramas de HC.

Para um melhor controlo metabólico, torna-se essencial ter consciência do valor dos hidratos de carbono, tentar evitar os que provocam maiores picos de glicemia e saber reparti-los corretamente pelas refeições ao longo do dia. Alguns alimentos como vegetais, os legumes, os cereais e os frutos contêm fibras solúveis que podem ajudar a diminuir a velocidade de absorção dos hidratos de carbono, evitando subidas bruscas de glicemia. Uma dieta adequada pretende obter aproximadamente 50% de hidratos de carbono, 15-20% de proteínas e 25-35% de gordura. (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*, 2014; Smart, 2009).

Por outro lado, o exercício afeta positivamente o bem-estar físico, mental e social dos jovens com DM1. Os benefícios do exercício abarcam a diminuição do risco cardiovascular, o controlo metabólico, a prevenção de complicações crónicas degenerativas, além de benefícios psicossociais. A atividade física praticada contribui frequentemente para um aumento da sensibilidade periférica à insulina e da tolerância à glicose, o que proporciona uma melhoria do controlo metabólico que se verifica pela diminuição da hemoglobina glicada (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Durante o exercício físico vigoroso, o músculo-esquelético aumenta acentuadamente as suas necessidades de consumo energético, o que conduz ao desenvolvimento de hiper ou hipoglicemias durante a realização de exercício físico, devido aos níveis plasmáticos de glicose antes de iniciar a atividade física e aos níveis de insulina circulante (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Powers, 2005).

Assim sendo, é essencial ter alguns cuidados que são considerados fundamentais para a prática de exercício de uma forma segura, nomeadamente a redução de 20% da dose de insulina pós-prandial, quando estiver previsto a realização de exercício entre 1 a 3 horas após a refeição. O exercício deve ser realizado após uma refeição, antes da prática do exercício deve-se realizar a pesquisa da glicemia capilar, se for < a 70 mg/dl restabelecer

a glicemia para valores > a 120mg/dl, se a glicemia for > a 250 mg/dl deve-se pesquisar a cetonemia e na sua presença não se deve realizar exercício, e na sua ausência, a meio da pratica do exercício deve-se verificar novamente os valores da glicemia capilar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A criança/jovem e a família devem aprender a lidar com as contingências comuns que afetam o autocuidado. Necessitam de ser ensinados em relação à auto-monitorização dos níveis sanguíneos de glicose; monitorização da cetonemia; administração de insulina; cuidados especiais a ter em consideração após o diagnóstico de outras patologias agudas ou crónicas; protocolos de atuação durante episódios de hipoglicemia; cuidados dermatológicos; cuidados relacionados com o “Pé Diabético”; cuidados especiais a ter em atenção antes, durante e após o exercício físico; fatores de risco e técnicas comportamentais para a modificação de estilos de vida (Powers, 2005).

A adolescência é um período complicado para se desenvolver a diabetes, pois os adolescentes não são suficientemente maduros para assumirem totalmente a responsabilidade pela diabetes e já estão “crescido” demais para deixarem os pais fazê-lo. Contudo é importante que os adolescentes tenham a liberdade e a responsabilidade para fazerem experimentações no tratamento da sua diabetes (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A eficácia do tratamento depende da qualidade dos ensinamentos efetuados ao adolescente e à família. Uma abordagem multidisciplinar a respeito do ajuste da dose de insulina, a educação em adolescente com MADI ou bomba perfusora de insulina resulta numa taxa mais baixa de complicações a longo prazo (ISPAD, 2014). A gestão otimizada da diabetes procura encontrar a restauração da glicemia a fim de minimizar as micro e macro complicações associadas à hiperglicemia crónica (Justin, 2013).

Complicações agudas, como a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar hiperglicémico, podem resultar de um episódio de hiperglicemia súbito e muito acentuado. Por outro lado, um estado de hiperglicemia não súbito mas constante ao longo do tempo, pode levar ao desenvolvimento de complicações crónicas (Powers, 2005).

As complicações a longo prazo, resultantes do efeito tóxico da hiperglicemia crónica, manifestam-se tanto como doenças microvasculares como é o caso da nefropatia diabética, retinopatia, neuropatia periférica, como em doenças macro vasculares como a doença arterial coronária e acidente vascular cerebral (Justin, 2013). De acordo com o mesmo autor, o risco de desenvolvimento de complicações crónicas depende fundamentalmente da duração do estado de hiperglicemia. Geralmente, as complicações só se tornam aparentes após duas décadas de hiperglicemia. Diversos estudos demonstraram que a redução do estado de hiperglicemia crónica está associada à prevenção ou pelo menos ao atraso do

aparecimento de retinopatia, neuropatia e nefropatia (Powers, 2005). Estudos prospetivos confirmam que um controlo glicémico rígido mitiga o desenvolvimento de complicações a longo prazo (Justin, 2013).

Houve um decréscimo na incidência de complicações consequente das grandes mudanças na gestão da diabetes, na identificação de fatores de risco e na introdução da pesquisa regular das complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Em suma, a diabetes pode ser percecionada do ponto de vista físico e psicológico, pois para a mesma situação física há variações individuais relativas a objetividade e subjetividade que se vão variando ao longo do percurso da doença. A subjetividade individual promove uma perceção e representação própria da doença, relacionada com a diversidade de vivências de cada pessoa (Sarrabulho, Matos, Nabais & Raposo, 2012). De acordo com os referidos autores, a perceção individual da doença depende muito dos recursos individuais da pessoa e da sua rede social de apoio.

Apesar da sobrecarga e do desgaste ocasionado pelo tratamento diário e contínuo da diabetes, verifica-se que a maior parte das pessoas com diabetes se adapta bem à doença e ao tratamento (Serrabulho, Matos, Nabais, & Raposo, 2013). A avaliação da adaptação psicológica à diabetes foi desenvolvida para proporcionar aos investigadores e prestadores de cuidados um melhor conhecimento desta área, com o objetivo de melhorar os cuidados na clínica e na educação da pessoa com diabetes, correlacionando a adaptação psicológica com a compensação da diabetes, bem como para avaliar a satisfação dos mesmos face aos cuidados que lhes são prestados na consulta da diabetes (Sarrabulho et al., 2013).

3. Satisfação com a consulta de vigilância: educação terapêutica

Antes de abordarmos a satisfação das crianças e jovens face à consulta de educação terapêutica, definimos o termo “satisfação”.

3.1. Definição do conceito satisfação

A “satisfação” é um conceito subjetivo e assume diferentes significados consoante o contexto onde se insere. No âmbito dos cuidados de saúde, a satisfação é entendida como um objetivo fundamental dos serviços de saúde de modo a poder alcançar-se cuidados de qualidade (Pereira, 2012). Importa também ressaltar que a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde está diretamente ligada à satisfação dos utentes (Mendes, Mantovani, Gemito & Lopes, 2013).

O conceito de satisfação refere-se a uma atitude do sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, das suas expectativas e dos resultados obtidos (Paúl, Martin & Roseira, 1999).

O conceito de satisfação sugere uma avaliação subjetiva sobre diferentes aspetos da experiência com os serviços de saúde, traduzindo o bem-estar do utente. Esta satisfação do utente pode contribuir quer para a implementação, quer para a efetivação dos cuidados, uma vez que a prestação dos mesmos é um processo ativo e participativo do prestador de cuidados e do utente, podendo também ser percebida como uma apreciação deste face à qualidade dos cuidados recebidos, principalmente a nível interpessoal (Alves, 2007).

Para Alves (2012, p. 46), “a satisfação é a constatação que exprime um certo grau de realização”. Está relacionada com o facto de as necessidades ou os desejos se encontrarem satisfeitos. O mesmo autor afirma que o aspeto da satisfação será a concretização de um desejo, anseio ou expectativa, manifestada na resolução de um problema concreto relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Esta manifestação dos utentes é importante, se funcionar como *feedback* para os prestadores compreenderem onde poderão ser empreendedores, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, podendo ir ao encontro das necessidades sentidas pelos utilizadores, cada vez que necessitam recorrer aos serviços de saúde.

Segundo Carr-hill (1992), referenciado por Alves (2012), refere que a satisfação é uma necessidade e simultaneamente uma expectativa, é um conceito complexo relacionado com um grande número de fatores, como o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais da sociedade. Refere que, independentemente das diferenças que existem nos indivíduos, dadas as diversas necessidades que levam a padrões de comportamento variados, o modelo básico que se apresentou é sempre o mesmo. Isto é, quando se cria uma necessidade, desequilibra-se o nosso organismo, cria-se uma tensão, uma insatisfação, um mau estar que leva o indivíduo a agir. Dessa ação resulta, ou a satisfação da necessidade que se procura, regressando tudo ao equilíbrio inicial; ou, em caso de ação ineficaz, mantém-se o desequilíbrio. Por outras palavras, o comportamento humano é o resultado da procura de satisfação das suas necessidades.

O conceito de satisfação do utente pode ser percebido como um conceito multidimensional e um fenómeno subjetivo e complexo, ligado às necessidades percebidas, às expectativas e experiências do cuidado recebido, como tal, decorrendo o grau de satisfação das expectativas formuladas (Newsome & Wright, 1999). Neste sentido, “a avaliação do cliente sobre a qualidade do serviço é muitas vezes considerada como resultado de uma comparação, baseada num certo número de atributos, entre as suas expectativas face ao serviço e a sua perceção do serviço realmente prestado” (Nascimento, 2000, p.70).

Todavia, é importante ressaltar que a satisfação é uma entidade concetual de difícil interpretação porquanto engloba um conjunto de relações. O denominado nível de satisfação é muito vulnerável a mudanças que modificam a relação entre os vértices do losango constituído pela posição social, necessidades, aspiração/expectativa e experiência, resultando em variações destes elementos a um movimento de ajustamento adaptativo dos outros de forma a reduzir os sentimentos de dissonância cognitiva (Esperidião & Trad, 2006).

3.2. Fatores que influenciam a satisfação dos utentes

A satisfação do utente é considerada como um agregado de reações perante a experiência dos cuidados de saúde. Todavia, importa salientar que se trata de um conceito de natureza altamente subjetiva, uma vez que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) assumem particular relevância (Mendes et al., 2013).

A satisfação dos utentes pode ser classificada em oito dimensões: “o comportamento entre profissional e doente, a qualidade técnica dos cuidados, acessibilidade, ambiente

físico, financiamento ou forma de pagamento dos serviços, disponibilidade dos profissionais de saúde, continuidade e resultados dos cuidados” (Ware, Davies-Avery & Stewart, 1978, cit. por Gonçalves, 2010, p.41). Por sua vez, Pelz (1982), igualmente referenciado por Gonçalves (2010, p.41), agrupa as dimensões da satisfação em dez categorias: “acessibilidade, disponibilidade de recursos, ambiente agradável, financiamento, competência profissional, continuidade dos cuidados, resultados dos cuidados, humanidade, recolha de informação, dádiva de informação”.

Os utentes podem estar satisfeitos ou insatisfeitos por variadas razões. São variados os determinantes que influenciam a avaliação da satisfação dos utentes. A satisfação dos utentes em relação aos serviços de saúde é categorizada em muitas áreas, nomeadamente: a satisfação com o acesso, que inclui as conveniências, isto é, o tempo, a distância e a disponibilidade; a satisfação com as relações humanas, ou seja, referentes ao respeito, à gentileza, à disponibilidade para o ouvir, assim como as habilidades do profissional no estabelecimento de uma relação interpessoal; a satisfação com a competência do profissional; satisfação acerca da quantidade de informação relativa ao tratamento, procedimentos, exames e diagnóstico; satisfação com o resultado do tratamento e, por fim, a satisfação com as facilidades, isto é, aspetos funcionais e estruturais do serviço (Gonçalves, 2010).

Num estudo realizado por Taylor e Bengner (2004), que pretendia identificar a satisfação geral do utente, os autores concluíram que a idade e a raça do doente influenciam em parte a satisfação, mas os fatores que mais a determinaram são as relações interpessoais, as atitudes da equipa, a comunicação do pessoal, o aumento das explicações e informações prestadas, e ainda, o tempo de espera relativamente à expectativa do doente.

Os doentes revelam-se mais satisfeitos quando os profissionais de saúde são sensíveis e cuidadosos com os seus problemas. O contacto com o pessoal qualificado e competente melhora a satisfação com os cuidados de enfermagem, pelo que a qualidade da assistência irá influenciar a utilização dos serviços de saúde e a probabilidade de este ser recomendado para os outros utentes (Lin, Xirasagar & Ladkita, 2004).

O grau de satisfação dos utentes está intimamente associada à qualidade e ao tipo de relação estabelecida com o profissional de saúde, na medida em que os mesmos desejam ser tratados de uma forma holística, para além dos seus valores e crenças, passando a ser entendidos como membros participantes de todo o processo de doença, tratamento e recuperação (Chaves, Duarte, Mateus, et al., 2012). A satisfação dos utentes resulta da satisfação das suas necessidades e expectativas (Mendes, 2013).

Segundo Pascoe (1983) a satisfação do utente pode fornecer informações sobre a qualidade do serviço e pode servir de preditor de comportamentos relacionados com a saúde. Na opinião de Silva (2014, p. 37), “as dimensões mais semelhantes identificadas pelos investigadores para avaliar a satisfação dos utentes são a acessibilidade/conveniência, a disponibilidade, a continuidade dos cuidados, os aspetos financeiros e a qualidade dos cuidados, abrangendo os aspetos interpessoais de cuidados, os aspetos técnicos e a satisfação com os resultados”.

Ainda de acordo com o Silva (2014), na acessibilidade/conveniência incluem-se todos os fatores envolvidos na preparação para a receção de cuidados médicos/enfermagem e de serviços de saúde dos quais se destacam: a distância que o utente tem que percorrer para chegar aos locais onde recebe cuidados de saúde, o tempo e o esforço despendido para marcar uma consulta, os horários em que os cuidados são prestados, tempo de espera na instituição de saúde, se existe parques de estacionamento suficientes. Por sua vez, a disponibilidade engloba as medidas relacionadas com a acessibilidade e centram-se regularmente no número de médicos, enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde e nalgumas vantagens com o número de entidades prestadoras de cuidados de saúde existentes na área. A disponibilidade dos cuidados tem a ver com os diferentes recursos que limitam os cuidados. A continuidade dos cuidados consiste numa dimensão que poucas vezes tem sido medida. É definida em termos de regularidade de cuidados tendo em conta a mesma facilidade, a mesma localização e o mesmo prestador. Pode igualmente ser definida, embora menos frequentemente em termos de disponibilidade de um registo clínico contínuo em todas as visitas efetuadas pelo utente. Há a referir também os aspetos financeiros, que se prendem com a capacidade dos cidadãos em pagar serviços ou planear o seu pagamento, nomeadamente das taxas moderadoras em vigor atualmente, o que se constitui como um fator importante no recebimento de cuidados de saúde. Os aspetos interpessoais dizem respeito à qualidade do cuidado prestado ao doente por parte do prestador de cuidados.

A qualidade do serviço pode ser definida como a perceção do cliente face ao quanto um serviço vai ao encontro ou excede as suas expectativas. Por último e não menos importante, os aspetos técnicos, ou seja, a necessidade de haver uma sólida evidência empírica que suporte o uso da pontuação da satisfação dos utentes (Lin, Xirasagar & Ladkita, 2004).

A satisfação dos utentes é, hoje em dia, considerada um importante fim para os serviços de saúde e ganhou um amplo reconhecimento como medida de qualidade (Williams, Coyle & Healy, 1998). A integração de processos de avaliação da qualidade e da satisfação na saúde constitui uma revolução nos métodos e horizontes rumo ao

conhecimento das complexas relações entre a saúde e os seus condicionantes. Estas relações designam o “nível de vida” das populações, pois, a saúde envolve não só as capacidades físicas, mas também os recursos pessoais e sociais de uma comunidade. Hoje, a satisfação dos utentes, além de constituir um valor orientador da conduta dos profissionais de saúde e presidir para a satisfação das suas necessidades, encontra-se consagrada nos seus códigos deontológicos e é um claro indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, hoje em dia tão mediáticos na sociedade regional, nacional e internacional (Gomes & Costa, 2008).

Alguns estudos demonstram que os principais fatores que possivelmente podem influenciar a satisfação dos utentes são a relação e comunicação, os cuidados médicos, a informação e apoio, a continuidade, cooperação e organização dos serviços, a consulta, marcação e acessibilidade, os profissionais e condições da instituição e do serviço (Chaves et al., 2012).

De acordo com Sepúlveda (2001, p. 36) “de uma forma genérica satisfação será o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja”. Para a mesma autora, a satisfação tanto poderá ser uma atitude como uma reação. Será uma atitude quando o utente for um consumidor de cuidados e uma reação quando existir uma relação com um prestador específico (enfermeiro de família).

Tendo em conta o exposto e no âmbito da temática do presente trabalho, importa salientar que a satisfação é um componente absoluto dos cuidados em doenças crónicas, que sustenta a adesão ao regime terapêutico. A satisfação das crianças e jovens com DM1 foi associada, a longo prazo, com o controlo metabólico (Koves, Boucher, Ismail, Donath & Cameron, 2008). O mesmo autor salienta que medir a satisfação do utente pode ser uma forma importante para a melhoria dos cuidados de saúde, inclusive, dos cuidados necessários com a DM1. Assim, compete aos enfermeiros criar uma relação construtiva com o utente para a sua satisfação em relação aos cuidados que lhe são prestados, uma vez que o sucesso da adesão ao regime terapêutico pode depender desta relação (Sousa, 2008).

Neste âmbito refere-se Chaves, Duarte, Silva et al. (2012), que realizaram um estudo para identificar o grau de satisfação dos utentes da Unidade de Saúde de Tondela; e determinar em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde; inquiriram 1343 utentes e os autores concluíram que não existem diferenças significativas entre o sexo e a satisfação dos utentes.

Outro estudo realizado no âmbito da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde prestados é o de Pimentel (2010), tendo os utentes expressado uma opinião positiva no que respeita à satisfação em termos globais, sendo o parecer menos positivo

face aos espaços de atendimento/espera e qualidade das instalações, ao tempo de obtenção de consulta e ao tempo de espera para ser consultado e à facilidade de contacto com o profissional de saúde. Assim, a autora concluiu que os aspetos prioritários a melhorar recaíram na necessidade de disponibilização de mais profissionais de saúde, no melhoramento de equipamentos e de instalações, no acesso a exames de diagnóstico e terapêutica e na redução do tempo de espera de consulta.

O estudo de Alhusban e Abualrub (2009) teve como intenção medir a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Jordânia, a amostra do estudo foi de 300 utentes. Os resultados indicaram que o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem foi moderada e as suas experiências com os cuidados de enfermagem foram positivas. Os resultados mostraram que o género difere estatisticamente com os cuidados de enfermagem (utentes do género feminino estavam mais satisfeitos).

Silva (2011) efetuou um estudo sobre a Satisfação do Doente Cardíaco com os Cuidados de Enfermagem. O estudo é constituído pelos utentes em regime de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronária do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade Hospitalar de Vila Real e Unidade de Cuidados Intensivos Coronária do Hospital de São Teotónio de Viseu, num total de 90 utentes. Neste estudo, a variável idade difere estatisticamente com os cuidados de enfermagem, os utentes com mais de 45 anos estão mais satisfeitos. As variáveis género, estado civil, meio de residência, habilitações literárias e situação laboral (trabalhadores ativos mais satisfeitos) não diferem estatisticamente com os cuidados de enfermagem. Ainda na mesma temática, referindo outro estudo nacional, Oliveira (2012) realizou um estudo para avaliar a satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior, a uma amostra de 419 utentes. As variáveis que diferem estatisticamente com a satisfação dos utentes são: género (homens), local de residência (urbano), habilitações literárias (ensino secundário). A idade não difere estatisticamente.

O estudo de Chaves, Duarte, Almeida et al. (2012) visou determinar de que forma as variáveis sociodemográficas (género, idade, local de residência) e a variável clínica (tempo de diagnóstico da doença) influenciam o grau de satisfação dos utentes com a consulta de enfermagem da diabetes. A amostra foi de 195 utentes da Unidade de Saúde Familiar de Lafões. Verificaram que não existem diferenças significativas entre o género, local de residência, tempo de diagnóstico da doença e a satisfação dos utentes. Relativamente à idade e à satisfação, verificaram que existem diferenças bastante significativas.

4. Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

A consulta da diabetes assume-se com o espaço de eleição para conhecer a situação de saúde dos utentes, independentemente da sua faixa etária, as suas crenças e as suas motivações e, com base nas necessidades identificadas, os enfermeiros devem tomar decisões no âmbito do exercício profissional autónomo, realizar uma abordagem sistémica e sistemática, implementar intervenções de enfermagem para evitar riscos, detetar problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2001). É, portanto, um meio para consecução dos objetivos traçados tendo como instrumento central a educação terapêutica, que é definida pela Direção-Geral da Saúde (2000) como o processo pelo qual os profissionais de saúde qualificados habilitam os doentes e família a lidarem melhor com a doença, a fim de se prevenirem complicações e manter-se, tanto quanto possível, uma qualidade de vida satisfatória.

Ao aplicar-se um modelo de cuidados centrado na pessoa visando o *empowerment*, a independência e autonomia, a participação ativa do utente e em que este define as suas necessidades, os instrumentos para registos de enfermagem, devem refletir essa filosofia. Segundo Hesbeen (2001), estes instrumentos devem ser bastante flexíveis para conterem as necessidades, expectativas e valores do utente, devendo representar uma ajuda à prática diária e não um "fardo" para os enfermeiros. Desta maneira, está a contribuir-se para a satisfação dos doentes com diabetes em relação aos cuidados prestados durante a consulta. O mesmo autor realça também que o processo de enfermagem é mais do que um instrumento de registo e os cuidados têm uma dimensão mais ampla do que o que é passível de ser registado, pois representam "caminhar com a pessoa". Desta feita, os enfermeiros, ao fomentarem as boas práticas de cuidados na consulta da diabetes, estão a intervir com enfoque na capacitação das crianças/jovens para gerir o seu próprio processo de saúde-doença, baseando-se na evidência científica das boas práticas de cuidados, objetivando a satisfação dos utentes e a sua qualidade de vida.

De acordo com Sousa, Peixoto e Martins (2008) a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde tem sido referida como um dos fatores que poderão influenciar a adesão terapêutica., sobretudo quando se trata de doentes com patologia crónica como é a diabetes *mellitus*. Os mesmos autores referem que o conceito de adesão se associa à extensão no

qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2005, p. 81), adesão é definida como “volição com as características específicas: ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, apresenta sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)”.

A *World Health Organization* (2003) refere quatro grandes grupos de variáveis relacionadas com a adesão: i) características da doença e do tratamento; ii) fatores intrapessoais; iii) fatores interpessoais; iv) fatores ambientais. Estão, assim, implícitos, como variáveis que interferem na adesão: a duração da doença, as características da personalidade, a autoestima, a autoeficácia, o sexo, a idade, a qualidade da relação entre o profissional de saúde e o utente, o suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros. Para além desta multiplicidade de fatores existe evidência que estes não atuam de forma isolada, mas agrupam-se de diferentes formas o que vai despoletar diferentes níveis de adesão e, conseqüentemente, diferentes graus de satisfação em relação aos cuidados prestados na consulta de vigilância.

Contrariando a ideia que a não adesão é da exclusiva responsabilidade dos utentes, alguns autores alertam para a importância de certas características dos profissionais de saúde que podem ser facilitadoras ou não de comportamentos de procura de saúde da pessoa (Trindade & Teixeira, 2000; Bennett, 2002). A interação que se estabelece entre ambos, profissional de saúde/utente, pode afetar significativamente os comportamentos de autocuidado. Assim, uma interação centrada na pessoa e que promove uma relação positiva, demonstrando-se interesse e consideração parece aumentar a adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, aumenta o grau de satisfação dos doentes face aos cuidados prestados.

Neste âmbito, Sousa, Peixoto e Martins (2008) ressaltam que os enfermeiros, na consulta da diabetes, têm um papel fundamental junto dos utentes, pois, embora a pessoa seja responsável pela sua saúde e conseqüentemente pela necessidade de seguir o tratamento implícito à sua condição, o regime que deve seguir pode apresentar-se-lhe

complexo, sobretudo quando se trata de crianças e jovens com diabetes, pois este regime, na maior parte das vezes, senão todas, vai exigir mudanças no seu autocuidado diário.

Para Haynes e colaboradores (1979) e Ley (1988), referenciados por Sousa, Peixoto e Martins (2008), indicam que os níveis de satisfação dos doentes se relacionam com vários componentes da consulta da diabetes, sobretudo com os aspetos afetivos (apoio emocional, compreensão), aspetos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspetos ligados à competência do próprio profissional de saúde.

Sendo a diabetes considerada uma doença silenciosa, na medida em que a persistência de um nível elevado de glicose nos tecidos e sua consequente lesão pode prologar-se por um período assintomático arrastado, culminando na manifestação de complicações irreversíveis ou até fatais, a mesma assume-se como um problema coletivo que diz respeito a toda a humanidade, como pessoas na auto-responsabilização da própria saúde; como famílias pelo seu papel na educação e influência para com os “seus”; como profissionais de saúde, pela prestação de serviços/cuidados eficazes e eficientes; como agentes em interdependência com o meio ambiente; como participantes e influentes no poder de decisão; como agentes de mudança, na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença, das complicações e, por fim, e ainda na reabilitação e reintegração social das pessoas com diabetes.

A complexidade, multiplicidade de prestadores de cuidados e importância da efetividade das respostas integradas à doença crónica justificam o desenvolvimento dos modelos de prestação de cuidados integrados na doença crónica. É estabelecida uma correlação positiva entre a perceção dos doentes com doença crónica sobre a sua satisfação face à qualidade do atendimento e a coordenação bem-sucedida dos vários intervenientes (profissionais de saúde) em todo o processo. As barreiras estruturais, organizacionais e operacionais são uma realidade constante que só podem ser ultrapassadas por uma coordenação bem preparada e apoiada na colheita de dados e decisão informatizada, protocolos e registos eletrónicos que apoiem a clinica baseada na evidência e reduzam o erro clínico (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen & Zentner, 2010)

No anterior Plano Nacional de Saúde Português (2004-2010) emergiu o paradigma da mudança centrada no cidadão, a importância da literacia em saúde na promoção do aumento das opções de escolhas informadas do cidadão, o envolvimento/empoderamento nas decisões individuais sobre a própria saúde, através de uma estratégia de gestão da doença, pela responsabilização individual na adoção de comportamentos mais saudáveis, a racionalização no uso dos serviços de saúde, contribuindo assim para ganhos em saúde e para a sustentabilidade do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2011)

O Plano Nacional de Saúde proposto para 2011-2016, perspetivando a continuidade do plano anterior, visa a missão de maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. Mantem-se a perspetiva de centralização do sistema na cidadania, no direito à livre associação de defesa dos interesses de saúde dos cidadãos, na municipalização da saúde, no aumento da literacia em saúde, na possibilidade de escolha entre as várias oportunidades para mais saúde, na coresponsabilização do cidadão quanto às suas escolhas, com especial enfoque nas famílias (Ministério da Saúde, 2011)

A evidência demonstra que a literacia em saúde pode efetivamente constituir uma estratégia conducente ao desenvolvimento de competências do utente no sentido de fazer escolhas informadas, reduzir riscos para a saúde e melhorar a qualidade de vida (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2013). Em conformidade com os mesmos autores, a literacia em saúde é decorrente de um processo contínuo baseado em experiências e perceções de saúde vivenciadas ao longo do tempo que determinam a conceção de saúde e doença que a pessoa constrói, o desenvolvimento de competências que permitem a procura de opções e oportunidades conducentes à tomada de decisão informada e partilhada, promotora do envolvimento nos processos terapêuticos.

Assim, os profissionais de saúde, para além de valorizarem significativamente uma abordagem de equipa multidisciplinar em contexto da consulta da diabetes, têm de considerar que os cuidados centrados no utente podem melhorar a adesão aos cuidados de saúde recomendados (McDowell, Inverarity, Gilmour & Grace, 2012). Segundo os mesmos autores, os cuidados centrados no utente vão para além da literacia em saúde e transcendem a tradicional abordagem de envolvimento do utente. “*Empowerment*” não é algo que acontece com os utentes, é algo que acontece quando os profissionais de saúde reconhecem, permitem e promovem no utente a capacidade crítica para pensar e tomar decisões informadas, autónomas e conscientes na autogestão da sua situação de diabetes; é contribuir para o seu processo de capacitação (McDowell et al., 2012). Aceitar este desafio, em termos de consulta da diabetes, implica uma mudança de paradigma, abandono das práticas enraizadas social e culturalmente na formação e nas vivências de relações de poder dos profissionais de saúde, abdicando desse “poder” e transferindo-o para a criança/jovem e sua família. Reconhecendo-os e tratando-os como pessoa com diabetes, é muito mais do que tratá-los como diabéticos (Brusse et al., 2010).

A satisfação dos utentes, para além de constituir um importante indicador sobre a qualidade dos cuidados prestados, está diretamente relacionada com a adesão terapêutica e esta com a potencial melhoria do estado de saúde. Os utentes mais satisfeitos são

aqueles que mais facilmente seguem as prescrições médicas e do enfermeiro, continuam com o profissional atual e apresentam um estado de saúde melhor (McDowell et al., 2012).

1. Metodologia

No presente capítulo faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pela conceptualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual de base insertos nos métodos. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos na recolha dos dados e éticos e a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados.

1.1. Métodos

Existe um número crescente de admissões no serviço de urgência de crianças e adolescentes que de um dia para o outro vêm as suas vidas viradas do “avesso” com o diagnóstico de uma doença que os vai acompanhar para o resto da vida. Nesta fase é imperativo o desempenho dos profissionais de enfermagem que tentem desmistificar ideias e ensinar/apoiar a criança/adolescente e família, no seu novo percurso.

A diabetes mellitus tipo 1 é a perturbação do metabolismo mais comum na idade pediátrica, sendo uma doença crónica que atinge cada vez mais crianças e adolescentes em todo o mundo. A melhoria do nível de vida tem-se revelado diretamente proporcional ao aumento de percentagem de crianças com diabetes *mellitus* tipo 1 (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A diabetes, até à data, é uma doença incurável, sendo necessário investir no diagnóstico precoce, no seu tratamento, na educação e vigilância ao longo dos anos, para que o seu portador obtenha uma melhor qualidade de vida.

Para que se possa contribuir para melhorar a qualidade de vida, é importante, na consulta de enfermagem da diabetes, capacitar a criança/jovem/família a lidar com a sua doença e orientá-la para coordenar aspetos como a alimentação, o exercício físico, o stresse e a medicação (Chaves et al., 2012). O objetivo da consulta é que a criança/jovem tenha um bom controlo metabólico, com um crescimento e desenvolvimento psicológico e social normais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

É neste contexto que surge naturalmente este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões: i) Qual o nível de satisfação da criança/adolescente com a consulta de diabetes? ii) Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e de contexto clínico das crianças/jovens e a satisfação com a consulta de diabetes?

Tendo em conta as questões de investigação supracitadas, foram delineados os seguintes objetivos: i) Avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes; ii) Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação das crianças/jovens com a consulta da diabetes; iii) Analisar a relação entre as variáveis de contexto clínico e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes.

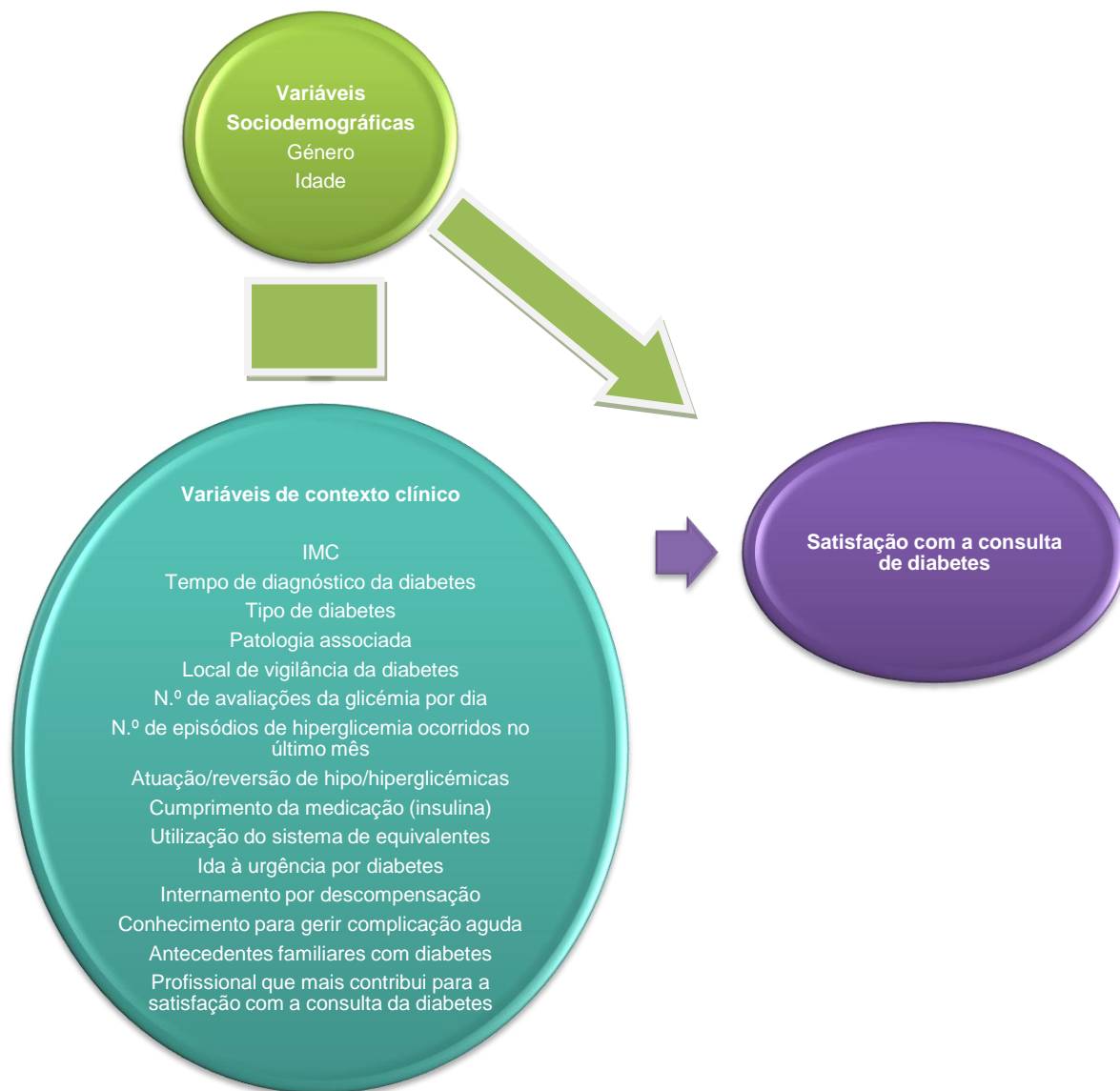
Para a concretização dos objetivos delineados, optou-se por um “survey” quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, uma vez que segue regras que possibilitam aceder de forma científica ao que os inquiridos opinam. De um modo geral, o estudo “survey” “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2011, p. 277).

Quanto ao “survey” **descritivo**, procura-se descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, na medida em que se estuda a distribuição do traço (variável - satisfação) numa amostra de crianças /jovens com diabetes *mellitus* que recorrem à consulta de diabetes de várias Unidades de Saúde (Coutinho, 2011).

Assume-se como um “survey” **transversal**, porquanto os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra de crianças /jovens com diabetes *mellitus* que recorrem à consulta de diabetes, seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se, o esquema conceptual (c. Figura 1) que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



1.2. Participantes

A amostra é constituída por crianças/jovens com diabetes que frequentam a consulta de diabetes do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real, da Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade de Bragança, do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro, Centro Hospitalar Tondela-Viseu Unidade de Viseu, do Centro Hospitalar Cova da Beira e da ULS da Guarda- Hospital Sousa Martins, entre os meses maio, junho, julho e agosto de 2014 e fevereiro, março, abril e maio de 2015,

Participaram neste estudo 135 crianças/jovens que responderam aos questionários no período acima referido tendo-se optado por uma amostra não probabilística intencional por conveniência.

Na escolha da amostra atendeu-se aos seguintes critérios de inclusão:

- crianças/jovens com idade entre os 8 anos e 18 anos, inclusive;
- crianças/jovens acompanhados na consulta de diabetes nos locais de estudo;
- crianças/jovens em regime de ambulatório (não internados);
- crianças/jovens com autorização dos pais/ pessoa responsável.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

Os resultados obtidos em relação à idade das crianças/jovens revelam, para a globalidade da amostra e para cada um dos sexos, uma idade mínima de 8 anos e uma máxima de 18 anos, ao que corresponde uma idade média de 13.45 anos (± 2.83 anos). Para o sexo masculino, que representa 54.1% da totalidade da amostra, a média de idade era de 13.56 anos (± 3.00), sendo estes mais velhos que as raparigas ($M=13.32$ anos ± 2.641 anos), com significância estatística. As medidas de simetria e curtose apresentam valores indiciadores de uma distribuição normal e os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos das crianças/jovens

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	73	8	18	13.56	3.009	21.19	-1.01	-1.90
Feminino	62	8	18	13.32	2.641	19.82	-0.73	-1.13
Total	135	8	18	13.45	2.838	21.10	-1.16	-2.18

Os resultados relativos à idade das crianças/jovens em função do sexo indicam que os participantes mais novos (≤ 12 anos) estão em maioria (36.3%), dos quais 38.7% são raparigas e 34.2% são rapazes. Segue-se o grupo de crianças/jovens com idade

compreendida ente os 13-14 anos (33.3%), onde prevalecem as raparigas, com uma representatividade de 35.5%. O grupo com menor representatividade equivale aos participantes com idade igual ou superior aos 15 anos (30.4%), onde a maioria (34.2%) são rapazes.

Tabela 2 – Idade das crianças/jovens em função do sexo

Idade	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2				
≤12 anos	25	34.2	24	38.7	49	36.3	-5	.5	1.129	0.569		
13-14 anos	23	31.5	22	35.5	45	33.3	-5	.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						

1.3. Instrumentos

Optou-se por um instrumento de recolha de dados, que melhor se adaptasse com o tipo de amostra que se pretendia estudar., de acordo com as questões de investigação e objetivos do estudo. O instrumento de recolha de dados é constituído por quatro partes (cf. Anexo 1). 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).

I Parte - Caracterização Sociodemográfica

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, esta secção do questionário engloba cinco questões. Pretende-se recolher informações sobre a idade, sexo, com quem o adolescente vive, local de residência e ano de escolaridade.

II Parte - Caracterização clínica

A informação clínica refere-se a dados sobre a diabetes como a longevidade da diabetes, o tipo de diabetes, responsável pelo controlo da diabetes, o número de internamentos hospitalares, preparação para gerir intercorrências.

III Parte - Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica

O Questionário da Qualidade de Vida Pediátrica, PedsQL™ 4.0 (8-12 anos e 13-18 anos), versão 4.0, versão portuguesa de Lima, Guerra e Lemos (2009), contém os seguintes domínios: funcionamento físico, funcionamento emocional, funcionamento social, funcionamento escolar, que estão agrupados na dimensão de saúde física e saúde psicossocial e resultado total (que representam a qualidade de vida geral).

IV Parte – Escala de Satisfação dos utentes com a consulta de enfermagem na diabetes

A Escala original de Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem de diabetes foi construída e validada para a população adulta por Chaves et al. (2012) e é constituída por 23 itens. A escala utilizada na atual investigação foi adaptada à população pediátrica e é constituída por 27 itens com alternativas de resposta tipo Likert, parametrizada de 1 a 5, sendo que 1 correspondente a “nunca” nível mais baixo de satisfação e cinco ao nível mais elevado de satisfação. O resultado global obtém-se calculando a soma de todas as respostas da escala. Um resultado mais elevado aponta para uma maior satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes e vice-versa. Esta escala permite identificar algumas atitudes e orientações realizadas pelo enfermeiro durante a consulta, o modo como a criança/jovem as percebe e a importância que lhes atribui.

1.5. Procedimentos

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real, da Unidade Local de Saúde do Nordeste - Unidade de Bragança e ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Unidade de Aveiro, Centro Hospitalar Tondela-Viseu Unidade de Viseu, do Centro Hospitalar Cova da Beira e da ULS da Guarda- Hospital Sousa Martins, para formalizar a autorização para aplicação dos questionários (cf. Anexo III).

Os questionários foram entregues nos referidos locais de estudo onde, mediante explicação prévia do estudo, foi solicitada a colaboração das Enfermeiras responsáveis pela consulta da diabetes. A recolha dos questionários foi realizada pela investigadora que, ao longo do processo, esteve disponível para esclarecimentos. A colheita de dados decorreu entre os meses de maio, junho, julho e agosto de 2014 e fevereiro, março, abril e maio de 2015.

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 de iniciar o preenchimento do instrumento 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.

1.6. Análise de dados

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, objetivando eliminar os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, seguindo-se o processamento da sua codificação e respetiva tabulação, para que se pudesse preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. No que respeita à primeira, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias; medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão; medidas de forma como assimetria e achatamento e medidas de associação como coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permite determinar dados de uma variável quantitativa devendo os resultados obtidos ser interpretados de acordo com os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de **correlação linear de Pearson** consiste numa medida de associação usada para o estudo de variáveis quantitativas. A comparação do coeficiente deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2), que indica a percentagem de variação de uma variável que é 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
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

No que respeita à estatística inferencial, usou-se a estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, designadamente a homogeneidade de variâncias e de os grupos, não se verificaram (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Assim, recorreu-se aos seguintes testes:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA) ou teste de Kruskal-Wallis** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014);

- **Teste de qui quadrado (X^2)** - para o estudo de relações entre variáveis Catoriais. Aplica-se a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem localizar-se as células onde se verificam as diferenças através dos resíduos ajustados estandardizados que se situam fora do intervalo -1.96 e 1.96, (Pestana & Gageiro, 2014). A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Na análise estatística utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0 para Windows.

Após a descrição das considerações metodológicas, procede-se, no capítulo seguinte, à apresentação e análise dos resultados.

2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

2.1. Análise descritiva

2.1.1. Variáveis clínicas

IMC

Os resultados obtidos em relação ao IMC das crianças/ adolescentes revelam, para a globalidade da amostra, um IMC mínimo de 14.22 e um máximo de 35.46, com um IMC médio de 21.22 (± 3.732 IMC). Para o sexo masculino, o IMC mínimo é 14.22 e o máximo de 35.46, e para o sexo feminino, o mesmo oscila entre 14.95 e os 28.64.

Os rapazes, em média ($M=21.59 \pm 4.22$), apresentam um IMC mais elevado que as raparigas ($M=20.79 \pm 3.03$), mas o teste t não assume igualdade de variâncias ($f = 5.196$; $p = 0.024$) não revela significância estatística ($t = 1.251$; $p = 0.201$).

Quanto aos valores de curtose e assimetria observamos que para a globalidade da amostra tende para curva letocurtica e normal para rapazes e raparigas e pela assimetria denotamos curvas enviesadas à esquerda para o sexo masculino e totalidade dos participantes. Os coeficientes de variação mostram dispersão moderada em torno do valor médio, exceto para as meninas, onde ele é baixo (14.57%).

Tabela 3 - Estatísticas relativas ao IMC segundo o sexo das crianças/jovens

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	73	14.22	35.46	21.59	4.223	19.55	3.40	1.88
Feminino	62	14.95	28.64	20.79	3.031	14.57	1.05	-0.11
Total	135	14.22	35.46	21.22	3.732	17.58	4.37	3.34

Obtida a classificação do estudo nutricional com base na tabela de percentis adotada pela DGS a Tabela 4, revela que, no grupo de participantes com peso normal, que no global representam 68,9% da totalidade da amostra. Sobressaem as raparigas, com uma percentagem de 69,4%. Igualmente no grupo classificado com pré-obesidade (20,0%) denotam-se um maior percentual entre as raparigas com 21,0%, enquanto na obesidade (11,1%) sobressaem os rapazes (12,3%). As diferenças entre grupos não se revelam estatisticamente significativa ($X^2 = 0.269$; $p = 0.874$).

Tabela 4 - Estatísticas relativas ao Percentil - IMC segundo o sexo das crianças/jovens

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X^2	p
	Nº (73)	% (54.1)	Nº (62)	% (45.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2		
Peso normal	50	68,5	43	69,4	93	68,9	-.1	-.1	0.269	0.874
Pré-obesidade	14	19,2	13	21,0	27	20,0	-.3	.3		
Obesidade	9	12,3	6	9,7	15	11,1	.5	-.5		
Total	73	100.0	62	100.0	135	100.0				

Tempo de diabetes

Os resultados obtidos em relação ao tempo de diabetes revelam, para a globalidade da amostra, um tempo mínimo de 1 ano e um máximo de 1.56 anos, com uma média de 49.81 meses (± 45.19 meses). Para o sexo masculino, regista-se um mínimo de 2 anos e o máximo de 1.80, e para o sexo feminino, o mesmo oscila entre 1 ano de tempo de diabetes e os 1.56. Os rapazes, em média ($M = 47.19 \pm 45.175$), apresentam um tempo de diabetes menor do que o das raparigas ($M = 52.89 \pm 45.389$).

Quanto aos valores de curtose e assimetria observamos que, para a globalidade da amostra, tende para curvas normais e, pela assimetria, denotamos curvas enviesadas à esquerda. Os coeficientes de variação tendem para dispersão elevada em torno do valor médio.

Tabela 5 - Estatísticas relativas ao tempo de diabetes das crianças/jovens

Sexo	IMC	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino		73	2	180	47.19	45.175	95.73	4.61	1.88
Feminino		62	1	156	52.89	45.389	85.81	3.14	-0.21
Total		135	1	180	49.81	45.194	90.73	5.35	0.96

Tempo de diagnóstico

Na tabela 6 encontram-se os resultados referentes ao tempo de diagnóstico da diabetes em função do sexo, sobressaindo as crianças/jovens com diabetes entre os 19-16 meses (36.3%), onde se destacam as raparigas (37.1%), seguindo-se os que possuem diabetes há menos tempo (33.3%), particularmente os rapazes (35.6%).

Tipo diabetes

Em relação ao tipo de diabetes, como se verifica na Tabela 6, a prevalência é a de tipo 1 (99.3%), para ambos os sexos com percentual de 98.6% para o sexo masculino e a totalidade para o feminino.

Patologias associadas

Reportando-se os resultados da Tabela 6 à presença de patologias associadas, pode dizer-se que a maioria das crianças/jovens (87.4%), não possui quaisquer patologias associadas, quer os rapazes (87.7%), quer as raparigas (87.1%).

Local de vigilância

Fazendo-se a leitura dos resultados apurados em relação ao local de vigilância da diabetes, como apresentado na Tabela 6, infere-se que a maioria das crianças/jovens vigiam a sua diabetes num hospital local (55.6%), donde fazem parte 58.9% dos rapazes e 51.6% das raparigas, seguindo-se os que fazem a vigilância num o hospital central (43.7%), com destaque para as raparigas (48.5%).

Frequência das consultas

Procurou-se saber com que frequência as crianças/jovens vão à consulta da diabetes, constatando-se que quase a totalidade da amostra (97.7%) frequentam a consulta

da diabetes de 3 em 3 meses, sendo esta uma situação semelhante a 97.1% dos rapazes e a 98.4% das raparigas (cf. Tabela 6).

Número de avaliações da glicémia por dia

Quanto ao número de avaliações da glicémia por dia, afere-se que quase a totalidade da amostra (91.1%) avalia a glicémia ≥ 7 vezes por dia (rapazes 90.4% vs. raparigas 91.9%), enquanto 8.1% faz a avaliação da glicémia entre 5-6 vezes (cf. Tabela 6).

Reconhecimento dos sinais e sintomas da hipo/hiperglicemia

Procurou-se saber se as crianças/jovens sabem reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicémia, tendo-se verificado que (97.8%) admite reconhecê-los (rapazes 100.0% vs. raparigas 95.2%). Apenas uma reduzida percentagem de crianças/jovens não reconhecem os sinais e sintomas da hipoglicémia (2.2%) (cf. Tabela 6).

Em relação ao reconhecimento dos sinais e sintomas da hiperglicemia, verifica-se que a grande maioria das crianças/jovens (88.1%) admite reconhecê-los (rapazes 86.3% vs. raparigas 90.3%), enquanto 11.9% não reconhece os sinais e sintomas da hiperglicemia, sobretudo 13.7% dos rapazes (cf. Tabela 6).

Número de episódios de hipo/hiperglicemia ocorridos no último mês

Na Tabela 6 encontram-se os resultados referentes ao número de episódios de hipoglicemia ocorridos no último mês, de onde se extrai que 41.5% dos casos de crianças/jovens referem ter tido entre 1-3 episódios de hipoglicemia, dos quais 41.1% são rapazes e 41.9% raparigas. É também expressivo o percentual encontrado para os casos em que ocorreram 4-9 episódios de hipoglicemia no último mês (rapazes 30.1% vs. raparigas 40.3%), enquanto 13.3% da amostra admite não ter tido nenhum episódio de hipoglicemia no último mês, contrariamente a 10.4% que tiveram \Rightarrow 10 episódios.

Já em relação ao número de episódios de hiperglicemia ocorridos no último mês, pode dizer-se que 35.6% das crianças/jovens admitem ter tido \Rightarrow 10 episódios, fazendo parte deste grupo 28.8% dos rapazes e 43.5% das raparigas, secundados pelos 30.4% com 4-9 episódios por mês, uma situação encontrada em 34.2% das raparigas e 25.8% dos rapazes. Verifica-se também que 20.7% das crianças/jovens referem que tiveram entre 1-3 episódios de hiperglicemia no último mês, sendo esta uma situação mais evidente para 22.6% das raparigas.

Atuação/reversão de hipo/hiperglicémicas

Procurou-se saber se as crianças/jovens conseguem atuar/reverter sozinhos episódios de hipo/hiperglicemia, tendo-se verificado que a grande maioria admite que sim (83.0%), sendo esta uma situação com maior visibilidade nos rapazes (86.3%) do que nas raparigas (79.0%). Apenas 17.0% do total da amostra admitem não conseguir atuar/reverter sozinhos tais episódios (cf. Tabela 6).

Cumprimento da medicação

Os resultados apresentados na Tabela 6 revelam que quase a totalidade da amostra (94.8%) admite que cumpre sempre a medicação (insulina), enquanto 5.2% das crianças/jovens diz que não cumpre a medicação.

Utilização de sistemas equivalentes

Quanto ao facto de as crianças/jovens utilizarem o sistema de equivalentes, constata-se que quase a totalidade da amostra (85.9%) admite que o utiliza (rapazes 83.6% vs. raparigas 88.7%), enquanto 14.1% não recorrem à sua utilização, onde sobressaem os rapazes (16.4%). (cf. Tabela 6)

Ida às urgências por diabetes

A análise dos dados apresentados na Tabela 6 indica que a maioria da amostra (91.1%) não teve de ir às urgências por diabetes no último ano (rapazes 95.9% vs. raparigas 85.5%), enquanto 8.9% admitiram recorrer ao serviço de urgência por diabetes, onde surgem as raparigas com mais representatividade (14.5%).

Internamento por descompensação

Na Tabela 6 encontram-se também os resultados do internamento por descompensação, donde se infere que a maioria das crianças/jovens (63.0%) não tiveram a necessidade de ser internados por descompensação da diabetes (rapazes 67.1% vs. raparigas 58.1%), mas das 37.0% que foram internados, a maior prevalência recai nas raparigas (41.9%).

Gestão de diabetes

A Tabela 7 reporta-se à gestão da diabetes. Instados a pronunciarem-se sobre a gestão da diabetes, apenas 20.7% da totalidade dos inquiridos afirmam que não a fazem, com percentuais similares em ambos os sexos.

Presença e tipo de diabetes em familiares

Quanto à presença e tipo de diabetes em familiares, afere-se que a maior percentagem (451.5%) não tem história familiar de diabetes e dos que possuem o tipo de diabetes mais frequente é a diabetes tipo 2, com 34.8%.

Tabela 7 - Gestão da diabetes e tipo de diabetes em familiares

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (73)	% (54.1)	Nº (62)	% (45.9)	Nº (135)	% (100.0)
Gestão diabetes							
Não		15	20.5	13	21.0	28	20.7
Sim		58	79.5	49	79.0	107	79.3
Tipo diabetes nos familiares							
Não diabéticos		31	42.5	25	40.3	56	41.5
Diabetes tipo 2		23	31.5	24	38.7	47	34.8
Diabetes tio 1		12	16.4	7	11.3	19	14.1
Ambos		7	9.6	6	9.7	13	9.6

Esclarecimentos sobre a doença

De entre os técnicos de saúde a quem mais recorrem para esclarecimentos ou dúvidas sobre a doença, destacam-se os médicos com 80.7%, seguidos pelos enfermeiros (63.7%) e em último lugar o psicólogo com 12.6%. Por sexo o médico é o técnico de saúde preferido pelos rapazes e o nutricionista pelas raparigas.

Tabela 8 - pedido de esclarecimentos sobre diabetes

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (73)	% (54.1)	Nº (62)	% (45.9)	Nº (135)	% (100.0)
Enfermeiro		46	53.5	40	46.5	86	63.7
Médico		59	54.1	50	45.9	109	80.7
Nutricionista		10	45.5	12	54.5	22	16.2
Psicólogo		9	52.9	8	47.1	17	12.6

2.1.2. Variáveis clínicas e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

As estatísticas relacionadas com a satisfação com a consulta de diabetes revelam para a totalidade dos inquiridos um índice mínimo de 48.0% e um máximo de 100.0% e média de (87.4% \pm 11.9% dp). Analisando os resultados relativamente a cada uma das subescalas, apuramos que os índices de maior satisfação se registam nas orientações com um percentual médio de 93.55% (\pm 9.47% dp) e a menor satisfação é registada na relação/comunicação com um índice médio de 79.55% (\pm 19.17% dp). Os valores de assimetria e curtose revelam curvas leptocurticas exceto para a relação/comunicação e satisfação global que apresentam distribuição normal mas todas as subescalas tendem para enviesamento à direita. Acresce referir que a maior amplitude (80.0%) é observada na relação/comunicação e a menor nas orientações (cf. Tabela 9).

Com os resultados das estatísticas apresentadas, damos resposta à primeira questão de investigação que procurava saber qual o nível de satisfação da criança/adolescente com a consulta de diabetes.

Tabela 9 – Estatísticas relativas à satisfação com a consulta de diabetes

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Avaliação inicial	37.50	100.0	91.06	11.56	12.69	-8.306	8.978	0.000
Orientações	50.0	100.0	93.56	9.47	10.12	-8.870	9.777	0.000
Relação/comunicação	20.0	100.0	79.55	19.17	24.09	-5.071	1.772	0.000
Satisfação total	48.08	100.0	87.40	11.99	13.71	-5.282	1.714	0.000

Estabelecemos para a satisfação global grupos de corte com base nos percentis 25 e 75 por forma a poder determinar o grau de satisfação das crianças/jovens da amostra. Nesse sentido, foi possível obter três grupos que designamos como pouco satisfeitos, todos os que apresentaram valor inferior ou igual ao percentil 25, muito satisfeito os de valor superior ou igual ao percentil 75 e satisfeitos o grupo intermédio. Apuramos que a maior percentagem (45.2%) se encontravam satisfeitos, e percentuais similares (28.9% vs. 25.9%) foram encontrados para os pouco satisfeitos e muitos satisfeitos.

Pela leitura da Tabela 10, que relaciona o IMC e a satisfação das crianças/jovens, registamos que dos 68.9% com peso normal 7 em cada 10 crianças/jovens estão satisfeitas com a consulta de diabetes. As crianças/jovens pré-obesas tendem a ser as menos satisfeitas (25.6%) e nas com obesidade o percentual mais elevado recai para os

muito satisfeitos (14.3%). Entre os grupos as diferenças não são estatisticamente significativas como é observável pelos resíduos ajustados.

Tabela 10 – IMC e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
IMC											
Peso normal	26	66.7	45	73.8	22	62.9	93	68.9	-.4	1.1	-.9
Pré-obesidade	10	25.6	9	14.8	8	22.9	27	20.0	1.0	-1.4	.5
Obesidade	3	7.7	7	11.5	5	14.3	15	11.1	-.8	.1	.7

Na Tabela 11 apresentamos os resultados relacionados com as patologias associadas e local de vigilância da diabetes. Denotamos que as crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes, na sua maioria, não têm patologias associadas (89.7%) e fazem a vigilância da diabetes num hospital central (61.5%). Nos satisfeitos, a percentagem dos que não possuem patologia associada é de 88.5% e o local de vigilância ocorre no hospital local. Quanto aos muito satisfeitos, afere-se que 82.9% não têm patologias associadas e, na sua maioria (60.0%), também vigiam a diabetes num hospital local. Pelos resíduos ajustados registamos significância estatística relacionada com o local de vigilância situada entre as crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes e que vigiam a diabetes num hospital central.

Tabela 11 – Patologias e local de vigilância e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Variáveis	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Resíduos ajustados		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Patologias associadas											
Não	35	89.7	54	88.5	29	82.9	118	87.4	.5	.4	-.9
Sim	4	10.3	7	11.5	6	17.1	17	12.6	-.5	-.4	.9
Local vigilância											
Centro de Saúde	-	0.0	1	1.6	-	0.0	1	0.7	Não aplicável		
Hospital local	15	38.5	39	63.9	21	60.0	75	55.6	-2.5	1.8	.6
Hospital Central	24	61.5	21	34.4	14	40.0	59	43.7	2.7	-2.0	-.5

Número de avaliações de glicémia

Analisamos na Tabela 12 a relação entre o número de avaliações da glicémia diárias e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes. Os percentuais mais elevados são encontrados nos pouco satisfeitos (94.9%), satisfeitos (90.2%) e muito

satisfeitos (88.6%) entre as crianças que fazem, em média, 7 ou mais avaliações da glicemia diariamente.

Tabela 12 – Número de avaliações feitas por dia à glicemia e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
até 4 vezes	1	2.6	-	-	-	-	1	0.7			Não aplicável
5-6 vezes	1	2.6	6	9.8	4	11.4	11	8.1	-1.5	.7	.8
>= 7 vezes	37	94.9	55	90.2	31	88.6	123	91.1	1.0	-.4	-.6
Total	39	100.0	61	100.0	35	100.0	135	100.0			

Reconhecimentos dos sinais e sintomas da hipo e hiperglicemias

Os resultados apresentados na Tabela 13 indicam que na sua quase totalidade as crianças/jovens inquiridas reconhecem os sinais e sintomas da hipo e hiperglicemia da diabetes quer estejam pouco ou muito satisfeitas com a consulta. Acresce porém que os sinais e sintomas de hipoglicemia são mais facilmente reconhecidos. As diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 13 – Reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Sinais e sintomas											
Hipoglicemia											
Não	1	2.6	2	3.3	-	-	3	2.2			Não aplicável
Sim	38	97.4	59	96.7	35	100.0	132	97.8			
Hiperglicemia											
Não	4	10.3	8	13.1	4	11.4	16	11.9	-.4	.4	-.1
Sim	35	89.7	53	86.9	31	88.6	119	88.1	.4	-.4	.1

Número de episódios de hipo e hiperglicemias ocorridos no último mês

Estudamos a relação entre a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes com o número de episódios de hipo e hiperglicemias ocorridos no último mês. Os resultados da Tabela 14 evidenciam que nas crianças/jovens pouco satisfeitas as hipoglicemias ocorreram em igual percentagem (33.3%) entre uma a três e quatro a nove episódios. As hiperglicemias em 46.2% de inquiridos deste grupo situaram-se acima de 10 ou mais episódios. Nos satisfeitos 39.3% e 34.4% tiveram 4 a 9 episódios de hipoglicemia e hiperglicemia respetivamente. Quanto aos muito satisfeitos as maiores percentagens

(65.7%) e 31.4% recaem nos que tiveram 1 a 3 episódios de hipo e hiperglicémias. Entre os grupos não foram encontradas significâncias estatísticas.

Tabela 14 – Número de episódios de hipo e hiperglicémia ocorridos no último mês e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Hipoglicémia											
0 episódios	6	15.4	11	18.0	1	2.9	18	13.3	.4	1.5	-2.1
1-3 episódios	13	33.3	20	32.8	23	65.7	56	41.5	-1.2	-1.9	3.4
4-9 episódios	13	33.3	24	39.3	10	28.6	47	34.8	-.2	1.0	-.9
>= 10 episódios	7	17.9	6	9.8	1	2.9	14	10.4	1.8	-.2	-1.7
Hiperglicémia											
0 episódios	3	7.7	9	14.8	6	17.1	18	13.3	-1.2	.4	.8
1-3 episódios	6	15.4	11	18.0	11	31.4	28	20.7	-1.0	-.7	1.8
4-9 episódios	12	30.8	21	34.4	8	22.9	41	30.4	.1	.9	-1.1
>= 10 episódios	18	46.2	20	32.8	10	28.6	48	35.6	1.6	-.6	-1.0

Na sequência do acima exposto também quisemos saber se a satisfação das crianças jovens está relacionada com o facto de conseguirem ou não atuar/ reverter a situação de hipo ou hiperglicemia. A análise dos resultados apresentados na Tabela 15 indica que no grupo de crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes 76.9% admitem conseguir sozinhos. São também os satisfeitos e muito satisfeitos que na sua maioria, conseguem atuar/reverter a situação e hipo (83.6%) e hiperglicemia (88.6%).

Tabela 15 - Habitualmente consegue atuar/reverter a situação sozinho e a satisfação face à consulta da diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Consegue atuar/reverter a situação sozinho											
Não	9	23.1	10	16.4	4	11.4	23	17.0	1.2	-.2	-1.0
Sim	30	76.9	51	83.6	31	88.6	112	83.0	-1.2	.2	1.0
Total	39	100.0	61	100.0	35	100.0	135	100.0			

Quanto ao facto do cumprimento da medicação (insulina) poder influenciar a satisfação das criança/jovens em relação à consulta da diabetes, como se pode observar pelos resultados apresentados na Tabela 16, 94.8% admite cumprir sempre a medicação (insulina). Neste grupo, encontramos porém cerca de 95% que se manifesta pouco satisfeito mas 93.4% e 97.1% estão satisfeitos e muito satisfeitos respetivamente.

Tabela 16 – Cumprimento da medicação (insulina) e a satisfação face à consulta da diabetes

Satisfação Cumprir sempre a medicação (insulina)	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)
Não	2	5.1	4	6.6	1	2.9	7	5.2
Sim	37	94.9	57	93.4	34	97.1	128	94.8
Total	39	100.0	61	100.0	35	100.0	135	100.0

Ainda relacionada com a medicação (insulina) procuramos relacionar a utilização do sistema de equivalentes com a satisfação face à consulta de diabetes. Dos resultados apurados inferimos que entre as crianças/jovens que admitem utilizar o sistema de equivalentes na gestão da sua diabetes 82.1% estão pouco satisfeitos com a consulta da diabetes, 86.9% revelam-se satisfeitos e 88.6% muito satisfeitos (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Na gestão da diabetes, utiliza o sistema de equivalentes e a satisfação face à consulta da diabetes

Satisfação Na gestão da diabetes, utiliza o sistema de equivalentes	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Não	7	17.9	8	13.1	4	11.4	19	14.1	.8	-.3	-.5
Sim	32	82.1	53	86.9	31	88.6	116	85.9	-.8	.3	.5
Total	39	100.0	61	100.0	35	100.0	135	100.0			

Gestão de intercorrências da diabetes

A Tabela 18 procura evidências da relação da gestão das intercorrências com a satisfação das crianças /jovens com a consulta de diabetes: Aferimos pelos resultados apresentados que dos inquiridos pouco satisfeitos cerca de 9 em cada 10 não teve intercorrências, mas 48.7% já foram internados. A gestão da diabetes é efetuada por 74.4% dos inquiridos e a totalidade dos mesmos apesar de pouco satisfeitos têm uma opinião satisfatória acerca da diabetes.

Quanto às crianças/jovens satisfeitos, 93.4% não tiveram intercorrências e 73.8% não foram internados anteriormente. Deste grupo 80.3% sente-se preparado para a gestão da sua diabetes e 91.8% têm uma opinião satisfatória acerca da diabetes.

No que respeita ao grupo de crianças/jovens muito satisfeitos aferimos que 88.6% não tiveram intercorrências, 42.9% tiveram experiência de internamentos anteriores, a gestão da diabetes é efetuada por 82.9% e 97.1% tem opinião satisfatória acerca da diabetes.

Tabela 18 – Gestão de intercorrências

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Diabetes											
Intercorrências											
Não	35	89.7	57	93.4	31	88.6	123	91.1	-0.4	0.9	-0.6
Sim	4	10.3	4	6.6	4	11.4	12	8.9	0.4	-0.9	0.6
Intern. Anteriores											
Não	20	51.3	45	73.8	20	57.1	85	63.0	-1.8	2.4	-0.8
Sim	19	48.7	16	26.2	15	42.9	50	37.0	1.8	-2.4	0.8
Gestão da diabetes											
Não	10	25.6	12	19.7	6	17.1	28	20.7	0.9	-0.3	-0.6
Sim	29	74.4	49	80.3	29	82.9	107	79.3	-0.9	0.3	0.6
Opinião satisfação											
Não	-	0.0	5	8.2	1	2.9	6	4.4	Não aplicável		
Sim	39	100.0	56	91.8	34	97.1	129	95.6			

Profissionais que contribuem para a satisfação da criança/jovem com diabetes

A Tabela 19 dá-nos indicações sobre os profissionais que mais contribuem para a satisfação da criança/jovem acerca da diabetes. Observamos que em todos os grupos é o médico que maior valor percentual regista secundados pelos enfermeiros. Os nutricionistas surgem como o terceiro grupo profissional que mais influencia a satisfação das crianças/jovens.

Tabela 19 - Profissionais que mais contribuem para a satisfação

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Profissional											
Enfermeiro											
Sim	29	74.4	35	62.5	22	64.7	86	66.7	1.2	-0.9	-0.3
Não	10	25.6	21	37.5	12	35.3	43	33.3	-1.2	0.9	0.3
Médico											
Sim	32	82.1	49	87.5	28	82.4	109	84.5	-0.5	0.8	-0.4
Não	7	17.9	7	12.5	6	17.6	20	15.5	0.5	-0.8	0.4
Nutricionista											
Sim	7	17.9	12	21.4	3	8.8	22	17.1	0.2	1.2	-1.5
Não	32	82.1	44	78.6	31	91.2	107	82.9	-0.2	-1.2	1.5
Psicólogo											
Sim	6	15.4	10	17.9	1	2.9	17	13.2	0.5	1.4	-2.1
Não	33	84.6	46	82.1	33	97.1	112	86.8	-0.5	-1.4	2.1

Por fim averiguamos se a satisfação da criança/jovem sobre a diabetes estava relacionada com a história familiar da diabetes. Compulsando os resultados incertos na Tabela 20 aferimos que os maiores percentuais recaem nas crianças /jovens que não têm história de familiares com diabetes quer do tipo 1 ou do tipo 2.

Tabela 20 – História familiar com diabetes e satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes

Satisfação	Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total		Residuais		
	Nº (39)	% (28.9)	Nº (61)	% (45.2)	Nº (35)	% (25.9)	Nº (135)	% (100.0)	1	2	3
Tipo 1											
Não	29	74.4	54	88.5	20	57.1	103	76.3	-.3	3.0	-3.1
Sim	10	25.6	7	11.5	15	42.9	32	42.9	.3	-3.0	3.1
Tipo 2											
Não	22	56.4	33	54.1	20	57.1	75	55.6	.1	-.3	.2
Sim	17	43.6	28	45.9	15	42.9	60	44.4	-.1	.3	-.2

Como complemento ao estudo realizado apresenta-se o procedimento de análise multivariada, denominado de árvores de decisão, em que se utilizou o algoritmo CHAID “Chi-square Automatic Intraction Detector” (cf. Figura 2). É um método exploratório que permite estudar as relações entre uma variável de resposta (variável dependente) e um conjunto de variáveis explicativas (independentes) que podem interagir entre si.

Como **variável dependente** considerou-se a satisfação face à consulta da diabetes e como variáveis independente figuraram o local de vigilância, número de hipoglicemias e presença de familiares com diabetes.

Os resultados presentes na árvore de decisão mostram que existem dois níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação da satisfação das crianças/jovens face à consulta da diabetes. Como variável explicativa para a satisfação permaneceu o número de hipoglicemias no último mês, encontrando-se distribuída por dois nós terminais.

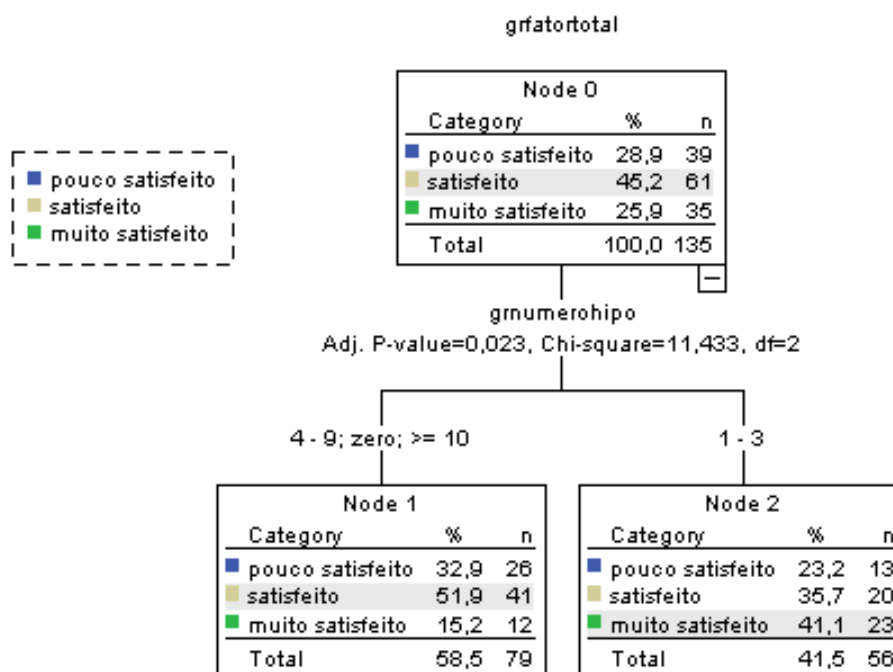
A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado “satisfeito” com a consulta da diabetes, e revela uma representatividade de 45.2% dos participantes.

No primeiro nível de profundidade da árvore encontra-se a ocorrência de episódios de hipoglicemia no último mês, indicando ser esta a variável que originou os nós terminais 1 e 2. Neste nível, o método CHAID tem a sombreado, para as crianças/jovens com ocorrência de 4-9 episódios de hipoglicemia, o grau de “satisfeito” em relação à consulta com uma probabilidade de 51.9%, com diferenças estaticamente significativas ($p=0.023$).

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê a satisfação dos participantes em relação à consulta da diabetes é a ocorrência de 1-3 episódios de hipoglicemia no último mês, com uma probabilidade de 41.1% de muita satisfação em relação à consulta.

Pelas classificações corretas e incorretas, registamos que os classificados como muito satisfeitos ascende a 65.0% e o risco estimado é de 52.6%.

Figura 2 - Arvore de decisão através o método CHAID



Com base nos resultados apresentados, demos assim resposta à primeira questão de investigação.

2.2. Análise inferencial

Apresentam-se, de seguida, os resultados apurados da análise inferencial, de modo a poder-se responder à segunda questão de investigação, que procurava saber:

Q2 - Qual a influência das variáveis clínicas das crianças/jovens na satisfação com a consulta de diabetes?

As crianças/jovens com peso normal apresentam valores médios mais elevados na satisfação com a dimensão orientações e os que têm obesidade revelam valores médios mais elevados na dimensão avaliação inicial (cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do IMC

Satisfação com a consulta de diabetes	IMC	Peso normal	Pré- obesidade	Obesidade	χ ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Avaliação inicial		66.73	63.28	84.40	3.472	0.176
Orientações		68.75	59.41	78.83	3.006	0.222
Relação/comunicação		67.66	67.00	71.93	0.179	0.914
Satisfação total		67.76	63.54	77.50	1.251	0.535

Ao analisar-se os resultados da Tabela 22, verifica-se que o grupo de participantes que possuem patologia associada sentem-se mais satisfeitos em todas as dimensões da satisfação que as crianças/jovens que não têm patologias associadas, mas o teste de UMW não evidencia significância estatística em qualquer uma das dimensões, infirmo-se deste modo a relação de dependência da satisfação com a consulta e estas variáveis.

Tabela 22 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função da presença de patologia associada

Satisfação com a consulta de diabetes	Patologia associadas		UMW	p
	Não OM	Sim OM		
Avaliação inicial	67.06	74.56	891.500	0.436
Orientações	67.72	69.91	970.500	0.813
Relação/comunicação	66.04	81.62	771.500	0.122
Satisfação total	66.53	78.18	830.000	0.249

Para o estudo da relação entre local da vigilância e satisfação da criança/jovem com a diabetes utilizamos o teste t de student para amostras independentes. Da análise dos resultados apresentados na Tabela 23, aferimos que os participantes cujo local de vigilância é um hospital central estão mais satisfeitos com a consulta de diabetes no que se reporta à avaliação inicial, orientações, relação/comunicação enfermeiro criança/jovem e satisfação global quando comparados com os fazem a vigilância da diabetes num hospital local, sendo significativa a diferença apenas para a satisfação global e marginal na dimensão orientações.

Tabela 23 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do local de vigilância

Local de vigilância Rendimento escolar	Hosp. Central		Hosp. local		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Avaliação inicial	92.75	9.64	88.87	13.48	0.007	1.863	0.065
Orientações	95.00	8.77	91.73	10.14	0.032	1.959	0.052
Relação/comunicação	82.13	18.88	76.35	19.40	0.601	1.738	0.084
Satisfação total	89.35	11.201	84.94	12.68	0.335	2.137	0.034

Reportando-se agora à relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do número de vezes que as crianças/jovens fazem vigilância da glicémia por dia, apuramos que os participantes que fazem a avaliação diária entre 5-6 vezes demonstram mais satisfação em todas as dimensões da escala da satisfação com a consulta da diabetes *mellitus*, com destaque para as orientações, onde se registaram significâncias estatísticas ($p=0.012$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do número de avaliação da glicémia por dia

Avaliação da glicémia por dia Satisfação com a consulta de diabetes	5-6 vezes	=>7 vezes	UMW	p
	OM	OM		
Avaliação inicial	82.00	66.20	517.000	0.174
Orientações	93.09	65.21	395.000	0.012
Relação/comunicação	85.09	65.93	483.000	0.114
Satisfação total	87.91	65.67	452.000	0.068

O teste de UMW permitiu estudar a relação entre reconhecimento de sinais e sintomas da hipo e hiperglicemia por parte da criança/jovem e satisfação de consulta. Registamos que os participantes que sabem reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia estão mais satisfeitos com a consulta da diabetes, exceto para as orientações cujo score mais elevado recai para os que desconhecem os sintomas, mas as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes reconhecimento dos sinais e sintomas de hipoglicemia

Reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	39.00	68.66	111.000	0.208
Orientações	71.33	67.92	188.000	0.894
Relação/comunicação	46.00	68.50	132.000	0.345
Satisfação total	48.17	68.45	138.500	0.392

Quanto ao conhecimento de sintomas de hiperglicémias tendo em conta os resultados obtidos e apresentados na Tabela 26, afere-se que os participantes que não sabem reconhecer os sinais e sintomas de hiperglicemia estão mais satisfeitos com a avaliação inicial efetuada na consulta de diabetes e com as orientações recebidas, enquanto as crianças/jovens que reconhecem esses sinais e sintomas demonstram mais satisfação com a relação/comunicação enfermeiro/crianças/jovens. *Grosso modo*, são os participantes que reconhecem os sinais e sintomas da hiperglicemia os mais satisfeitos na globalidade em relação à consulta de diabetes, mas sem evidências estatísticas entre eles.

Tabela 26 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de reconhecer os sinais e sintomas de hiperglicemia

Reconhecer os sinais e sintomas de hiperglicemia	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	69.97	67.74	920.500	0.821
Orientações	66.19	68.24	923.000	0.828
Relação/comunicação	55.84	69.63	757.500	0.182
Satisfação total	60.25	69.04	828.000	0.397

Fazendo alusão aos resultados obtidos entre a satisfação com a consulta de diabetes e o número de episódios de hipoglicemia tidos no último mês, os resultados incertos na Tabela 25 indiciam que as crianças/jovens menos satisfeitas são as que fizeram mais de 10 episódios e as mais satisfeitas entre 1 a 3 episódios exceto para a dimensão orientação que ocorreu os que não tiveram episódios. As diferenças são apenas significativas entre os grupos para a relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e satisfação global.

Quanto à satisfação com a consulta e o número de episódios de hiperglicemias encontramos maior níveis de “não satisfação” para os fizeram 10 ou mais episódios de hiperglicemia e uma maior dispersão de resultados, na relação das diferentes dimensões da escala com a satisfação, conforme resultados da Tabela 27, a avaliação inicial e as

orientações obtiveram índices mais elevados nas crianças/jovens sem nenhum episódio de hiperglicemia e a satisfação com a relação enfermeiro/criança/jovem e satisfação global com um a três episódios de hiperglicemia mas as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas

Tabela 27 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do número de episódios de hipoglicemia no último mês

Número de episódios de hipoglicemia no último mês	Nenhum episódio	1-3 episódios	4-9 episódios	=>10 episódios	X ²	P
	OM	OM	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes						
Hipoglicémias						
Avaliação inicial	66.28	72.79	70.53	42.54	7.774	0.051
Orientações	73.72	72.63	65.67	49.96	5.210	0.157
Relação/comunicação	55.56	77.99	68.98	40.75	12.488	0.006
Satisfação total	59.47	77.62	68.70	38.14	12.523	0.006
Hiperglicemias						
Avaliação inicial	75.00	72.93	66.88	63.46	1.888	0.596
Orientações	77.22	76.16	62.77	64.25	4.102	0.251
Relação/comunicação	74.81	79.43	66.02	60.47	4.893	0.180
Satisfação total	75.17	79.52	65.77	60.50	4.974	0.174

Os resultados que se apresentam na Tabela 28 referem-se à relação entre a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e o reconhecimento dos eventuais episódios de hiperglicemia quando estão sós. Apuramos que as crianças/jovens que conseguem atuar/reverter a situação são os mais satisfeitos em todas as dimensões da escala quando comparados com os que não conseguem atuar/reverter a situação sozinhos mas sem significância estatística entre grupos.

Tabela 28 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de conseguir atuar/reverter a situação sozinho

Reconhecimento dos sinais e sintomas de hiperglicemia	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	60.11	69.62	1106.500	0.263
Orientações	60.37	69.57	1112.500	0.259
Relação/comunicação	56.91	70.28	1033.000	0.133
Satisfação total	57.70	70.12	1051.000	0.164

Quando comparamos a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e o cumprimento da medicação os resultados apresentados na Tabela 29 indicam que as crianças/jovens mais satisfeitas com a consulta de diabetes são os que cumprem a medicação (insulina), contudo sem significado estatístico.

Tabela 29 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do cumprimento da medicação (insulina)

Cumprimento da medicação	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	66.29	68.09	436.000	0.900
Orientações	56.21	68.64	365.500	0.368
Relação/comunicação	59.07	68.49	385.500	0.532
Satisfação total	60.71	68.40	397.000	0.611

Analisando a relação entre a utilização de equivalentes e a satisfação da criança/jovem com a consulta da diabetes, aferimos que são as crianças/jovens que utilizam os equivalentes são as mais satisfeitas salvo no que respeita às orientações mas uma vez mais não se registam significâncias estatísticas (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função da utilização de equivalentes na gestão da diabetes

Utilização de equivalentes na gestão da diabetes	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	62.24	68.94	992.500	0.466
Orientações	71.82	67.38	1029.500	0.614
Relação/comunicação	60.53	69.22	960.000	0.365
Satisfação total	61.87	69.00	985.500	0.459

A Tabela 31 perspetiva a relação entre a ida à urgência por problemas relacionados com a diabetes e a satisfação da criança/jovem com a consulta de diabetes. Os resultados indicam que as crianças/jovens mais satisfeitos com a consulta de diabetes são os que admitem ter recorrido à urgência com algum problema relacionado com a diabetes, no último ano, à exceção da relação/comunicação/criança/jovem onde se verifica que são os que não tiveram a necessidade de recorrer às urgências a demonstrarem maior satisfação.

Tabela 31 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de recorrer à urgência com algum problema relacionado com a diabetes, no último ano

Ida à urgência com problema relacionado com a diabetes	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta de diabetes				
Avaliação inicial	67.87	69.29	722.500	0.900
Orientações	67.53	72.79	680.500	0.625
Relação/comunicação	68.59	61.96	665.500	0.572
Satisfação total	68.11	66.88	724.500	0.917

Reportando-nos ao tempo de diagnóstico da diabetes, nota-se que as crianças/jovens cuja diabetes lhes foi diagnosticada há mais tempo são os que se demonstram mais satisfeitos com a avaliação inicial efetuada na consulta da diabetes. Já em relação às orientações na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e satisfação (global) são as crianças/jovens com menos tempo de diagnóstico da diabetes as que sentem mais satisfação. Apenas se registou relevância estatística em relação às orientações ($f=3.43$; $p=0.035$) localizada de acordo com o teste *post hoc* de Tukey entre as crianças/jovens com tempo de diabetes inferior ou igual a 18 meses e os de tempo igual ou superior a 61 meses ($p= 0.032$) (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Análise de variância entre satisfação com a consulta de diabetes em função do tempo de diagnóstico da diabetes

Variáveis	Grupos etários		≤ 18 (1)		19-60 (2)		≥ 61 (3)		F	P
	Med	dp	Med	dp	Med	Dp				
Avaliação inicial	89.28	8.23	91.00	12.17	93.05	13.69	1.25	0.290		
Orientações	96.52	5.08	92.21	10.71	91.92	10.93	3.43	0.035		
Relação/comunicação	81.33	17.33	76.53	20.39	81.21	19.61	0.95	0.380		
Satisfação total	89.61	9.19	85.28	13.18	87.52	13.00	1.54	0.210		

Ao analisar-se os resultados da Tabela 33 relativos ao facto de as crianças/jovens se sentirem preparados para gerir qualquer complicação aguda relacionada com a diabetes, apuramos que os participantes mais satisfeitos são os que admitem estar preparados, mas sem significância estatística.

Tabela 33 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de estar preparado para gerir qualquer complicação aguda relacionada com a diabetes

Preparado para gerir qualquer complicação aguda relacionada com a diabetes	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Satisfação com a consulta da diabetes				
Avaliação inicial	67.57	68.11	1486.000	0.945
Orientações	58.23	70.56	1224.500	0.103
Relação/comunicação	65.59	68.63	1430.500	0.712
Satisfação total	64.27	68.98	1393.500	0.569

Decorrente da questão qual o profissional que mais contribui para a satisfação dos participantes face à consulta de diabetes, constatamos que as crianças/jovens dum modo geral manifestam não satisfação com a consulta da diabetes realizada pelos diferentes técnicos profissionais. A exceção recai na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem onde se sentem mais satisfeitos quando a consulta é realizada pelo médico. Acresce referir que as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 34).

Tabela 34 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função do profissional que mais contribui para a satisfação face à consulta

Satisfação com a consulta da diabetes	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Enfermeiros				
Avaliação inicial	63.47	68.06	1717.500	0.487
Orientações	62.87	69.27	1665.500	0.313
Relação/comunicação	60.93	73.14	1499.000	0.078
Satisfação total	61.48	72.05	1546.000	0.128
Médico				
Avaliação inicial	64.45	67.98	1030.500	0.682
Orientações	63.88	71.13	967.500	0.381
Relação/comunicação	65.76	60.88	1007.500	0.589
Satisfação total	65.01	64.95	1089.000	0.995
Nutricionista				
Avaliação inicial	59.41	66.15	1054.000	0.415
Orientações	60.89	65.85	1086.500	0.533
Relação/comunicação	55.55	66.94	969.000	0.189
Satisfação total	56.18	66.81	983.000	0.222
Psicólogo				
Avaliação inicial	60.74	65.65	879.500	0.594
Orientações	57.09	66.20	817.500	0.303
Relação/comunicação	51.88	66.99	729.000	0.118
Satisfação total	53.06	66.81	749.000	0.156

Também procuramos saber se havia relação entre a satisfação da criança/jovem com a consulta de diabetes e a existência de um familiar com diabetes *mellitus* tipo 1, tendo-se verificado que os participantes que admitem possuir um familiar com a referida patologia revelam maiores índices de satisfação em relação a todas as vertentes da consulta de diabetes (cf. Tabela 35) sem contudo se registarem significâncias estatísticas.

Tabela 35 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de ter uma familiar com diabetes tipo 1

Satisfação com a consulta da diabetes	Familiar com diabetes tipo 1		UMW	p
	Não OM	Sim OM		
Avaliação inicial	66.67	72.27	1511.500	0.457
Orientações	66.41	73.13	1484.000	0.351
Relação/comunicação	65.70	75.39	1411.500	0.218
Satisfação total	65.32	76.64	1371.500	0.151

Analizamos a relação entre a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e a presença de familiares com diabetes tipo 2. Como se pode observar na Tabela 36, as crianças/jovens que têm uma familiar com diabetes *mellitus* tipo 2 sentem-se menos satisfeitos em relação à avaliação inicial, orientações e satisfação global, mas mais satisfeitos no que concerne à relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem. Não assumindo igualdade de variâncias para a satisfação com as orientações as diferenças entre grupos não mostram evidências estatísticas.

Tabela 36 – Relação entre a satisfação com a consulta de diabetes em função de ter uma familiar com diabetes tipo 2

Estilos de vida	Sim		Não		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Avaliação inicial	90.58	12.80	91.66	9.87	0.122	-0.055	0.580
Orientações	92.41	10.74	95.00	7.43	0.008	-1.647	0.112
Relação/comunicação	80.26	19.41	78.66	18.99	0.939	0.482	0.631
Satisfação total	87.17	12.86	87.69	10.90	0.808	-0.251	0.803

Em resposta à questão de investigação e considerando as diversas variáveis clínicas, apurou-se que apenas o local onde as crianças/jovens fazem a sua consulta da diabetes (hospital central), o número de vezes que estes efetuam a avaliação da glicémia (5-6 vezes), o número de episódios de hipoglicemia (1-3 vezes por dia) e o tempo de diagnóstico (≤ 18 meses) influenciam a sua satisfação face à consulta da diabetes, sobretudo ao nível da avaliação inicial e orientações.

3. Discussão

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo-se em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

3.1. Discussão Metodológica

Desde o início da conceitualização do estudo que se procurou desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia utilizada foi a considerada a mais correta de modo a que fosse possível a realização deste estudo e por forma a que os procedimentos metodológicos se direcionassem para os objetivos traçados e estivessem em conformidade com as características da amostra. Todavia, ao longo da sua elaboração surgiram alguns constrangimentos metodológicos, conforme se passa a descrever.

Começamos por referir que a extensão do questionário poderá ter tornado o seu preenchimento exaustivo, e conseqüentemente ter interferido nas respostas dadas. Salienta-se, neste âmbito, que se recorreu a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, contudo, foi realizado o estudo de fiabilidade (consistência interna) e análise fatorial das escalas. Pensa-se, deste modo, que os instrumentos de recolha de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Considera-se também uma limitação metodológica o facto de os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Todavia, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis. Mesmo assim tem de haver a salvaguarda de que este tipo de amostragem, não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de crianças/jovens com diabetes *mellitus*. Assim sendo este estudo precisa de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras mais alargadas.

O estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, objetivou avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e identificar as variáveis clínicas que influenciam a satisfação das crianças/jovens com a consulta de

diabetes. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes.

Importa, ainda, salientar que o facto do presente estudo ser transversal sugere algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Porém, as desvantagens referem-se ao aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, isto é, em termos de perceção retrospectiva do respondente, sem que houvesse um seguimento da problemática em estudo, sendo esta uma limitação que poderia ser contornada caso se tivesse realizado um estudo longitudinal.

Por outro lado, considera-se igualmente que há sempre limitações quando se trabalha com questionários e escalas como instrumento de recolha de dados uma vez que está subjacente o carácter subjetivo dos mesmos.

Ainda que se tenham verificado estas limitações, considera-se que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual permitiu um melhor conhecimento da temática em análise, traduzido num saber mais concreto acerca da satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes, tendo em conta as variáveis clínicas.

3.2. Discussão dos resultados

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica complexa e de difícil controlo. Esta dificuldade é mais notória em crianças e adolescentes, sobretudo, no período em que a problemática envolve a transição da dependência parental para uma vida mais autónoma, o que pode repercutir-se na adesão ao tratamento e no controlo metabólico da diabetes (Almeida, 2003). Neste âmbito, a perceção da satisfação com a consulta da diabetes é particularmente importante, inclusive, para a avaliação do tratamento, podendo, na população pediátrica, ser usada para preparar pais, criança, jovens e profissionais de saúde para as potenciais dificuldades com a doença ou tratamento. Em termos gerais poderá ser útil para diminuir o estigma, confusão ou incompreensão que envolve a doença crónica.

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passa-se, de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

Os resultados apurados permitiram traçar um perfil sociodemográfico das crianças/jovens, verificando-se uma maior prevalência dos rapazes (54.1%) e dos mais novos (≤ 12 anos), sendo que neste grupo etário a representatividade é de 38.7% de

meninas e 34.2% de rapazes. Estes resultados assemelham-se aos apurados por Almeida (2003), que estudou o impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1, sendo a sua amostra constituída maioritariamente por jovens do sexo masculino (49%). Todavia, em relação à idade, o mesmo autor contou com a participação de uma maioria de jovens com idade acima de 15 anos (48.7%).

Em relação ao IMC, verificou-se que os rapazes, em média ($M=21.59 \pm 4.22$), apresentavam um IMC mais elevado que as raparigas ($M=20.79 \pm 3.03$), mas no grupo de participantes com peso normal, sobressaem os rapazes, com uma representatividade de 53.8%. Constatou-se que, no grupo de participantes com peso normal, que no global representam 68,9% da totalidade da amostra, sobressaem as raparigas, com uma percentagem de 69.4%. Igualmente no grupo classificado com pré-obesidade (20.0%) denotam-se um maior percentual entre as raparigas com 21.0%, enquanto na obesidade (11.1%) sobressaem os rapazes (12.3%). Neste âmbito, refere-se que a obesidade infantil e na adolescência é preocupante e poderá levar o excesso de peso a tornar-se a “norma” na Europa, conforme consta no relatório da OMS (2013, cit. por Bancaleiro, 2014). Portugal está entre os países com taxa elevada de excesso de peso infantil. A mesma fonte refere que na Europa, mais de 27% das crianças com 13 anos e 33% com 11anos têm excesso de peso, estando Portugal entre os países com piores indicadores, ou seja, aos 11 anos, 32% das crianças têm peso a mais. O excesso de peso, devido ao excesso alimentar e também a algum descontrolo metabólico, é uma característica mais comum durante o fim da puberdade e igualmente mais frequente em doentes do sexo feminino, o que foi corroborado no presente estudo na medida em que os rapazes, em geral, são os que apresentam peso normal (53.8%), comparativamente às raparigas. Todavia, apesar destas evidências, importa referir que no caso da diabetes tipo 1, a obesidade não é determinante. Apenas indica descompensação.

No que se refere aos resultados referentes às variáveis clínicas, obteve-se, para a globalidade da amostra, uma média de 49.81 meses (± 45.19 meses) de tempo da diabetes, com os rapazes, em média ($M=47.19 \pm 45.175$), a revelarem um menor tempo de diabetes do que o das raparigas ($M=52.89 \pm 45.389$). Em relação ao tipo de diabetes, a prevalência é a de tipo 1 (99.3%), para ambos os sexos, não havendo em 87.4% dos casos patologias associadas. A maioria das crianças/jovens vigiam a sua diabetes num hospital local (55.6%). A quase totalidade da amostra (97.7%) frequenta a consulta da diabetes de 3 em 3 meses, tendo 91.1% referido que avalia a glicémia ≥ 7 vezes por dia. Verificou-se que 97.8% das crianças/jovens admitem reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicémia e 88.1% reconhecem os sinais e sintomas da hiperglicemia. Sobressaem os

casos de crianças/jovens (41.5%) que referem ter tido entre 1-3 episódios de hipoglicemia no último mês, com 35.6% a referirem ter tido ≥ 10 episódios de episódios de hiperglicemia no último mês. Constatou-se que 83.0% dos participantes conseguem atuar/reverter sozinhos tais episódios, com 94.8% a admitirem que cumprem sempre a medicação (insulina) e 85.9% utilizarem o sistema de equivalentes. Apurou-se ainda que 91.1% das crianças/jovens não tiveram de ir às urgências por diabetes no último ano, bem como se constatou que 63.0% também não tiveram a necessidade de ser internados por descompensação da diabetes.

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014), registou-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre indivíduos do sexo masculino (15,6%) e do sexo feminino (10,7%), com um forte aumento da prevalência com a idade. No entanto, no presente estudo constatou-se que o percentual mais elevado de crianças/jovens com mais tempo de diagnóstico da diabetes foram as raparigas (37.12%), situando-se entre os 19-16 meses, apesar de não ser muito significativa a diferença encontrada para os rapazes. O facto de se ter verificado que a grande maioria das crianças/jovens avalia a glicémia ≥ 7 vezes por dia, reconhecem os sinais e sintomas da hipo/hiperglicemia, conseguindo atuar/reverter sozinhos tais episódios e que cumprem sempre a medicação (insulina), poderá sugerir que as orientações fornecidas na consulta da diabetes estão a surtir efeito. A consulta da diabetes está ligada ao processo educativo e deve estimular as crianças/jovens em relação ao autocuidado. Representa um importante instrumento de estímulo à adesão aos programas terapêuticos. Esta atividade é indispensável no seu acompanhamento, sensibilizando-os sobre a sua condição de saúde e como seguirem o seu plano de tratamento.

3.2.1. Relação das variáveis clínicas com a satisfação global com a consulta da diabetes

Os resultados apurados revelaram que a maior percentagem das crianças/jovens (45.2%) está satisfeita com a consulta da diabetes. Neste contexto, tal como é descrito na literatura específica, a satisfação é um componente fulcral ao nível dos cuidados em doenças crónicas, na medida em que sustenta a adesão ao regime terapêutico (Sousa et al., 2008; Serrabulho et al., 2015). No seu estudo, Koves et a. (2008) apuraram que a satisfação das crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 está associada, a longo prazo, com o controlo metabólico, salientando ainda que medir a sua satisfação pode ser uma maneira importante para a melhoria dos cuidados de saúde, inclusive, dos cuidados necessários com

patologia. Cabe por isso aos enfermeiros fomentar uma relação construtiva com as crianças/jovens e familiares/cuidador principal para a sua satisfação em relação aos cuidados que lhe são prestados seja positiva, atendendo também ao facto de que o sucesso da adesão ao regime terapêutico pode depender desta relação, uma premissa igualmente defendida por Sousa et al. (2008).

Refere-se igualmente o estudo de Chaves, Duarte, Almeida et al. (2013) que, apesar de não se ter reportado à satisfação de crianças/jovens com diabetes, mas a uma amostra de adultos diabéticos, demonstrou que o grau de satisfação dos utentes da consulta da diabetes mais elevado recaiu no “muito satisfeito” (43,6%), sendo os indivíduos do sexo feminino os que se revelaram “pouco satisfeito” (46,2%). Os mesmos autores, face aos resultados encontrados, consideram que, na consulta da diabetes, se assume como importante orientar os utentes a coordenar aspetos como a alimentação, o exercício, o stress e medicação, para que estes, apesar de terem diabetes, possam ter uma boa qualidade de vida e sentir-se muito satisfeitos com as orientações fornecidas pelos enfermeiros, bem como com a relação estabelecida entre ambos. Assim, depreende-se que a educação do diabético se constitui como um ato terapêutico, onde o enfermeiro, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, deve ser o verdadeiro educador do diabético (Chaves, Duarte, Almeida et al., 2013).

A enfermagem, enquanto profissão, tem um reconhecido papel nos cuidados à doença crónica, na implementação de políticas de saúde e no envolvimento com a comunidade, designadamente “os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação dos cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa” (*International Council of Nurses (ICN)*, 2010, p. 41).

Ao analisarem-se os resultados referentes a cada uma das subescalas que constituem a satisfação com a consulta da diabetes, verificou-se que os índices de maior satisfação foram registados nas orientações com um percentual médio de 93.55% (\pm 9.47% dp) e a menor satisfação é registada na relação/comunicação com um índice médio de 79.55% (\pm 19.17% dp). Estes resultados reforçam a importância da reflexão do papel fundamental da interação em saúde. A qualidade da interação enfermeiro/criança/jovem com diabetes é um aspeto central dos cuidados de saúde e a comunicação efetiva está profundamente relacionada com satisfação dos cuidados e com a adesão às intervenções de saúde (Costa & Jurado, 2006). Importa salientar que alguns estudos demonstram que, em relação à comunicação com a equipa de saúde multidisciplinar na consulta da diabetes,

a maior parte dos jovens refere que se sente à vontade para falar sobre a diabetes, demonstrando uma boa comunicação e apoio (Anderson & Wolpert, 2004; Garvey, Wolpert, Rhodes, Laffel, Kleinman, Beste & Finkelstein, 2012; Hanna, 2012). Os mesmos estudos salientam que uma boa comunicação e relação entre a criança e o jovem com diabetes e a equipa de saúde poderão favorecer a adesão ao tratamento, a compensação e a melhoria dos aspetos psicossociais, resultando em graus de satisfação mais elevados face à consulta da diabetes.

Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de 68.9%, isto é, cerca de 7 em cada 10 crianças/jovens com peso normal estarem satisfeitas com a consulta da diabetes. As crianças/jovens pré-obesas tendem a ser as menos satisfeitas (25.6%) e nas obesas o percentual mais elevado recaiu nas muito satisfeitas (14.3%). Estes resultados poderão ser justificados com o facto de, após o diagnóstico de diabetes, um dos principais aspetos do tratamento ter como base uma alimentação saudável, ou seja, uma dieta alimentar que respeite alguns aspetos fundamentais, entre ao quais o ajuste a cada pessoa, cujas indicações poderão influenciar o grau de satisfação das crianças/jovens face à própria consulta da diabetes.

Apurou-se também que as crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes, na sua maioria, não têm patologias associadas (89.7%) e fazem a vigilância da diabetes num hospital central (61.5%). Nos satisfeitos, a percentagem dos que não possuem patologia associada é de 88.5% e o local de vigilância ocorre no hospital local. Quanto aos muito satisfeitos, aferiu-se que 82.9% não têm patologias associadas e, na sua maioria (60.0%), também vigiam a diabetes num hospital local, o que resultou em significância estatística, situada entre as crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes e que vigiam a diabetes num hospital central. Neste âmbito, importa referir o estudo de Patrício (2012), que objetivou avaliar o grau de satisfação dos adolescentes com diabetes e sem outra patologia associada, cujo local onde fazem a sua vigilância é um hospital central, tendo constatado que os adolescentes estão satisfeitos com os comportamentos de ajuda, confiança, dedicação, intimidade e aconselhamento dado na consulta da diabetes, tendo sido estas as características positivas identificadas nos enfermeiros.

No que concerne à relação entre o número de avaliações da glicémia diárias e a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes, aferiu-se que os percentuais mais elevados incidiram nas pouco satisfeitas (94.9%), satisfeitas (90.2%) e muito satisfeitas (88.6%) entre as crianças que fazem, em média, 7 ou mais avaliações da glicémia diariamente. A monitorização do controlo glicémico é parte fundamental do tratamento do diabetes *mellitus*, particularmente em diabéticos tipo 1, uma vez que o controlo metabólico diminui ou até mesmo atrasa as complicações crónicas (Pettersson, Hollis, Young, Newton &

Dornan, 1998). Neste sentido, profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel fundamental na assistência à realização da monitorização, assim como na educação em saúde, possibilitando que as crianças/jovens com diabetes se tornem aptos a desenvolver tal procedimento em regime domiciliar de forma segura, adequada e, acima de tudo, de forma consciente (Péres, Santos & Franco 2006). Assim, a adesão à terapêutica pode estar associada à satisfação face à consulta da diabetes, o que sugere que os fatores de compreensão da informação transmitida na mesma e a memorização dessa mesma informação resultem em satisfação do doente, no caso concreto das crianças/jovens, nomeadamente se estes compreendem e memorizaram as informações dadas pelos profissionais de saúde, o que se assume como determinantes preditores da adesão à terapêutica e, conseqüentemente, num grau mais elevado de satisfação com a consulta (Ogden, 2004).

3.2.2. Influência das variáveis clínicas das crianças/jovens nas dimensões da satisfação com a consulta de diabetes

Verificou-se também que as crianças/jovens cujo local de vigilância é um hospital central estão mais satisfeitos com a consulta da diabetes no que se reporta à avaliação inicial, orientações, relação/comunicação enfermeiro criança/jovem satisfação global quando comparados com os fazem a vigilância da diabetes num hospital local, sendo significativa a diferença apenas para a satisfação global. Estes resultados corroboram os alcançados por Correia (2007), relativamente à satisfação com os cuidados prestados na consulta de enfermagem num hospital central português, tendo verificado uma satisfação global de 82,77%. De acordo com a autora, os aspetos mais valorizados pelos utentes foram a qualidade na assistência, a individualização da informação e o seu envolvimento nos cuidados prestados. A relação terapêutica estabelecida com as enfermeiras e o facto de adquirirem conhecimentos foram também os aspetos considerados mais relevantes na ajuda à gestão eficaz do regime terapêutico, contribuindo para uma maior segurança e controlo.

Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de os participantes que fazem a avaliação entre 5-6 vezes diariamente demonstrarem mais satisfação em todas as dimensões da escala da satisfação com a consulta da diabetes, com destaque para as orientações, onde se registaram significâncias estatísticas ($p=0.012$). Neste âmbito, tal como referenciado na fundamentação deste trabalho, importa ressaltar que 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 principal cuidador, a fatores comportamentais

como as prescrições e explicações apropriadas e, ainda, a fatores relacionados com as competências do profissional de saúde (Gonçalves, 2010). Corrobora-se os resultados apresentados neste estudo com o pressuposto de que os doentes se revelam mais satisfeitos quando os profissionais de saúde são sensíveis e cuidadosos com os seus problemas. O contacto com o pessoal qualificado e competente melhora a satisfação com os cuidados de enfermagem, pelo que a qualidade da assistência irá influenciar a satisfação face às orientações dadas na consulta de vigilância (Lin, Xirasagar & Ladkita, 2004).

Registou-se que as crianças/jovens que sabem reconhecer os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, em geral, estão mais satisfeitos com a consulta da diabetes. Estes resultados sugerem que a satisfação do utente, para além de constituir um importante indicador sobre a qualidade dos cuidados prestados, está diretamente relacionada com a adesão terapêutica. Vários autores têm salientado que os utentes mais satisfeitos com a consulta da diabetes são aqueles que mais facilmente seguem as prescrições fornecidas na mesma e recebem orientações precisas sobre a doença (Almeida, 2003; Correia, 2007; Pereira et al., 2001).

Os resultados indiciam que as crianças/jovens menos satisfeitas com a consulta da diabetes são as que fizeram mais de 10 episódios de hipoglicemia no último mês e as mais satisfeitas entre 1 a 3 episódios, exceto na dimensão orientação que ocorreu nos que não tiveram episódios. As diferenças são apenas significativas para a relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e satisfação global. De igual modo, também se registou um menor grau de satisfação com a consulta para os participantes que fizeram 10 ou mais episódios de hiperglicemia. Todavia, a avaliação inicial e as orientações obtiveram índices mais elevados nas crianças/jovens sem nenhum episódio de hiperglicemia e a satisfação com a relação enfermeiro/criança/jovem e satisfação global com 1 a 3 episódios de hiperglicemia, mas sem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados, *grosso modo*, estão em conformidade com os apurados por Ciechanowski, Katon, Russo e Walker (2001), onde os doentes com um maior número de episódios de hipo e hiperglicemia estavam mais satisfeitos com a qualidade da relação que estabeleciam com os profissionais de saúde e com a consulta da diabetes na globalidade. O mesmo autor refere que quando os profissionais de saúde estabelecem uma relação centrada no utente, em vez de uma abordagem centrada nos profissionais, a satisfação com os cuidados recebidos na consulta é maior, a adesão aos tratamentos e a manutenção dos novos comportamentos adotados faz-se com maior eficácia. Por outro lado, o número de intercorrências aumenta o número contactos e interações enfermeiro/criança/jovem/cuidador, criando oportunidades para sedimentar afetos.

Apuramos que as crianças/jovens que conseguem reconhecer os eventuais episódios de hiperglicemia quando estão sós são os mais satisfeitos em todas as dimensões da escala, quando comparados com os que não conseguem atuar/reverter a situação sozinhos, todavia sem significância estatística entre os grupos. Estes resultados podem ser justificados com o facto de as orientações dadas na consulta da diabetes ajudarem as crianças/jovens a serem mais autónomos em relação ao autocuidado face ao controlo da diabetes. Neste âmbito, Pereira, Soares e McIntyre (2001), com base numa meta-análise, verificaram que o fator mais valorizado pelos utentes diabéticos em relação à consulta de vigilância era o fornecimento de informação em relação ao seu problema de saúde e ao tratamento. Identificaram ainda outra categoria, a abordagem colaborativa, isto é, a forma de interagir em que o enfermeiro ouve o utente, facilita o diálogo e tenta ter uma atitude compreensiva em relação ao seu problema de saúde.

Da comparação da satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e o cumprimento da medicação, apurou-se que as crianças/jovens mais satisfeitas com a consulta de diabetes são os que cumprem a medicação (insulina). Os resultados apurados estão em conformidade com os observados por Serrabulho, Matos, Nabais e Raposo (2014), na medida em que verificaram que a maior parte dos jovens que evidencia boa adesão à insulino-terapia (83%) e à vigilância glicémica (73%) está satisfeita com a consulta da diabetes. Neste contexto, os mesmos autores salientam que a educação terapêutica na diabetes é desenhada a fim de formar as pessoas com doença crónica no desenvolvimento de capacidades de autogestão ou adaptação do tratamento à sua doença, ajudando-a a gerir o tratamento e a prevenir as complicações, enquanto mantêm ou melhoram a sua qualidade de vida. Todavia, os mesmos autores acrescentam que, para manter uma boa gestão da diabetes, os jovens necessitam de apoio da família e dos profissionais de saúde (Serrabulho et al., 2014).

Constatou-se também que as crianças/jovens mais satisfeitos com a consulta da diabetes são os que admitem ter recorrido à urgência com algum problema relacionado com a diabetes, no último ano, à exceção da relação/comunicação/criança/jovem, onde se verifica que são os que não tiveram a necessidade de recorrer às urgências a demonstrarem maior satisfação. Na impossibilidade de se poder fazer uma comparação com outros estudos que possam abranger as variáveis em estudo, refere-se que se deve ter em consideração as mudanças que as crianças e os jovens enfrentam neste período da vida, sendo, muitas vezes, difícil manter uma adesão diária aos vários aspetos do tratamento da diabetes, conseguir um bom controlo metabólico e manter uma boa qualidade de vida. Todavia, como salientam Serrabulho et al. (2014), o apoio das várias fontes de suporte é facilitador. Neste sentido, os mesmos autores consideram que para haver satisfação face à

consulta da diabetes, é importante estabelecer-se uma boa comunicação com a equipa de saúde multidisciplinar, levando os jovens a sentirem-se à vontade para falar sobre os temas que os preocupam e sobre a diabetes, traduzindo-se num bom apoio. Como é referido noutros estudos, uma boa comunicação e relação entre o jovem diabético e a equipa de saúde poderá favorecer a adesão ao tratamento, a compensação e a melhoria dos aspetos psicossociais (Garvey, Markowitz & Laffe, 2012; Hanna, 2012).

Reportando-nos ao tempo de diagnóstico da diabetes, verificou-se que as crianças/jovens cuja diabetes lhes foi diagnosticada há mais tempo são os que se demonstram mais satisfeitos com a avaliação inicial efetuada na consulta da diabetes. Já em relação às orientações na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e satisfação (global) são as crianças/jovens com menos tempo de diagnóstico da diabetes as que sentem mais satisfação. De igual modo, Chaves et al. (2012) concluíram, com base no seu estudo, que a variável clínica tempo de diagnóstico da doença influencia o grau de satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes, sendo os utentes com tempo de diagnóstico ≤ 2 , 2 - 3 e ≥ 12 anos os muito satisfeitos (47,5%, 50,9% e 50,0%).

Constatou-se que as crianças/jovens dum modo geral manifestam não satisfeitas com a consulta da diabetes realizada pelos diferentes técnicos profissionais. A exceção recai na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem onde se sentem mais satisfeitos quando a consulta é realizada pelo médico, todavia, as diferenças não são estatisticamente significativas. Estes resultados não estão em conformidade com os apurados por Rosas (2015), onde os utentes diabéticos se sentem mais satisfeitos face à relação/comunicação com os enfermeiros, estando em segundo lugar os médicos. A este propósito, importa salientar que, entendendo-se como consulta “a atividade de um profissional de saúde relacionada com uma pessoa, de onde resulta um diagnóstico e um plano” (Ministério da Saúde, 2013, p. 20), a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes implica uma interação profissional entre esta e o enfermeiro, na qual a prestação de cuidados se centra em ajudá-la a desenvolver competências na autogestão da diabetes. Tendo em conta os resultados apurados, refere-se que um dos fatores dificultadores referido pelos enfermeiros é o conflito de papéis. No relatório Saúde Síndrome de Negação: Relatório de Primavera (2014) pode ler-se que o Sistema Nacional de Saúde, em geral, continua a funcionar em modo “medicocêntrico” e “hospitalocêntrico”. Marquis e Huston (2010) corroboram com esta ideia ao referirem que a estrutura organizacional afeta a forma como as pessoas percebem os seus papéis e o *status* a elas conferido por outros na organização.

Os resultados indicaram que as crianças/jovens que têm um familiar com diabetes tipo 2 sentem-se menos satisfeitos em relação à avaliação inicial, orientações e satisfação

global, mas mais satisfeitos no que concerne à relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem. Não assumindo igualdade de variâncias para a satisfação com as orientações as diferenças entre grupos não mostram evidências estatísticas. Os resultados encontrados não corroboram os de Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg & Bru (2004), cujo estudo revela que os doentes com história familiar de diabetes são os que se sentem mais satisfeitos em relação à consulta de vigilância. Rosas (2015) também constatou que os utentes com história familiar de diabetes tipo 2 revelam-se muito satisfeitos em relação à relação estabelecida com os enfermeiros na consulta de vigilância.

Neste âmbito, ressalva-se que aprender a gerir a diabetes requer um contacto regular entre a pessoa e a equipa de saúde e um direccionamento mais específico na medicação, na dieta que deve seguir e nas mudanças no estilo de vida que deve adotar de forma a manter o seu estado crónico afastado das complicações (agudas e crónicas) e da disrupção de vida. Assim, os modelos de intervenção clínica requerem maior poder de comunicação e de treino e educação dos prestadores e utentes (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Neste sentido, o enfermeiro é um profissional privilegiado na relação com a pessoa com diabetes onde terá que articular a dimensão técnica, científica, relacional e ética, envolvendo a necessidade de desenvolver um conjunto de competências.

Conclusão

A presente investigação objetivou avaliar o nível de satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes e identificar as variáveis clínicas que influenciam a satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes. Para tal, efetuou-se um estudo de natureza quantitativa, com corte transversal, descritivo e correlacional. Apesar de, como já referido, por opção metodológica, os resultados não possam ser generalizáveis a todas as crianças/jovens com diabetes inscritos nos locais de recolha de dados, permitiram contextualizar a problemática da sua satisfação face à consulta de diabetes.

Através da revisão da literatura, verificou-se que a consulta de enfermagem de diabetes se constitui como um espaço propício ao conhecimento da situação de saúde das crianças/jovens, onde os profissionais de saúde, mormente os enfermeiros, estão diretamente em contacto com as suas crenças e motivações e, com base nas necessidades identificadas, podem adotar medidas e decisões ao nível do exercício profissional autónomo, efetuando uma abordagem sistémica e sistemática, bem como podem implementar intervenções de enfermagem para evitar riscos, detetar potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas identificados. Estas ações podem resultar numa maior satisfação das crianças/jovens em relação à consulta da diabetes. É que, ao fomentar as boas práticas de cuidados, os enfermeiros podem envolver toda a equipa multidisciplinar para as intervenções com enfoque na capacitação das crianças/jovens e respetivo cuidador principal para gerirem o seu próprio processo de saúde-doença, resultando, inclusive, numa maior adesão terapêutica, indispensável ao controlo da diabetes.

Do estudo empírico concluiu-se que:

- a amostra da amostra é constituída maioritariamente por rapazes, prevalecendo os participantes mais novos (≤ 12 anos);
- os rapazes, em média, revelam um menor tempo de diabetes do que o das raparigas;
- existe prevalência da diabetes tipo 1, para ambos os sexos;
- na maioria dos casos não há patologias associadas;
- mais de metade da amostra vigia a sua diabetes num hospital local;

- predominam as crianças/jovens que frequentam a consulta da diabetes de 3 em 3 meses;
- sobressaem as crianças/adolescentes que avalia a glicémia ≥ 7 vezes por dia;
- os percentuais mais elevados recaíram nas crianças/jovens que reconhecem os sinais e sintomas da hipo/hiperglicemia;
- mais casos de crianças/jovens com 1-3 episódios de hipoglicemia e $\Rightarrow 10$ episódios de episódios de hiperglicemia no último mês, conseguindo atuar/reverter sozinhos tais episódios;
- predomínio de crianças/jovens que cumprem sempre a medicação (insulina) e a utilizarem o sistema de equivalentes;
- quase a totalidade das crianças/jovens não tiveram de ir às urgências por diabetes no último ano, bem como não tiveram a necessidade de ser internados por descompensação da diabetes;
- a maior parte dos participantes faz a gestão da diabetes;
- a maior percentagem de crianças/jovens não tem história familiar de diabetes;
- o médico é o técnico de saúde preferido pelos rapazes e o nutricionista pelas raparigas, para esclarecimento de dúvidas sobre a diabetes;;
- a maioria das crianças/jovens está satisfeita com a consulta da diabetes, com índices de maior satisfação registados nas orientações dadas na consulta e a menor satisfação na relação/comunicação;
- cerca de 7 em cada 10 crianças/jovens com peso normal estão satisfeitas com a consulta da diabetes; as pré-obesas propendem a ser as menos satisfeitas e, nas obesas, o percentual mais elevado incidiu nas muito satisfeitas;
- as crianças/jovens pouco satisfeitas com a consulta de diabetes, na sua maioria, não possuem patologias associadas e fazem a vigilância da diabetes num hospital central;
- os participantes pouco satisfeitos, satisfeitos e muito satisfeitos são, na maioria, os que fazem, em média, 7 ou mais avaliações da glicémia diariamente;

Em relação à influência das variáveis clínicas das crianças/jovens na satisfação com a consulta de diabetes, concluiu-se que:

- o grupo de crianças/jovens com obesidade é o que apresenta melhores índices de satisfação, seguido das crianças/jovens que possuem peso normal, sendo as crianças/jovens com pré-obesidade os que sentem menor satisfação;

- os participantes que possuem patologia associada estão mais satisfeitos em todas as dimensões da satisfação;

- as crianças/jovens que fazem a avaliação da glicemia entre 5-6 vezes diariamente evidenciam mais satisfação em todas as dimensões da escala da satisfação com a consulta da diabetes, com destaque para as orientações;

- são as crianças/jovens que sabem reconhecer os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia a demonstrarem mais satisfação com a consulta da diabetes;

- as crianças/jovens menos satisfeitas com a consulta da diabetes são as que fizeram mais de 10 episódios de hipoglicemia, no último mês, e as mais satisfeitas entre 1 a 3 episódios, com exceção da dimensão orientação, onde se destacaram as que não tiveram episódios, com diferenças significativas na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e na satisfação global;

- existe um menor grau de satisfação com a consulta por parte dos participantes que fizeram 10 ou mais episódios de hiperglicemia, porém, a avaliação inicial e as orientações obtiveram índices mais elevados nas crianças/jovens sem nenhum episódio de hiperglicemia e a satisfação com a relação enfermeiro/criança/jovem e satisfação global com 1 a 3 episódios de hiperglicemia;

- as crianças/jovens que conseguem reconhecer os eventuais episódios de hiperglicemia, quando estão sós, são as mais satisfeitas com a consulta;

- os participantes mais satisfeitos cumprem a medicação (insulina);

- são as crianças/jovens que recorreram à urgência com algum problema relacionado com a diabetes, no último ano, a revelaram mais satisfação em relação à consulta da diabetes, à exceção da relação/comunicação/criança/jovem, onde foram os que não tiveram a necessidade de recorrer às urgências a demonstrarem maior satisfação;

- as crianças/jovens cuja diabetes lhes foi diagnosticada há mais tempo estão mais satisfeitos com a avaliação inicial efetuada na consulta da diabetes, todavia, em relação às orientações na relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem e satisfação (global), o maior grau de satisfação recaiu no grupo com menos tempo de diagnóstico da diabetes.

- *grosso modo*, as crianças/jovens não manifestam satisfação com a consulta da diabetes realizada pelos diferentes técnicos profissionais, recaindo a exceção na

relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem, onde se sentem mais satisfeitos quando a consulta é realizada pelo médico;

- as crianças/jovens com um familiar com diabetes tipo 2 sentem-se menos satisfeitos em relação à avaliação inicial, orientações e satisfação global, todavia, mais satisfeitos face à relação/comunicação enfermeiro/criança/jovem.

Face a estes resultados e tendo em consideração tudo quanto foi exposto neste trabalho, considera-se fundamental desenvolver uma abordagem em parceria na prestação de cuidados a crianças/jovens com diabetes, a fim de se promover o *empowerment* por meio da participação ativa na gestão da sua doença. Neste sentido, os enfermeiros devem perscrutar as oportunidades de educação para a saúde na pessoa, aumentando o seu património de saúde, comportamentos e capacidades. Esta proposta de parceria enfermeiro/criança/jovem com *empowerment* poderá resultar numa maior satisfação face à consulta da diabetes, devido à promoção de competências para o autocuidado e para uma gestão eficaz do processo doença/saúde.

Sugere-se, ainda, que se realize um estudo de avaliação da satisfação das crianças/jovens com diabetes anualmente, o que possibilitará identificar as fragilidades e implementar medidas específicas na consulta, consequentes das necessidades reconhecidas neste e noutros estudos, que se possam realizar na área.

Importa ressaltar que, ao ter-se um conhecimento mais concreto da satisfação que as crianças/jovens sentem em relação à consulta da diabetes, sendo esta um elemento fulcral na monitorização da qualidade dos serviços de saúde e um pilar indispensável na tomada de decisão, ficou ainda mais reforçada a ideia de que a satisfação dos utentes é uma meta a atingir na prática profissional quotidiana, podendo os resultados desta investigação constituírem-se como um contributo para a melhoria dos cuidados prestados nos serviços de saúde, mais especificamente na consulta da diabetes. Todos os serviços de saúde possuem apenas uma razão de ser: o utente, que se quer satisfeito pela excelência dos cuidados que se lhe dedicam.

Julga-se que, de um modo geral, este trabalho de investigação acrescenta uma mais-valia sólida para o conhecimento da avaliação da satisfação das crianças/jovens com a consulta da diabetes, podendo, inclusive, ser a alavanca para uma autorreflexão e para a construção de uma ferramenta de apoio às instituições onde decorrem as consultas da diabetes, servindo de base para a tomada de decisão e implementação de sugestões que levem à adoção de medidas de correção conducentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sobretudo de enfermagem, e à satisfação das crianças/jovens com diabetes.

Termina-se a referir que a execução desta investigação teve implicações para a prática profissional, na medida em que se assumiu como uma possibilidade de ampliar conhecimentos necessários para a intervenção com crianças/jovens com diabetes e cuidador principal, tendo sempre presente que prestar cuidados de qualidade é o objetivo primordial a ser atingido pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Referências bibliográficas

- Alhusban, M.A., & Abualrub, R.F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17, 6: 749-758. Acedido em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010380054&lang=pt-br&site=ehost-live>
- 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.
- Almeida, V.C., Zanetti, M.L., Almeida, P.C., & Damasceno, M.M. (2011). Occupation and risk factors for type 2 diabetes: a study with health workers. *Rev Latinoam Enferm.*;19(3):476-84.
- Alves, F. (2012). *O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Alves, M. (2007). *O serviço de atendimento permanente: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33(4): 62-69.
- American Diabetes Association (2012). *Standards of Medical Care in Diabetes-2012*. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full. Acedido em maio de 2015.
- American Diabetes Association. (2012). *Standards of medical care in diabetes-2012*. Diabetes Care.
- Anderson, B.J., & Wolpert, H.A. (2004). A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period. *Patient Education and Counseling*, 53: 347-352.

- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2013). *Relatório do observatório Nacional da Diabetes 2013*. Observatório da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido em: <http://apdp.pt/comunicacao/noticias/item/376-relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes-2013>.
- Australasian Paediatric Endocrine Group for the Department of Health and Ageing. (2005). *Clinical practice guidelines: type 1 diabetes in children and adolescents*. Disponível em: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp102.pdf. Acedido em março de 2015.
- Bancaleiro, C. (2014, fevereiro, 2). OMS avisa que Portugal é dos países europeus com mais excesso de peso infantil. *Público*. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/excesso-de-peso-infantil-pode-vir-a-tornarseuma-nova-norma-na-europa-1626164>. Consultado em novembro de 2015.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brierley, S., Eiser, C., Johnson, B., Young, V., & Heller, S. (2012). Working with young adults with type 1 diabetes: views of a multidisciplinary care team and implications for service delivery. *Diabetic Medicine*, 29: 677-681.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in europe: Strategies, interventions and challenges*. *Political Science*. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf. Consultado em maio de 2015.
- Castro, S.V. (2013). *Qualidade de vida e controlo metabólico em adolescentes portuguesas com diabetes mellitus*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/101113/1/688361_Tese.pdf. Acedido em março de 2015.
- 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.
- Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J., & Walker, E. (2001). The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (1): 29-35.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0*. Geneva : International Council of Nurses.

- Correia, C.S.L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2 o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/707/1/LC237.pdf>. Acedido em outubro de 2015.
- Costa, E., & Jurado, R. (2006). Interacção em Saúde. *Revista Referência*, série II (2), 43-49. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=23 &id_rev=4&id_edicao=6. Consultado em novembro de 2015.
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- David, A., McAllister, K.A., Hughes, N., Lone, N.L., Mills, NS., & Wild, S. (2014). Stress Hyperglycaemia in Hospitalised Patients and Their 3-Year Risk of Diabetes: A Scottish Retrospective Cohort Study. *PLoS Med*, 11(8): 100-170.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Direção-Geral da Saúde, departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: autor.
- Direção-Geral da saúde. Ministério da Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa N.º 14/DGCG de 12/12/00. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes*, pp.1-13. Lisboa: autor.
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2012). *Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escolar*, p. 1. Lisboa: autor.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf. Acedido em novembro de 2015.
- Escobar, F.A. (2009). Relação entre Obesidade e Diabete Mellitus Tipo II em Adultos. *Cadernos UniFOA*, 11: 69-72. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/11/69.pdf>. Acedido em novembro de 2015.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Caderno Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.

- Federação Internacional de Diabetes (2014). Disponível em: <http://controlaradiabetes.pt/eventos/dia-mundial-da-diabetes-14-de-novembro>. Acedido em abril de 2015.
- Garvey, K.C., Wolpert, H.A., Rhodes, E.T., Laffel, L.M., Kleinman, K., Beste, M.G.,..... Finkelstein, J.A. (2012). Health care transition in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 35: 1716-22.
- Gomes, B.P., & Costa M.A. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir* 56 (1).
- Gonçalves, J.D.O. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Hanna, K.M. (2012). A framework for the youth with type 1 diabetes during the emerging adulthood transition. *Nursing Outlook*, 60: 401-410.
- Hesbenn, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência editores.
- Hockenberry, M.W.D., & Winklestein, M. (2014). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. Elsevier: Rio de Janeiro.
- International Council of Nurses (2010). *ICN policy on nursing research*. Acedido em: www.icn.ch.
- International Diabetes Federation (IDF). (2009). *International Standards for Diabetes Education* (3 rd edition). Brussels, BE. IDF.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (2014). *Adolescent Diabetes*. Disponível em: <https://www.ispad.org/>. Acedido em março de 2015.
- Justin, W. (2013). *More children showing early signs of serious diabetes complications, reveals new report*. National Paediatric Diabetes Audit (NPDA). Disponível em: <http://www.rcpch.ac.uk/improving-child-health/quality-improvement-and-clinical-audit/national-paediatric-diabetes-audit-n-0>. Acedido em abril de 2015.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B.R., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9: 53-70.

- Koves, I.H., Boucher, A., Ismail, D., Donath, S., & Cameron, F.J. (2008). Satisfaction of care in a tertiary level diabetes clinic: correlation with diabetes knowledge, clinical outcomes and health related quality of life. *J Paediatr Child Health*; 44 (7-8): 432-437.
- Levitsky, L., & Misra, M. (2011). Epidemiology, Presentation and diagnosis of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents. UpToDate®. Disponível em: <https://www.uptodate.com/store>. Acedido em março de 2015.
- Lin, H., Xirasagar, S., & Ladkita, J. (2004). Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (6), 266-271.
- Marinho, C.A.R.S. (2012). *Qualidade de vida do diabético e cuidados de enfermagem: perspectiva dos adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1759/1/MARINHO%20Catarina%20Andreia%20Rosa%20Saraiva%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>. Acedido em maio de 2015.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- McDowell, J., Inverarity, K., Gilmour, H., & Grace, L. (2012). *Professionals' perceptions of type 2 diabetes in primary care during a service redesign*. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/edn.196/abstract>. Acedido em maio de 2015.
- Mendes, F., Mantovani, M.F., Gemito, M.L., & Lopes, M.J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 9: 17-25.
- Ministério da Saúde (2013). *Administração Central de Sistema de Saúde. Departamentos de Contratualização. Administrações Regionais de Saúde – Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*. Janeiro.
- Molinaro, R. J. (2011). Diabetes cases on the rise: Corrent diagnosis guidelines and research efforts for a cure. *MLO*,43(2): 10-17.
- Nascimento, F. (2000). Qualidade e valor: Uma visão conceptual aplicável aos sistemas de saúde. In H. Lopes, *Gestão da doença e qualidade em saúde* (pp27-42). Lisboa: Comissão Sectorial da Saúde do IPQ.

- Newsome, P. & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4): 161-165.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2010). *Diabetes Factos e Números 2010 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- 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, A.J.E. de (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*. Dissertação de mestrado. Lisboa: ISCTE. Acedido em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/5027>.
- Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º128/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária in Diário da República, 2.ª Série, n.º 35 de 18 de fevereiro de 2011, pp. 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *A pessoa com diabetes*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202014/artigo%20JMDiabetes%20%20junho%2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>. Acedido em abril de 2015.
- Organização mundial de saúde (2011). *Informações sobre estatísticas de saúde em todo o mundo*. Acedido em: <https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo/>
- Organização Mundial de Saúde. World Health Organization (2003). *Adherence to long term therapies – Evidence for action* (pp. 1-85). Geneva: CH: World Health Organization.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6: 185-210.
- 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>.
- Paúl, C., Martin, I., & Roseira, L. (1999). *Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Ed. Afrontamento.

- Pereira, M.G., Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2): 69-80.
- Péres, D.S., Franco, L.J., & Santos, M.A. (2006). Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, 2: 310-317.
- 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.
- Petterson, T.L.P., Hollis, S., Young, B., Newton, P., & Dornan, T. (1998) Well-Being and Treatment Satisfaction in Older People With Diabetes. *Diabetes Care*. 21(6): 930-935.
- Pimentel, H. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Açores.
- Plano Nacional da Saúde Portuguesa (2004). *Orientações estratégicas para 2004-2010*. Ministério da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e.../plano-nacional-de-saude-pdf2.aspx>.
- Plano Nacional da Saúde Portuguesa (2011). *Orientações estratégicas para 2011-2016*. Acedido em: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/25D0FCCA-A7A1-4D60-8876-4FC879348204/0/PNS_vol2_operacionalizacao_.pdf
- Portugal. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde. – Relatório de Primavera 2014: saúde síndrome de negação*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa.
- Powers, A.C. (2005). Diabetes mellitus. In: Fauci AS, Braunwauld E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J (eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (pp. 2275-2304). 17th ed, New York: McGraw-Hill.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015). *Diabetes Factos e Números. Portugal 2014*. Observatório da Diabetes. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido em: <https://www.dgs.pt/de.../diabetes-factos-e-numeros-2015-pdf.aspx>.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014). *Diabetes: factos e números. Portugal 2014*. Lisboa: Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
- Relatório de Primavera (2014). Saúde Síndrome de Negação. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em: www.esesjd.uevora.pt/RelatC3rio+Primavera+2014+--+28junho.pdf.

- Rolland, J. S. (2013). Family systems and chronic illness: A typological model. In F. Walsh & C. M. Anderson (Eds.). *Chronic disorders and the family* (pp. 143-168). New York: The Haworth Press.
- Rosas, M.C.C. (2015). *Gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes: que modelo de cuidados?* Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida_30_01_2015_CD.pdf. Acedido em novembro de 2015.
- Sepúlveda, M.R. (2001). A Satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na São Vida, Medicina Apoiada, S.A.. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 41-65.
- Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J., & Raposo, J. (2013). A Saúde e os Estilos de Vida com Jovens Adultos com Diabetes Tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 8 (2): 60-71.
- Serrabulho, I., Matos, M.G., Nabais, J.V., & Raposo, J.F. (2014). Satisfaction with life and adherence to diabetes treatment of young adults with type 1 diabetes. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9(2):122-128.
- Serrabulho, I., Matos, M.G., Nabais, J.V., & Raposo, J.F. (2015). A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1): 70-85.
- Serrabulho, M.L., Matos, M.G., & Raposo, J. (2012). The health and lifestyles of adolescents with type 1 diabetes in Portugal. *European Diabetes Nursing*; 9: 12-6.
- Silva (2014). *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2014: Livro de resumos*. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9683/1/pdf%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20utentes>. Acedido em março de 2015.
- Silva, M.C. (2011). *Satisfação do doente cardíaco com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1557/1/SILVA%20Melania%20Cristina%20Correia,%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20doente%20card%C3%ADaco%20com%20os%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>.
- Smart, C. (2009). *Nutritional management in children and adolescents with diabetes*. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19754622>.

- 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.
- Stanton, A. Revenson, T., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58: 565-592.
- Suris, J.C. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89: 938-942.
- Taylor, C., & Benger, JR (2004) Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J Sep*; 21(5): 528-32.
- Trindade, I., & Teixeira, J.A.C. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença. Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol.18, 1: 3-14.
- Vieira, M. A., & Lima, R. A. G. (2002). Crianças e Adolescentes com doença crónica: Convivendo com mudanças. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4): 552-560.
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med.*; 47: 1351-1359.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2013). *Advancing health literacy: a framework for understanding and action*. San Francisco: Jossey-Bass



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** ...

SOBRE A MINHA SAÚDE E ACTIVIDADES (problemas com...)	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

SOBRE OS MEUS SENTIMENTOS (problemas com...)	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

COMO ME DOU COM OS OUTROS (problemas com...)	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

SOBRE A ESCOLA (problemas com...)	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** ...

SOBRE A MINHA SAÚDE E ACTIVIDADE (problemas com...)	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

SOBRE OS MEUS SENTIMENTOS (problemas com...)	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

COMO LIDO COM OS OUTROS (problemas com...)	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

SOBRE A ESCOLA (problemas com...)	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	5
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.

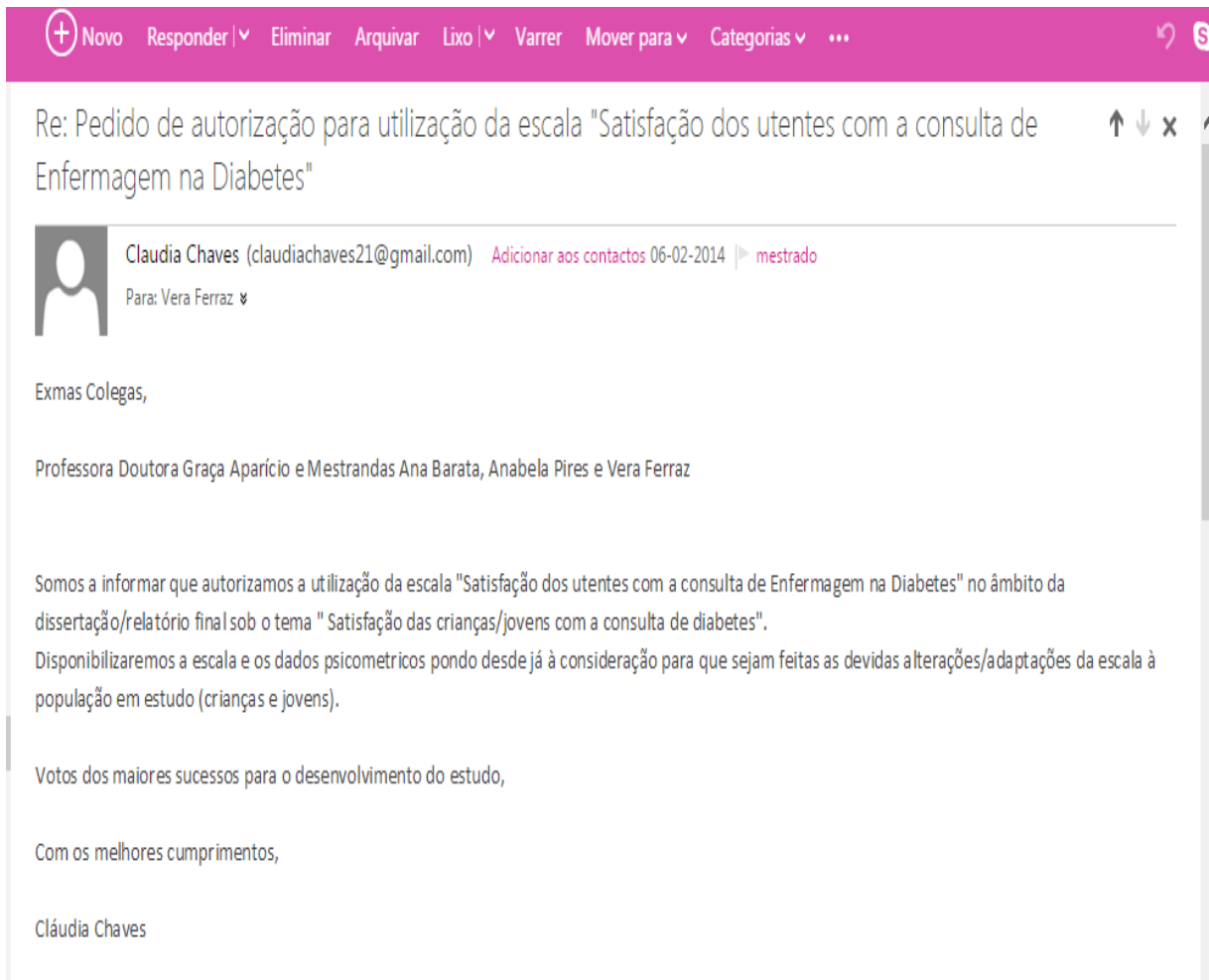
O Encarregado de Educação

_____ / _____ / 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^o(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

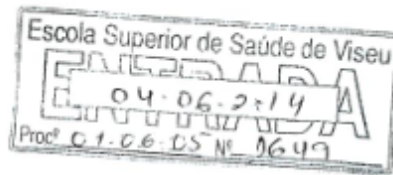
Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 25/06/2014, o Conselho de Administração em 03/07/2014, autorizou a aluna desse estabelecimento Vera Mónica Ferraz Filipe, a desenvolver um projeto de investigação sobre "Satisfação das crianças/jovens na consulta da diabetes: Influência das variáveis clínicas", 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^a, e segundo o parecer da Sr^a Enf^a Directora da ULSNE, informamos que o mesmo foi autorizado, sendo que a responsabilidade da aplicação do questionário terá que ser da investigadora.

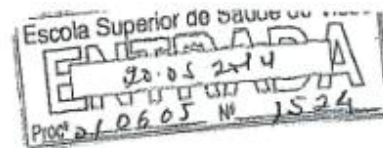
Com os melhores cumprimentos

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
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.

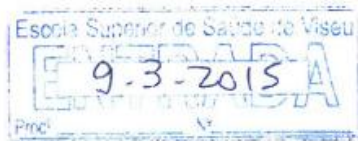
Mais se informa que quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

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”.**

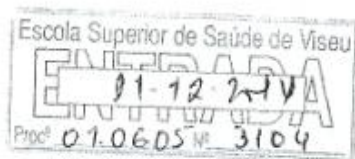
Em resposta ao assunto mencionado em epígrafe informamos V. Exa. que foi autorizada a realização do Estudo “Satisfação das crianças / jovens com a consulta da diabetes”, a realizar pelas mestrandas Ana Sofia Ferreira das Neves Barata e Vera Mónica Ferraz Filipe sob a orientação da Professora Doutora 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.^{mo(s)} 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/MM



Gabinete de Investigações e Inovação
 20 MAR. 2015

Recebido
 13.03.2015

<p>Parecer:</p>	<p>Despacho:</p>  <p> Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração 16/03/2015 Prof. Doutor Miguel Castelo Branco </p>
<p>ASSUNTO: Projecto de Investigação nº 114/2014 - “Satisfação das crianças/jovens com a consulta de diabetes”</p>	
<p>PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p>DE: 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,</p> <p>  ? O Gabinete de Investigação e Inovação (Drª Rosa Saraiva) </p> <div data-bbox="1093 1400 1316 1848" style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira</p> <p>38.3.15</p> <p>Despacho</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>Enfermeiro Chefe Enf.ª António José Rodrigues</p> </div>	
<p>RS/MA</p> <p style="text-align: right;">Pág. 1 / 1</p>	

