



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA**

**Bianca Fioravanti Nicolosi Cassettari**

**Qualidade de vida e satisfação das gestantes  
portadoras de diabetes em uso de insulina em um  
hospital universitário do interior de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Mestre(a) em Ginecologia, Obstetrícia e  
Mastologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Marilza Vieira Cunha Rudge  
Coorientador(a): Profa. Dra. Silvana Andrea Molina Lima

**Botucatu  
2015**

Bianca Fioravanti Nicolosi Cassettari

Qualidade de vida e satisfação das gestantes  
portadoras de diabetes em uso de insulina em um  
hospital universitário do interior de São Paulo

Dissertação apresentada à  
Faculdade de Medicina, Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho”, Câmpus de Botucatu, para  
obtenção do título de Mestre(a) em  
Ginecologia, Obstetrícia e  
Mastologia.

Orientador (a): Profa.Dra. Marilza Vieira Cunha Rudge  
Coorientador(a): Profa.Dra. Silvana Andrea Molina Lima

Botucatu  
2015

*Dedicatória*

---

- Dedico este trabalho a Deus, fiel companheiro, amigo guerreiro, Pai verdadeiro. É com Deus que eu cresci e aprendi a amar, respeitar e viver a vida nas leis da igreja.
- Aos meus pais mais amados, Denise e Antonio Henrique, meus sogros, Marisa e Odim, meu irmão e minha cunhada, Vitor e Rachel, minha cunhada e meu cunhado, Melissa e Guisepe, obrigada por serem a minha família e por me completarem todos os dias.
- Ao meu marido Marcel, amor da minha vida, obrigada por acreditar em mim e na minha carreira e obrigada por me dar o presente mais lindo do mundo.
- Ao meu filho Luiz Antônio, luz da vida, amor infinito.

*Agradecimientos*

---

- À professora Silvana Andrea Molina Lima, mais que uma co-orientadora, uma mulher incrível, que esbanja serenidade, sabedoria, humildade, companheirismo, profissionalismo e caráter. Silvana, você sempre terá um lugar especial no meu coração, obrigada por todas as oportunidades e amizade.
- À minha orientadora, Dra Marilza Vieira Cunha Rudge, obrigada pela oportunidade, pela credibilidade e confiança.
- À minha professora e amiga Noeli, que fez com que eu conhecesse e me apaixonasse por gestantes. A Meline e Lígia, amigas enfermeiras que são exemplos para mim. A Mariana, Joice, Gabriela e Fernanda, Luana e Lisi, alunas do programa, que me apoiaram e me ensinaram muito sobre gestação e diabetes.
- À funcionária Maria José, que todos os dias esteve com um sorriso no rosto para nos ajudar na sala de perfil.

*“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”*

*Chicco Xavier.*

# *Sumário*

---



## **Artigo 1**

Qualidade de vida das gestantes portadoras de diabetes em acompanhamento pré-natal hospitalar e ambulatorial de um Hospital Universitário no interior de São Paulo

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Objetivos.....	6
Método.....	7
Resultados.....	10
Discussão.....	14
Conclusão.....	17
Referências.....	19

## **Artigo 2**

Satisfação das gestantes portadoras de diabetes em acompanhamento pré-natal hospitalar e ambulatorial de um Hospital Universitário no interior de São Paulo

Resumo.....	23
Abstract.....	24
Introdução.....	25
Objetivos.....	27
Método.....	27
Resultados e Discussão.....	30
Conclusão .....	39
Referências .....	41

## **Anexos**

Anexo A.....	45
Anexo B.....	47
Anexo C.....	55

*Artigo original 1*

---

**Quality of life of pregnant women with diabetes in insulin use in a university hospital in São Paulo interior.**

Bianca Fioravanti Nicolosi Cassettari<sup>a</sup> Cassettari BNF, Silvana Andréa Molina Lima<sup>b</sup> Lima SAM, Cláudia Garcia Magalhães<sup>a, c</sup> Magalhães CG.

Meline Rossetto Kron<sup>a</sup> Kron MR, Ana Cláudia Molina Cavassini<sup>d</sup> Cavassini ACM, Noeli Aparecida Quessada Marquesim<sup>a</sup> Marquesim NAQ, Marilza Vieira Cunha Rudge<sup>a, c</sup> Rudge MVC, Iracema Mattos Paranhos Calderon<sup>a, c</sup> Calderon IMP, Roberto Antônio Araújo Costa<sup>c</sup> Costa RAC

<sup>a</sup> Postgraduate Program in Gynecology, Obstetrics and Mastology, Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, SP, Brazil

<sup>b</sup> Department of Nursing, , Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, SP, Brazil

<sup>c</sup> Department of Gynecology and Obstetrics, Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, SP, Brazil

<sup>d</sup> Nurse, Municipal Authority of Botucatu, Botucatu, São Paulo, Brazil.

**Correspondence:** MD, PhD. Titular Professor, Department of Gynecology and Obstetrics Marilza Vieira Cunha Rudge

Botucatu Medical School  
Av. Prof. Montenegro s/n  
Distrito de Junior Rubião  
Botucatu, São Paulo, 18.618-970, Brazil

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em gestantes diabéticas, em uso de insulina, que realizaram o acompanhamento pré-natal hospitalar ou ambulatorial no serviço especializado de diabetes e gravidez. Trata-se de um estudo coorte única concorrente, desenvolvido no Centro de Investigação do Diabetes Perinatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2011 a março de 2013, mediante aplicação de um questionário de avaliação de qualidade de vida a todas gestantes portadoras de diabetes melito prévio à gestação (Tipo 1e 2) ou diabetes melito gestacional, em uso de insulina, que foram submetidas a acompanhamento ambulatorial ou hospitalar. De acordo com World Health Organization Quality Of Life, adaptado para o português-WHOQOL-BREF, a maioria das gestantes dos grupos ambulatorial e hospitalar considerou a qualidade de vida como boa no início da gestação (Momento 1) e no final da gestação (Momento 2), sendo ainda maior a avaliação de qualidade de vida no grupo hospitalar. Em relação à condição de saúde, a maioria das gestantes do grupo ambulatorial estava satisfeita no início da gestação (Momento 1) e no final da gestação (Momento 2). Já no grupo hospitalar, apenas 36,3% (momento 1) e 33,3% (momento 2) estavam satisfeitas. Considerando os locais de atendimento, a evolução dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente), nos momentos 1 e 2, não apresentaram diferenças significativas entre si. Pode-se concluir que, neste estudo, aplicação do WHOQOL-BREF, ao longo da gestação, evidenciou que as gestantes diabéticas apresentaram boa qualidade de vida, independente do tipo de acompanhamento.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellito, gravidez de alto risco, hospitalização, ambulatório hospitalar, qualidade de vida

**ABSTRACT-** The aim of this study is assessing quality of life in diabetic pregnant women taking insulin, which conducted the hospital prenatal care or outpatient service specializing in diabetes and pregnancy. It is a single cohort competitor followed by 09 months, developed the Specialized Service of Diabetes and Pregnancy, Faculty of Medicine of Botucatu. The data collection was conducted from January 2011 to March 2013 through a questionnaire for assessing quality of life to all pregnant women with diabetes prior to pregnancy (Type 1, 2) or DMG, taking insulin, which underwent ambulatory or hospital monitoring. According World Health Organization Quality of Life in Brazilian version- WHOQOL - BREF, most of the pregnant patient and hospital groups considered the quality of life as good in early pregnancy (Time 1) and at the end of pregnancy (Time 2), and further assessment of quality of life in the hospital group. Regarding health status, most mothers in the outpatient group was met at the beginning of pregnancy (Time 1) and at the end of pregnancy (Time 2). In the hospital group, only 36.3% (First moment) and 33.3% (Second moment) were satisfied. Considering the local service, the evolution of the domain scores (physical, psychological, social and environmental), at times 1 and 2, no significant differences between them. Can conclude that in this study, applying the WHOQOL-BREF, throughout gestation, showed that diabetic patients had a good quality of life independent of the type of monitoring.

**Key-words::** Diabetes Mellitus, High Risk Pregnancy, Inpatient, Hospital Outpatient, Life Quality

## 1. INTRODUÇÃO

*Diabetes mellitus* (DM) é considerada uma das principais doenças crônicas, sendo um problema de saúde universal, que acomete todas as classes socioeconômicas e afeta populações de países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento. É caracterizada pela presença de hiperglicemia crônica, com distúrbios do metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, resultando em defeitos na secreção e/ou ação da insulina, com consequências a longo prazo, como danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos <sup>1,2</sup>.

O DM é classificado em: diabetes tipo 1, tipo 2 e o gestacional. O DM 1 acomete principalmente crianças e jovens e resulta na destruição das células beta ( $\beta$ )-pancreáticas, por processos autoimunes. O DM tipo 2 refere-se à diminuição da ação da insulina endógena nos tecidos-alvos, particularmente fígado, músculos e tecido adiposo, com relativa deficiência de insulina. DM gestacional caracteriza-se pelo quadro de intolerância à glicose, com a primeira identificação na gravidez. Pode persistir após o parto e evoluir para o DM2 <sup>3,2</sup>.

Na gestação, o pâncreas materno passa por uma série de adaptações – desenvolve hiperatividade, aumenta a síntese e liberação de insulina e mantém o nível de glicose materna circulante abaixo do normal, garantindo aporte energético ao feto. Na falta de reserva funcional pancreática, ocorrerá hipoinsulinismo na segunda metade da gestação, com consequente hiperglicemia materna, caracterizando o Diabetes Gestacional <sup>4</sup>. A fisiopatologia do DM gestacional não está totalmente elucidada <sup>5</sup>. Sua incidência é variável, estima-se entre 3 e 8% das gestantes <sup>6,5</sup>.

Nas gestações complicadas pelo diabetes, a presença de hiperglicemia e as alterações no metabolismo lipídico estão associadas a complicações tanto no organismo materno quanto fetal <sup>7,8</sup>.

O DM prévio (Tipo 1 e 2) está associado ao aumento na morbidade inicial (abortos espontâneos e malformações congênitas) e DM gestacional ao aumento na morbidade tardia (hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, macrossomia e hiperbilirrubinemia neonatal) e, em ambos os casos, ocorrem aumento do risco para mortalidade perinatal <sup>9,10,11</sup>.

Estudo realizado por Rudge et al.<sup>9</sup> mostra que os resultados avaliados nos últimos 20 anos evidenciam que o risco atribuível (RA) de Mortalidade Perinatal (MPN) é de 6,12%, nas gestações complicadas pelo diabetes gestacional ou clínico (TTG100g e Perfil Glicêmico–PG alterados), e de 4,16%, nas associadas à hiperglicemia leve (TTG100g normal e PG alterado).

Além das complicações maternas e fetais, o DM acarreta importante perda na qualidade de vida <sup>12</sup> e promove elevadas despesas para o sistema de saúde <sup>13</sup>.

Nesse sentido, questões como bem-estar e qualidade de vida devem ser abordadas como parte do processo de intervenção terapêutica, pois os profissionais de saúde estão voltados não apenas para tratar a doença mas especialmente para o tratamento individualizado da paciente <sup>14</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e precauções <sup>15</sup>.

A QV envolve também capacidades comportamentais e cognitivas do indivíduo, bem-estar emocional e habilidades que requerem o desempenho de papéis sociais, vocacionais e domésticos. Entretanto, é de difícil avaliação, pois cada indivíduo coloca um valor diferente na importância dessas variáveis, enfatizando assim a natureza subjetiva e individualizada no conceito de qualidade de vida <sup>16</sup>.

Nahas <sup>17</sup> refere que a percepção do paciente frente à doença influencia na sua qualidade de vida, interferindo em suas condições de saúde e em aspectos gerais da sua vida pessoal.

As mudanças comportamentais e experiências clínicas dos pacientes submetidos a tratamentos específicos requerem dos profissionais medidas de avaliação da qualidade de vida pessoal e do perfil de saúde dos mesmos <sup>15</sup>.

As experiências clínicas e as mudanças comportamentais dos indivíduos em face de tratamentos específicos proporcionam à instituição medidas de

avaliação de respostas do perfil de saúde dos pacientes. Concomitantes a esse fato, surgiram propostas de avaliação de qualidade de vida obtidas por instrumentos ou escalas <sup>15</sup>.

A OMS padronizou um instrumento de QV, denominado “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL), que avalia quatro domínios de saúde: física, psicológica, relações sociais e meio ambiente <sup>18,15,19,20</sup>.

Na área da saúde da mulher, são escassos os trabalhos que abordam esse assunto tão fundamental na vida do ser humano.

Estudo realizado no Centro de Investigação do Diabete Perinatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (CIDP-HCFMB) avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde das gestantes diabéticas e normoglicêmicas. Foram observados prejuízos de aspectos determinantes da qualidade de vida, com pontuação menor dos escores em gestantes diabéticas <sup>21</sup>.

Um ensaio clínico randomizado foi realizado por esse mesmo grupo para avaliar o custo-efetividade do tratamento ambulatorial e hospitalar durante o pré-natal das gestantes diabéticas em uso de insulina, em que se verificou a redução dos custos para o tratamento de ambulatório e resultados materno-fetais semelhantes entre os grupos<sup>22</sup>. Entretanto, a partir desse estudo, surgiu o questionamento relacionado à possível diferença da qualidade de vida das gestantes diabéticas nos diferentes tipos de tratamento.

Mediante o exposto, a escassez de literatura e a necessidade de comparação da qualidade de vida dessas gestantes justificam a realização desse trabalho.

## **2.OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em gestantes diabéticas , em uso de insulina, que realizaram o acompanhamento



pré-natal hospitalar ou ambulatorial, no serviço especializado de diabetes e gravidez.

## **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil da população de gestantes diabéticas atendidas em unidade hospitalar e ambulatorial.

Avaliar as condições de saúde das gestantes diabéticas atendidas em unidade hospitalar e ambulatorial.

Comparar o atendimento hospitalar e ambulatorial das gestantes diabéticas em relação à qualidade de vida.

Avaliar a evolução da pontuação dos domínios do WHOQOL –BREF das gestantes diabéticas atendidas em unidade hospitalar e ambulatorial.

## **3. MÉTODO**

### **Tipo e local do estudo**

Trata-se de um estudo coorte única concorrente, desenvolvido no Centro de Investigação do Diabetes Perinatal da Faculdade de Medicina de Botucatu (CIDP-FMB).

### **Seleção do sujeito**

Foi realizado Ensaio clínico pelo Grupo de pesquisa do Centro de Investigação do Diabetes Perinatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu <sup>22</sup>, que randomizou gestantes diabéticas em dois grupos: 1) intervenção, com uma nova proposta de atendimento ambulatorial e 2) comparador, que seguiu o protocolo da instituição (hospitalização das gestantes diabéticas durante o acompanhamento pré-natal).

A partir desse ensaio clínico, foram incluídas as gestantes portadoras de DM prévio à gestação (Tipo 1 e 2) ou DMG, diagnosticadas pelo teste de

tolerância à glicose de 100 ou 75 (TTG 100/75g) e pelo perfil glicêmico (PG), atendidas no serviço. Essas gestantes constituíram os grupos de estudo: a) GRUPO 1 - gestantes DM prévio (Tipo 1 e 2) ou DMG em acompanhamento ambulatorial (n=37); b) GRUPO 2 - gestantes DM prévio (Tipo 1 e 2) ou DMG em acompanhamento hospitalar (n=30) para realização desse estudo.

### **Caracterização dos grupos:**

Grupo 1: Gestantes que receberam assistência pré-natal em ambulatório. As gestantes do grupo ambulatorial receberam os glicosímetros, lancetas e fitas de glicemia e foram orientadas quanto à sua utilização e cuidados domiciliares por meio de consultas médicas e de enfermagem. O controle glicêmico foi realizado pela gestante em domicílio no dia anterior à consulta de pré-natal.

Grupo 2: Gestantes que receberam assistência pré-natal em enfermaria, conforme protocolo do HCFMB, que prevê hospitalizações de um dia a cada 15 dias até 28-30 semanas e depois a cada 7 dias até o parto. O controle glicêmico foi realizado durante a hospitalização por meio de punção venosa (perfil glicêmico).

### **Variáveis**

#### **Variável independente**

- Local de tratamento (Ambulatório/Enfermaria)

#### **Potenciais confundidores**

Idade (anos)

Tipo de DM

Tem companheiro (sim/não)

Tinha filhos antes do tratamento (sim/não)

Deseja ter mais filhos (sim/não)

Emprego (sim/não)

Perdeu companheiro (sim/não)

Escolaridade (em anos completos)

Idade gestacional (em semanas)

## **Desfecho**

- Evolução do escore de qualidade de vida entre dois momentos de observação (em diferença absoluta)

## **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2011 a março de 2013, mediante aplicação de um questionário de avaliação de qualidade de vida a todas gestantes portadoras de DM prévio à gestação (Tipo 1e 2) ou DMG, em uso de insulina, que foram submetidas a acompanhamento ambulatorial ou hospitalar.

## **Momentos de avaliação**

As gestantes foram avaliadas em dois momentos:

MOMENTO 1 - correspondeu à primeira consulta de pré-natal, para as gestantes portadoras de DM Tipo1 e 2, ou ao diagnóstico da doença, para as gestantes portadoras de DMG.

MOMENTO 2 - correspondeu à internação para o parto (no dia do parto), quando foram avaliadas todas as gestantes portadoras de DM prévio à gestação ou DMG.

## **Instrumento de avaliação**

O questionário aplicado nos dois momentos foi WHOQOL–BREF (ANEXO I) – versão abreviada do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – 100), composto por 26 questões, sendo duas delas gerais (q1 e q2), que não fazem parte de domínios, ou seja, são analisadas separadamente. As demais 24 questões são agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada item é pontuado em uma escala de um a cinco, em que as maiores pontuações indicam melhor QV.

## **Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ser gestante, com diabetes prévio ou gestacional, em uso de insulina, durante o período gestacional, internada ou em atendimento ambulatorial durante a assistência pré-natal no HCFMB e ter realizado o parto no HCFMB.

## **Estatística**

Comparação entre os locais de tratamento em relação à evolução do escore de qualidade de vida pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney e comparação entre os locais com relação aos potenciais confundidores pelos testes de Mann-Whitney, Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se  $p < 0,05$ . Análise feita com o software SPSS v21.0

## **Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp, recebendo parecer nº 606.987 (anexo).

## **4. RESULTADOS**

A Tabela 1 mostra o perfil das gestantes participantes do estudo. Nos dois grupos, a maioria das gestantes tinha companheiro, filhos antes do tratamento, não tinha emprego e não desejava ter mais filhos.

Nos dois grupos, a faixa etária das gestantes variou de 18 a 42 anos de idade, o grau de escolaridade prevaleceu o ensino fundamental e a idade gestacional variou de 2 a 34 semanas no ambulatório e 5 a 32 semanas na enfermaria. Não há diferença estatística significativa entre os grupos.

Entre as gestantes acompanhadas de ambulatório, 57% pertenciam ao grupo DMG; e as acompanhadas de Enfermaria, 50% pertenciam ao grupo DM tipo 2.

Tabela 1 – Comparação dos dados sócio-demográficos das gestantes diabéticas em acompanhamento do pré-natal no ambulatório e na enfermaria

Variável	Local		P
	Ambulatório (n=37)	Enfermaria (n=30)	
Idade (anos)	32(18-42)	32(22-42)	0,511 <sup>(1)</sup>
Tipo de DM			
I	3(8%)	5(17%)	0,149 <sup>(2)</sup>
II	13(35%)	15(50%)	
Gestacional	21(57%)	10(33%)	
Tem companheiro	35(95%)	27(90%)	0,650 <sup>(2)</sup>
Tinha filhos antes do tratamento	26(70%)	24(80%)	0,363 <sup>(3)</sup>
Deseja ter mais filhos	8(22%)	4(13%)	0,525 <sup>(2)</sup>
Emprego	11(30%)	9(30%)	0,981 <sup>(3)</sup>
Perdeu companheiro	2(5%)	2(7%)	1,000 <sup>(2)</sup>
Escolaridade	4(2-7)	4(1-7)	0,429 <sup>(1)</sup>
Idade gestacional (semanas)	18(2-34)	16(5-32)	0,752 <sup>(1)</sup>

(1) Mann-Whitney, (2) Exato de Fisher, (3) Qui-quadrado

A tabela 2 mostra os resultados do WHOQOL-BREF em relação à QV e condições de saúde nas gestantes incluídas no estudo.

De acordo com WHOQOL – BREF, a maioria das gestantes dos grupos ambulatorial e hospitalar considerou a QV como boa no início da gestação (Momento 1) e no final da gestação (Momento 2).

Em relação à condição de saúde, a maioria das gestantes do grupo ambulatorial estava satisfeita no início da gestação (Momento 1) e no final da

gestação (Momento 2). Já no grupo hospitalar, apenas 36,3% (M1) e 33,3% (M2) estavam satisfeitas.

Tabela 2. Resultados do WHOQOL–BREF em relação à QV e condições de saúde nas gestantes incluídas no estudo

	Ambulatório (n = 37)				Enfermaria (n = 30)			
	M1		M2		M1		M2	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)
<b>Q1 – Qualidade de vida</b>								
Ruim	2	4,65	6	15	2	7,5	-	-
Nem ruim nem boa	14	37,20	12	32,5	8	27,2	10	33,3
Boa	21	58,13	18	50	20	65,9	20	66,6
Muito boa			1	2,5				
<b>Q2 – Condição de saúde</b>								
Muito insatisfeita		-		-	1	4,54		-
Insatisfeita	4	9,30	5	12,5	7	22,7	4	13,3
Nem satisfeita nem insatisfeita	12	32,5	9	25	11	36,3	15	50
Satisfeita	21	58,13	23	60	11	36,3	10	33,3

A tabela 3 mostra os resultados dos domínios do WHOQOL – BREF. Considerando os locais de atendimento, os escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente), nos momentos 1 e 2, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 3 – Comparação entre os locais em relação aos escores dos domínios do Whoqol

	<b>Local</b>							<b>P</b>
	<b>Ambulatório</b>			<b>Enfermaria</b>				
	<b>Med</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Med</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>		
<b>Momento 1 (M1)</b>								
Físico	13,7	5,7	17,1	12,9	4,6	17,7	0,112	
Psicológico	14,7	9,3	16,7	14,7	9,3	18,0	0,809	
Social	14,7	8,0	18,7	14,7	10,7	18,7	0,699	
Meio ambiente	14,5	11,0	16,0	14,8	10,0	17,5	0,347	
<b>Momento 2 (M2)</b>								
Físico	13,7	5,7	17,1	13,1	5,1	16,6	0,242	
Psicológico	14,7	8,7	18,0	15,0	11,3	18,0	0,775	
Social	14,7	8,0	17,3	16,0	12,0	18,7	0,273	
Meio ambiente	14,5	10,5	17,0	15,0	10,0	17,0	0,335	

Mann-Whitney

A tabela 4 mostra a comparação em relação à evolução na pontuação dos domínios do WHOQOL-BREF. Considerando os locais de atendimento, a evolução dos escores dos domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente), nos momentos 1 e 2, não apresentou diferenças significativas.

Tabela 4 – Comparação em relação à evolução na pontuação dos domínios do Whoqol

	Local						<i>P</i>
	Ambulatório			Enfermaria			
	Med	Min	Max	Med	Min	Max	
<b>Evolução (diferença entre os momentos)</b>							
Físico	0,0	-5,1	6,3	0,0	-5,7	8,0	0,881
Psicológico	0,0	-4,0	4,0	0,0	-3,3	6,0	0,745
Social	0,0	-4,0	8,0	0,0	-4,0	5,3	0,561
Meio ambiente	0,0	-3,0	2,5	0,0	-6,5	4,0	0,910
Mann-Whitney							

## 5. DISCUSSÃO

Nesse estudo, as gestantes diabéticas acompanhadas de ambulatório ou no ambiente hospitalar apresentaram boa qualidade de vida e pontuação dos domínios de QV semelhantes entre os grupos. Entretanto, as gestantes acompanhadas de ambulatório se mostraram mais satisfeitas em relação às do grupo hospitalar.

Após busca na literatura, foi encontrado um estudo sobre avaliação da QV em gestações complicadas por diabetes <sup>21</sup>. E nenhum estudo foi encontrada avaliação de gestantes diabéticas com tipos de tratamentos diferenciados. Isso dificultou a comparação dos nossos estudos.

Entretanto, o estudo realizado por Marquesim et al <sup>21</sup> avaliou a QV em gestantes portadoras de DM prévio à gestação, DMG ou Hiperglicemia Gestacional Leve (HGL). De acordo com os autores, a maioria das gestantes



considerou como boa a QV no primeiro momento e como ruim no segundo momento (no final da gestação).

Esses resultados também foram evidenciados por Tasdemir et al. <sup>23</sup>, que observaram alteração na QV na gestação, independentemente da associação de uma doença materna.

Em nosso estudo, independentemente do grupo, a maioria das gestantes, sejam elas acompanhadas de ambulatório ou hospitalar, considerou ter boa QV na primeira avaliação (Momento 1) e no final da gestação (Momento 2). Dessa maneira, o tipo de acompanhamento parece não ter influenciado na avaliação da qualidade de vida dessas gestantes.

Entretanto, na avaliação da condição de saúde, Marquesim et al. <sup>21</sup> identificaram que a maioria das gestantes diabéticas tratadas em ambulatório estava satisfeita no primeiro momento (56%) e no segundo momento houve uma redução de 26% dessa satisfação.

Diferentemente, em nosso estudo, a maioria das gestantes do grupo ambulatorial estava satisfeita no início da gestação (Momento 1) e isso se manteve até o final da gestação (Momento 2). O mesmo não ocorreu com o grupo hospitalar, pois apenas cerca de 30% das gestantes estavam satisfeitas com a condição de saúde nos momentos 1 e 2. Isso evidencia que o tratamento ambulatorial pode ter influenciado positivamente na avaliação da condição de saúde dessas gestantes, por permitir maior flexibilidade para as atividades laborais e de lazer, maior permanência com a família, entre outras vantagens.

Nesse sentido, estudo realizado por Nachum et al. <sup>24</sup> identificou que o tratamento ambulatorial viabiliza a realização do controle glicêmico domiciliar pela própria paciente, a fim de evitar a separação da gestante de sua família, e possibilita a redução de traumas psicológicos, mental e social decorrentes da hospitalização.

Além disso, Cavassini et al. <sup>25</sup> observaram vantagens econômicas do atendimento ambulatorial sobre a hospitalização.

Outros estudos do Grupo de pesquisa do CIDP-FMB apontaram para adoção do tratamento ambulatorial não apenas pela vantagem econômica mas

também por obtenção de resultados maternos e fetais semelhantes entre os dois tipos de acompanhamentos <sup>26,22</sup>.

Em relação aos domínios do WHOQOL-BREF, segundo Fleck et al. <sup>18</sup>, o físico é composto por facetas relacionadas à dor/desconforto, energia/fadiga, sono/repouso, capacidade para o trabalho e dependência de medicação/tratamento; o psicológico envolve sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e espiritualidade; o social relaciona-se às relações pessoais, ao suporte social e à atividade sexual; e o meio ambiente envolve segurança, recursos financeiros, transporte, ambiente, entre outros.

O presente estudo não evidenciou diferença significativa da pontuação dos domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais entre os grupos, tanto no primeiro quanto no segundo momentos. Não houve alteração estatisticamente significativa também quando se comparou a evolução do escore dos momentos 1 e 2 entre os mesmos grupos, ou seja, entre o grupo ambulatorial ou hospitalar isoladamente.

No estudo realizado por Marquesim et al. <sup>21</sup>, foi observada uma pontuação menor nos domínios físicos, psicológicos e ambientais ao final da gestação quando comparada ao momento anterior (M1). Essa queda dos escores dos domínios pode indicar a relação entre diabetes e ansiedade/depressão <sup>27,28</sup>.

Por outro lado, estudos mais antigos não encontraram diferenças significativas nos perfis psicológicos de gestantes diabéticas e não diabéticas <sup>29,30</sup>.

Estudo qualitativo realizado por Silva et al. <sup>31</sup> verificou redução no interesse sexual e piora nas relações pessoais, podendo comprometer o domínio social. Esses achados não foram evidenciados em nosso estudo.

A ausência de diferença na pontuação dos domínios, bem como na sua evolução no presente estudo, evidencia que o Diabetes durante a gestação é o principal fator que afeta a qualidade de vida das gestantes, como já demonstrada por Marquesim et al. <sup>21</sup>, e não o tipo de acompanhamento pré-natal. Essa limitação do estudo sugere a realização de pesquisa qualitativa para aprofundamento dos achados.

Considerando-se que as características das gestantes relacionadas à idade, escolaridade, presença de companheiro e emprego não foram diferentes entre os grupos acompanhados de ambulatório e hospitalar, os resultados encontrados refletem a qualidade da assistência prestada em ambos os tratamentos, garantindo suporte adequado durante o período gestacional, sendo determinante na avaliação dos diferentes domínios.

O presente estudo evidencia que, além dos aspectos econômicos e resultados maternos/fetais positivos já demonstrados em outras pesquisas desenvolvidas pelo grupo de Diabetes e Gestação da FMB-Unesp, as gestantes diabéticas atendidas em ambulatório apresentam boa qualidade de vida e satisfação da condição de saúde, garantindo maior segurança na mudança de protocolo institucional de atendimento de gestantes diabéticas, que há mais de 20 anos sempre foi a hospitalização dessas pacientes.

## **6. CONCLUSÃO**

Nesse estudo, a aplicação do WHOQOL-BREF, ao longo da gestação, evidenciou que as gestantes diabéticas apresentaram boa qualidade de vida independente do tipo de acompanhamento.

O grau de satisfação com a condição de saúde durante toda a gestação foi maior no grupo das gestantes diabéticas acompanhadas de ambulatório.

A avaliação dos domínios, bem como sua evolução durante a gestação, foi semelhante entre os grupos ambulatorial e hospitalização.

A pesquisa contribuiu para a avaliação da qualidade de vida das gestantes diabéticas acompanhadas, de ambulatório e hospitalar, evidenciando a necessidade da realização de um estudo qualitativo da satisfação dessas gestantes em relação aos dois tipos de tratamentos, para maior aprofundamento do tema, além de melhorar a qualidade dos protocolos de conduta nessas gestações de risco.

## 7. REFERÊNCIAS

- 1-Gross JL, Ferreira, SRG, Franco, LJ, Schmidt MI, Motta D G., et al Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito e Tratamento do Diabetes Melito Tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. ArqBrasEndocrinolMetab. 2000; 44Suppl 1: 8-35.
- 2-American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus: position statements. Diabetes Care. 2012, 35:S71-51.
- 3-Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. J Clin Invest. 2005;115(3): 485-91.
- 4-Mestman J. Interaction between pregnancy, gestational diabetes, and long-term maternal outcome. In: Reece EA, Coustan DR, Gabbi SG. Diabetes in women: Adolescence, pregnancy and menopause. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.; 2004: 233-41.
- 5-Maganha CA, Vanni DGBS, Bernardini MA, Zugaib M. Tratamento do Diabetes Melito Gestacional. RevAssocMed Bras.2003; 49(3): 330-4.
- 6-Schmidt MI, Matos MC, Reichelt AJ, Forti AC, de Lima L, Duncan BB. Prevalence of gestational diabetes mellitus – do the new WHO criteria make a difference? Brazilian Gestational Diabetes Study Group.Diabetes Med. 2000; 17: 376-80.
- 7-Merzouk H, Madane S, Chabani Sari D, Prost J, Bouchenak M, Belleville J. Time course of changes in serum glucose, insulin, lipids and tissue lipase activities in macrosomic offspring of rats with streptozotocin-induced diabetes. ClinSci 2000, 98: 21-30.
- 8--Metzger, B.E. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study. Int Gynecol Obst 2002; 78: 69-77.
- 9- Rudge MVC, Calderon IMP, Ramos MD, Brasil MAM, Rugolo LMSS, Bossolan G, et al. Hiperglicemia materna diária diagnosticada pelo perfil glicêmico: um problema de saúde pública materno e perinatal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.2005; 27:691-7.
- 10-Barnes-Powell LL. Infants of diabetic mothers: the effects of hyper glycemia on the fetus and neonate. Neonatal Netw. 2007; 26(5):283-90.

- 11-Macintosh MC, Fleming KM, Bailey JA, Doyle P, Modder J, Acolet D, et al. Perinatal mortality and congenital anomalies in babies of women with type 1 or type 2 diabetes in England, Wales, and Northern Ireland: population based study. *BMJ*. 2006; 22;333(7560):177.
- 12-Toscano, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Col.*, v.9, n.4, p.885-895, 2004.
- 13- Lima SAM, Cavassini ACM, Manso LN, Rudge MVC. Evaluation of hospitalization costs for diabetic pregnant women in a University Hospital in the interior of São Paulo State. *Ver. Acta Scientiarum Health Sciences*, 2010.
- 14-Buss PM: Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2000; 5(1): 163-177
- 15- Brito DM.S; Araújo T L.; Galvão M T G.; Moreira, T M M.; Lopes, M V O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Rev Caderno de Saúde Pública* 2008; 24(4): 933-940.
- 16-Beck CLC, Budó MLD, Gonzales RMB. A qualidade de vida na concepção de professoras de enfermagem - elementos para reflexão. *RevEscEnf USP* 1999; 33(4): 348-54.
- 17-Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo Londrina: Midiograf; 2001.
- 18-Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-BREF. *Rev de Saude Publ.* 2000; 34(2):178–183. doi: 10.1590/S0034 89102000000200012.
- 19-Lunardi LL, Costa AL, Guerreiro CA, Souza EA. Quality of life in pregnant women with epilepsy versus women with the epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2011;69(2B):336-41.
- 20-Vallim et al.: Water exercises and quality of life during pregnancy. *Reproductive Health* 2011; 8: 14 / doi:10.1186/1742-4755-8-14.
- 21-Marquesim NAQ et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em gestantes diabéticas ou com hiperglicemia leve. *Dissertação FMBUNESP* 2013.
- 22-Kron MR et al. Tratamento ambulatorial e hospitalar na monitorização glicêmica de gestantes em uso de insulina. *Dissertação FMBUNESP* 2014.

- 23-Taşdemir S, Balci E, Gunay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Ups J Med Sci.* 2010; 115(4):275-81.
- 24-Nachum Z, Ben-Shlomo I, Weiner E, Moshe Ben-Ami M, Shalev E. Diabetes in Pregnancy: Efficacy and Cost of Hospitalization as Compared with Ambulatory Management ± A Prospective Controlled Study *IMAJ* 2001;3:915-9
- 25-Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon, IMP, Rudge, MVC. Care cost for pregnant and parturient women with diabetes and mild hyperglycemia. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012a,46;(2): 334-43
- 26-Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon IMP, Rudge MVC. Cost-benefit of hospitalization compared with out patient care for pregnant women with pre gestational and gestational diabetes or with mild hyperglycemia, in Brazil. *São Paulo Med J* 2012b; 130(1):17-26.
- 27-Chida, Y., & Hamer, M. An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus. A meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetologia.* 2008; 51, 2168–2178.
- 28-Dalfra MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A. Quality of life in pregnancy and pos-partum:a study in diabetic patients. Springer Science + Business Media B.V. 2011.
- 29-Langer, N., & Langer, O. Emotional adjustment to diagnosis and intensified treatment of gestational diabetes. *Obstetrics and Gynecolog.* 1994; 84, 329–334.
- 30-Spirito, A., Williams, C., Ruggiero, L., Bond, A., MvcGarvey, S. T., & Coustan, D. Psychological impact of the diagnosis of gestational diabetes. *Obstetrics and Gynecology.* 1989 73(4),562–566.
- 31-Silva L, Santos RC, Parada, CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 novembro-dezembro; 12(6):899-904.

*Artigo original 2*

---

**RESUMO:** O presente estudo teve como objetivo compreender a satisfação das gestantes portadoras de diabetes, que utilizaram insulina durante o período gestacional, com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial e hospitalar. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. As participantes da pesquisa foram 30 gestantes que faziam acompanhamento pré-natal e participaram de um estudo de ensaio clínico realizado pelo Grupo de pesquisa do Centro de Investigação do Diabetes Perinatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os dados foram coletados por meio de entrevista e ponderados a partir da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que as gestantes ficaram satisfeitas com a assistência pré-natal oferecida, independentemente do tipo de acompanhamento (ambulatorial ou hospitalar). A partir dos discursos, pode-se concluir que a assistência pré-natal realizada pelo acompanhamento ambulatorial apresenta vantagens, como já relatado por outros estudos encontrados na literatura, e descritas nesta pesquisa. Entretanto, algumas dificuldades de ordem estrutural, técnica e administrativa foram identificadas, necessitando de reavaliação desse tipo de acompanhamento, a fim de garantir maior agilidade do serviço, evitando desgastes físicos e complicações, além da adoção de práticas de humanização do atendimento a gestante.

Palavras-chave - Satisfação, gestante, diabetes melito, diabetes melito gestacional



**ABSTRACT:** This study aimed to understand the satisfaction of pregnant women with diabetes who used insulin during pregnancy, with the prenatal care performed by outpatient and inpatient monitoring. This is a descriptive, exploratory qualitative study. The subjects were 30 pregnant women receiving prenatal care and participated in a clinical trial study by the research group of Perinatal Diabetes Research Center Hospital of the Botucatu School of Medicine. The data were collected through interviews and weighted from the content analysis. The results showed that pregnant women were satisfied with the prenatal care offered, regardless of the type of follow-up (outpatient or hospital). From the speeches, one can conclude that prenatal care performed by outpatient treatment has advantages as already reported by other studies in the literature and described in this research, however, some structural difficulties, technical and administrative were identified, necessitating reevaluation of such monitoring to ensure faster service, avoid wear and physical complications and adoption of humanization practices of care for pregnant women.

Keys-Words- Satisfaction, pregnant women, diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus

## 1. INTRODUÇÃO

Os serviços do setor de saúde têm uma preocupação cada vez maior com a qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, demonstram aumento do interesse pela satisfação dos clientes.

Essa preocupação com a satisfação iniciou-se na década de 70 e teve como base aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção <sup>1</sup>.

No Brasil, o trabalho de avaliação de satisfação do atendimento é recente <sup>2</sup>. Entretanto, desde 1990, com a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), existe uma preocupação com a estruturação de um novo modelo assistencial voltado para as necessidades de saúde da população <sup>1</sup> e, conseqüentemente, com a busca da satisfação.

Nesse sentido, a satisfação do paciente pode ser conceituada como avaliações positivas realizadas de forma individual e de diferentes dimensões do cuidado com a saúde <sup>3</sup>. Para Alves <sup>4</sup>, a satisfação resulta da estimativa realizada pelo indivíduo a favor do desempenho de suas necessidades, possibilidades e resultados alcançados.

Considerando as necessidades de saúde da população, inúmeras ações devem ser realizadas para a obtenção de uma assistência de qualidade e da satisfação do cliente, bem como para a resolução do problema de saúde.

Dentre as diferentes necessidades na saúde, pode ser destacada a assistência pré-natal, que no Brasil é garantida pela política de saúde, a qual deve ser oferecida e organizada de modo a garantir o atendimento das necessidades básicas das gestantes, com a finalidade de, ao final da gestação, ocorrer um parto sem intercorrências, sem prejuízos à saúde da mãe e um recém-nascido saudável <sup>5</sup>.

Na gestação, inúmeras mudanças acontecem nesse período, que, além da dimensão biológica, envolvem aspectos individuais da própria mulher, do seu companheiro, da família e dos serviços de saúde <sup>6</sup>.

Além das alterações fisiológicas, a gestação pode estar associada a diversas patologias, como o Diabetes Mellitus (DM) e complicações maternas e fetais.

O DM é uma patologia crônica, que tem sido estudada mundialmente, já que atinge todas as classes socioeconômicas, sem distinção de sujeito vulnerável à aquisição do quadro de instabilidades glicêmicas. O custo às redes públicas e a queda na qualidade de vida são fatores de impacto para os órgãos financiadores <sup>7</sup>.

O DM é classificado em três tipos: o DM tipo 1, que ocorre principalmente em crianças e jovens, sendo os indivíduos insulino-dependentes; o DM tipo 2, o qual é caracterizado pela relativa deficiência de insulina; e o DM gestacional (DMG), que é caracterizado pelo quadro de intolerância à glicose, com a primeira identificação na gravidez, diagnosticada pelo exame de tolerância à glicose. Pode persistir após o parto e evoluir para o DM2 <sup>8,9</sup>.

Nas gestações complicadas pelo diabete, a presença de hiperglicemia e as alterações no metabolismo lipídico estão associadas a complicações tanto no organismo materno quanto fetal <sup>10,11</sup>. O DM está relacionado a comorbidades, como a macrossomia, a hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e a hipoglicemia, além das morbimortalidades <sup>12</sup>. Também está associado à incidência de abortos e malformações de primeiro trimestre <sup>13</sup>

Tendo em vista a gravidade e a importância do controle rígido glicêmico da gestante diabética, estudos têm sido realizados pelo Grupo de Pesquisa do CIDP – HCFMB. Um desses estudos foi um ensaio clínico randomizado, que teve como objetivo avaliar o custo-efetividade do tratamento ambulatorial e hospitalar durante o pré-natal das gestantes diabéticas em uso de insulina. Nesse estudo, foram verificadas redução dos custos para o tratamento de ambulatório e resultados materno-fetais semelhantes entre os grupos <sup>14</sup>.

Com a realização desse estudo e a escassez de trabalhos na literatura, surgiu a necessidade de compreender a satisfação das gestantes diabéticas com assistência pré-natal oferecida em ambos os acompanhamentos propostos, justificando assim a realização desse trabalho.

## **2. OBJETIVO**

O presente estudo teve como objetivo compreender a satisfação das gestantes portadoras de diabetes, que utilizaram insulina durante o período gestacional, com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial e hospitalar.

## **3. MÉTODO**

### **Tipo de Pesquisa**

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que utilizou a análise de conteúdo de Bardin <sup>15</sup> como referencial metodológico.

No presente estudo, foi adotada a abordagem qualitativa, pois permite ampliação da abrangência da realidade social, preocupando-se com os significados e identificando questões que poderiam passar despercebidas <sup>16</sup>.

### **Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Investigação do Diabetes Perinatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (CIDP – HCFMB), que compreende o atendimento ambulatorial na Seção Técnica de Ambulatório e o atendimento hospitalar na Seção Técnica de Obstetrícia e Centro-Obstétrico. A Seção Técnica de Ambulatório atende gestantes de alto risco, que inclui as portadoras de Diabetes Mellitus, e a Seção Técnica de Obstetrícia e Centro-Obstétrico possuem 29 leitos destinados ao acompanhamento de pré-natal de gestantes diabéticas e à internação de gestantes com complicações gestacionais, para o parto e realização de procedimentos obstétricos.

## **Participantes da Pesquisa**

As participantes da pesquisa foram gestantes que faziam acompanhamento pré-natal e participaram de um estudo de ensaio clínico realizado pelo Grupo de pesquisa do CIDP – HCFMB. Esse ensaio clínico foi realizado por Kron et al. <sup>14</sup>, que randomizou gestantes diabéticas em dois grupos: 1) grupo intervenção, com uma nova proposta de atendimento ambulatorial (realização de acompanhamento pré-natal ambulatorial e controle glicêmico domiciliar, com orientação da enfermagem e equipe médica); e 2) grupo comparador, que seguiu o protocolo da instituição (hospitalização das gestantes diabéticas durante o acompanhamento pré-natal para realização do controle glicêmico hospitalar).

O universo da pesquisa foi constituído de 15 gestantes acompanhadas no ambulatório e 15 gestantes hospitalizadas durante o acompanhamento pré-natal. Foi adotada amostra intencional, pela saturação de repetições. No momento em que se constatou a invariância do fenômeno estudado, o tamanho amostral foi delimitado em 15 gestantes para cada tipo de atendimento.

O levantamento do universo da pesquisa foi obtido a partir dos critérios de inclusão: ser gestante, com diabete prévio ou gestacional, em uso de insulina, durante o período gestacional, internada ou em atendimento ambulatorial durante a assistência pré-natal no HCFMB e ter realizado o parto no HCFMB.

## **Procedimentos metodológicos**

A coleta de dados foi realizada entre maio e outubro de 2014, nas consultas programadas após o parto, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo C), aplicado individualmente, a partir de uma pergunta norteadora: Qual a satisfação/opinião sobre a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial/hospitalar?

O roteiro foi constituído de duas partes, sendo a primeira de identificação e caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda de três perguntas relacionadas à satisfação com a assistência pré-natal recebida por

ambulatório ou hospitalização e as facilidades e dificuldades encontradas nos dois tipos de acompanhamentos.

As entrevistas foram gravadas e a seguir transcritas na íntegra para posterior análise dos dados. As transcrições das entrevistas foram ordenadas e as participantes do estudo foram denominadas A1.....A15 para acompanhamento pré-natal ambulatorial e H1.....H15 para acompanhamento pré-natal hospitalar.

Os dados foram ponderados de acordo com a análise de conteúdo, sendo dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (análise e interpretação dos dados) <sup>15,16</sup>. A análise dos dados foi realizada mediante a codificação das falas dos participantes, sendo que os códigos foram agrupados pelas semelhanças dos significados em categorias analíticas baseadas no roteiro tanto para o acompanhamento pré-natal ambulatorial quanto para o hospitalar. As unidades de significados foram agrupadas em três categorias: Satisfação com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar; Facilidades encontradas com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar, com sub-categorias: tranquilidade com atendimento hospitalar e segurança com atendimento hospitalar; e Dificuldades encontradas com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar, com sub-categorias: morar longe do serviço de saúde, problemas com atendimento ambulatorial e preocupação com os outros filhos.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, recebendo parecer nº 606.987 (Anexo).

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Identificação e caracterização das participantes do estudo**

Das gestantes participantes do estudo, a faixa etária variou de 18 a 42 anos de idade e o grau de escolaridade que prevaleceu foi o ensino fundamental. A maioria das gestantes possuía companheiro e filhos antes da gestação atual, sendo que o desejo de ter mais filhos variou de 13% a 22%. Apenas 30% das gestantes possuíam vínculo empregatício e o tipo de DM predominante nas gestantes de acompanhamento ambulatorial foi o gestacional e de acompanhamento hospitalar, o DM2.

### **4.2 Satisfação com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar**

Quando questionadas sobre a assistência pré-natal, as gestantes entrevistadas demonstraram satisfação quanto ao atendimento realizado por acompanhamento ambulatorial e hospitalar, conforme apontam os depoimentos a seguir:

Ah, foi excelente, acompanho aí desde sempre né?! (Gestante A5)

Achei o atendimento excelente, nesse hospital a gente pode confiar. (Gestante A4)

Muito bom, muito bom mesmo (Gestante A6)

Achei bom, fui muito bem atendida aí. (Gestante H7)

Ah, eu gostei bastante viu, não tenho do que reclamar. (Gestante H12)

Muito bom, todo mundo me tratava muito bem, só tive problema com uma mulher lá, mas de resto foi ótimo. (Gestante H13)

Weiss <sup>22</sup> realizou revisão da literatura sobre satisfação e identificou que os profissionais que realizam o acompanhamento do paciente têm um papel primordial para a qualidade do atendimento e satisfação do usuário.

Segundo Esperidião e Trad <sup>17</sup>, a satisfação engloba inúmeros fatores além da relação do profissional com o paciente, como a qualidade do atendimento, o acesso ao serviço prestado, a estrutura e a organização disponibilizada pelo serviço.

Ramirez et al. <sup>18</sup> também afirmam que o cuidado vai além da consulta, ele é feito de uma maneira holística, sendo que a satisfação está presente desde o momento em que o usuário é recepcionado na unidade, a higiene e iluminação do local, as condições de atendimento, o tempo de espera para ser atendido até a maneira de como é recepcionado, diagnosticado e acompanhado. Para os autores, o meio em que o usuário é exposto tem total influência no seu grau de satisfação.

Nesse sentido, pelos discursos apresentados, as participantes se mostraram satisfeitas com o tratamento recebido, independentemente do tipo de acompanhamento ambulatorial ou hospitalar durante o período gestacional. As gestantes não se referiram especificamente ao atendimento de uma categoria profissional. Contudo, evidenciaram sentimentos em relação ao serviço de saúde como de confiança e excelência no atendimento. Esses sentimentos também indicam que o serviço possui uma preocupação com a humanização do atendimento, levando em conta o atendimento da necessidade da usuária.

Estudo qualitativo realizado por Barbosa et al. <sup>1</sup>, com objetivo de identificar a satisfação de gestantes sobre a consulta de enfermagem, evidenciou bom atendimento do serviço, baseando-se pela escuta ativa e o bom desempenho profissional, que permitiram um vínculo do binômio usuária e serviço de saúde e, conseqüentemente, maior autonomia e satisfação.

Em um dos depoimentos acima também ficou demonstrada a utilização frequente do serviço, que, além dos aspectos discutidos anteriormente, provavelmente decorra de ser um centro de referência para a região e tratar de participantes do estudo com doença crônica (Diabetes). Confirmando esses



dados, Cabanna e Jee <sup>19</sup> identificaram que o seguimento do cuidado e a satisfação do usuário por um determinado serviço têm uma ligação direta, principalmente em casos com doenças crônicas como o diabetes.

#### **4.2.1 Facilidades encontradas com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar**

##### **Tranquilidade com atendimento ambulatorial**

As gestantes acompanhadas em ambulatório entrevistadas expressaram que estariam preocupadas e ansiosas, caso necessitassem de internação para realização do pré-natal, conforme falas destacadas nos depoimentos abaixo.

Foi bom porque se eu ficasse internada eu ficaria nervosa e ia descontrolar ainda mais, é uma doença perigosa então o médico falou ó, se cuida. (Gestante A2)

Ah o bom foi que eu não precisei internar, pois se internasse eu ficaria preocupada. (Gestante A5)

Ficar internada dá uma má impressão sabe, é ruim (Gestante A9)

A preocupação e ansiedade são estados afetivos desenvolvidos pela hospitalização. Esses sentimentos são reflexos da preocupação com a saúde e o medo do desconhecido ou do que poderia acontecer com a gestante e o feto. Nesse caso, as participantes demonstraram maior tranquilidade com o atendimento ambulatorial.

Além da ausência de preocupação com a internação, as gestantes também demonstraram que o atendimento ambulatorial é um processo mais simples, rápido, possibilita a realização do controle glicêmico domiciliar e permite maior flexibilidade das atividades realizadas em casa, de acordo com os depoimentos apresentados abaixo.

Ah eu acho bem melhor, já venho já faço e só ir embora, não tem que ficar se desdobrando com as coisas (Gestante A10)

Ah eu acho melhor porque lá é complicado internar, em casa dá pra fazer as coisas que você quer fazer, aí já vai lá medir. (Gestante A12)

Achei muito simples, virou parte da rotina, ir ao pré-natal e fazer os exames (Gestante A6)

Segundo o discurso abaixo, outro ponto positivo, que garante a tranquilidade do atendimento ambulatorial, é a facilidade de a gestante permanecer próxima de seus familiares, incluindo os filhos, que acabam sendo a maior preocupação das mães.

Ah é bom, porque eu já tenho um filho aí eu ficava perto dele né?! (Gestante A4)

Nesse sentido, estudo realizado por Nachum et al. <sup>20</sup> também evidenciou que o tratamento ambulatorial possibilita a realização do controle glicêmico domiciliar pela própria paciente, a fim de evitar o distanciamento entre a gestante e sua família e possibilitar a redução de traumas psicológicos, mentais e sociais decorrentes da hospitalização. Além desses aspectos, autores como Cavassini et al. <sup>21</sup> demonstraram que o atendimento ambulatorial é mais vantajoso economicamente que a hospitalização durante a assistência pré-natal.

## **Segurança com atendimento hospitalar**

As gestantes que receberam acompanhamento hospitalar para a realização do pré-natal demonstraram pontos positivos do atendimento hospitalar, como o monitoramento frequente da equipe de saúde e o controle rigoroso da alimentação por parte do profissional nutricionista, conforme falas destacadas abaixo.

Achei uma boa porque eles tão toda hora monitorando a gente, foi muito bom. (Gestante H13)

Ah porque tinha nutricionista que controlava e falava tudo que a gente podia comer né (Gestante H14)

Esse estudo permitiu identificar que a hospitalização traz, para o paciente, uma sensação de segurança e maior controle da sua doença.

Pesquisa qualitativa realizada por Araujo et al. <sup>23</sup>, com gestantes diabéticas, corrobora com nossos achados, evidenciando que as gestantes tiveram fácil acesso à hospitalização, o que possibilitou um controle rigoroso do DMG, em virtude dos cuidados da equipe de profissionais de saúde. Segundo esses autores, para essas gestantes, a hospitalização despertou a esperança da cura da doença após o parto, fortalecendo o sentimento de segurança e a motivação para o autocuidado.

Outro aspecto identificado pelo estudo de Araujo et al. <sup>23</sup> foi que as gestantes expressaram suportar bem a hospitalização, em virtude da preocupação com o nascimento de um bebê saudável.

### **4.2.2 Dificuldades encontradas com a assistência pré-natal realizada por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar**

## **Morar longe do serviço de saúde**

Um aspecto relatado pela maioria das gestantes atendidas em ambulatório e hospitalizadas foi a dificuldade de realização do acompanhamento pré-natal por motivo de morar longe do hospital, conforme depoimentos abaixo.

Não tenho problema com comida porque eles dão, o único problema é que eu moro muito longe, e eu não moro nem na cidade, moro no sítio, então é mais longe ainda. (Gestante A7)

Então, como eu moro longe pra mim já é difícil .....Gestante A8)

(...)a minha maior dificuldade é o transporte .... (Gestante A19)

Ah, o que eu acho difícil assim é que eu moro longe e tem que vir toda terça ne....(Gestante A20)

O mais difícil é vir de madrugada, de manhã, eu saio uma hora da madrugada, porque eu não moro bem na cidade, moro no sítio. (Gestante H8)

Essa dificuldade da gestante por morar longe do serviço pode ser explicada pela amplitude de atendimento do serviço, que constitui um centro de referência para 68 municípios da DRS 6 e, conseqüentemente, não atende apenas a população da cidade onde o mesmo está localizado, gerando desgastes físicos pelo deslocamento, além dos já causados pela própria gestação e o Diabetes.

Outro fato é que, como as gestantes dependem, na maioria das vezes, de um meio de transporte público, precisam sair durante a madrugada para a consulta ou internação, sendo certo que a volta só ocorre quando o veículo disponível estiver pronto, isto é, com todos os pacientes oriundos da mesma cidade já atendidos. Isso torna o atendimento ainda mais desgastante para a gestante diabética, causando, até mesmo, uma situação geradora de complicações pelos longos períodos sem alimentação e estresse.

Corroborando com nossos achados, estudo realizado por Costa et al.<sup>24</sup> identificou que a maior dificuldade quanto ao acesso junto ao serviço de saúde foi à geográfica, em especial para as gestantes residentes na zona rural. 42% das gestantes entrevistadas residiam na zona rural e apresentaram queixas principalmente relacionadas à falta de transporte e dificuldades de acesso às consultas em períodos de chuva.

### **Problemas com atendimento ambulatorial**

Foram identificados problemas com atendimento do serviço ambulatorial, como a demora no atendimento das gestantes insulino-dependentes, os agendamentos multiprofissionais em diferentes datas, a realização do controle glicêmico domiciliar no horário de saída de casa para consulta e o elevado número de consultas numa mesma semana, conforme depoimentos abaixo.

A única coisa que me incomoda é quando a nutricionista marca em um dia e o médico no outro, aí fica difícil. (Gestante A10)

Eu só acho um pouquinho demorado por causa das insulino-dependentes. (Gestante A11)

Ah, é mais o exame porque eu saio de casa 04:30 da manhã e esses dias eu vim quarta, quinta e sexta. (Gestante A19)

A demora no atendimento das gestantes insulino-dependentes ocorre por diversos motivos, sendo um deles: o serviço é referência para gestante de alto risco, o que gera um elevado número de casos para acompanhamento dessas gestantes e, conseqüentemente, sobrecarga no atendimento. Além disso, trata-se de um hospital universitário e de ensino, onde o atendimento é realizado por estudantes de internato, residentes, profissionais e professores, o que pode justificar o prolongamento do atendimento das gestantes. Em especial, as gestantes diabéticas atendidas no ambulatório, que utilizam insulina, recebem orientações do enfermeiro sobre o controle glicêmico rígido domiciliar e

participam de grupos realizados para discussão de temas da gravidez e DM, sendo essas atividades realizadas no mesmo dia da consulta médica e do atendimento do nutricionista, o que também favorece a maior permanência da gestante no serviço.

Os agendamentos das consultas médicas, de enfermagem e de outros profissionais devem ser organizados de forma que a gestante se desloque o menos possível até o serviço. Esse estudo traz a dificuldade de comparecimento da gestante para consultas em dias diferentes (médica e nutricionista), o que faz com que o serviço necessite readequar o agendamento multiprofissional.

O controle glicêmico domiciliar realizado pela gestante, com glicosímetro, ocorre no dia anterior ao da consulta médica e de enfermagem, sendo padronizados os seguintes horários: 8:00, 10:00, 12:00, 14:00, 16:00, 17:30, 19:00, 0:00, 4:30 e 6:00 horas. As gestantes anotam os resultados nas fichas de controle, que trazem preenchidas para a consulta médica e de enfermagem. Uma das dificuldades manifestadas pelas gestantes é o exame no horário de saída de casa para a consulta, o que gera transtorno ou não realização do mesmo. Isso evidencia a necessidade de reavaliação dos horários padronizados para o controle glicêmico domiciliar pela equipe médica.

O elevado número de consultas da gestante na mesma semana pode ocorrer por diversos motivos, como descontrole glicêmico, necessidade de ajuste de dose de insulina, complicações da gestação, entre outros, o que justifica um acompanhamento mais intenso da gestante pela equipe médica.

Nesse contexto, além de outros estudos apresentarem benefícios materno-fetais e econômicos para o atendimento ambulatorial <sup>21,14</sup>, observam-se, na nossa pesquisa, algumas dificuldades manifestadas pelas gestantes, que merecem atenção por parte das equipes (médica, enfermagem, nutricionista, entre outras) e necessitam de reavaliação desse tipo de acompanhamento, garantindo maior agilidade do serviço, redução de desgastes físicos e complicações e adoção de práticas de humanização do atendimento a gestante.

## **Preocupação com os outros filhos**

Além das mudanças ocorridas pela gestação e necessidade de tratamento em serviço especializado, com controle rígido da glicemia, as gestantes precisam reorganizar sua rotina familiar.

Nesse contexto, outra dificuldade apresentada pelas gestantes durante a sua permanência no serviço para tratamento foi a preocupação com os outros filhos, conforme os depoimentos abaixo.

Tem que deixar os dois filhos, não são meus, mas eu crio, e tenho que deixar com a minha mãe. (Gestante A8)

...é difícil porque eu tenho uma menina de 12 anos que fica lá né. (Gestante A20).

É mais ter que ficar internada né, porque tenho filho menor e tem que ficar com o pai dele. (Gestante H15)

Observa-se que a preocupação em ter que deixar os outros filhos ocorre tanto no acompanhamento ambulatorial quanto no hospitalar. Isso se deve ao fato de que a gestante acompanhada em ambulatório chega ao serviço pela manhã e retorna para sua casa no final da tarde e a gestante hospitalizada permanece no mínimo 24 horas no serviço, o que gera necessidade de reorganizar seus afazeres em casa e cuidados com os filhos.

Estudo realizado por Araujo et al <sup>23</sup> observou que o rompimento de continuidade do cotidiano e o distanciamento em relação aos familiares e o lar ocasionam, inicialmente, a não aceitação da situação crítica vivenciada, sobretudo quando envolvem filhos pequenos, que dependem dos cuidados da mãe. Os autores citam também que, em alguns casos, as participantes contam com o apoio familiar (irmãs, avós e maridos) e, em outros, isso não ocorre e a preocupação em não ter com quem deixar os filhos gera maior insegurança.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação de cada usuário é referida de acordo com o que ele esperou do serviço e o retorno que teve em relação às suas expectativas. No presente estudo, as gestantes ficaram satisfeitas com a assistência pré-natal oferecida, independentemente do tipo de acompanhamento (ambulatorial ou hospitalar).

Essa satisfação do atendimento foi acompanhada por sentimentos positivos das gestantes para com o serviço de saúde como confiança, utilização frequente do serviço (continuidade do tratamento), excelência no atendimento e preocupação com a humanização do atendimento em geral.

Como facilidade da assistência pré-natal realizada pelo acompanhamento ambulatorial, foi apontada a tranquilidade do atendimento, por ser um processo mais simples, rápido, possibilitando a realização do controle glicêmico domiciliar, o que gera maior flexibilidade para desenvolvimento das atividades laborais e domésticas e proximidade com familiares, incluindo filhos. Por outro lado, as gestantes que receberam assistência pré-natal realizada pelo acompanhamento hospitalar relataram sentimentos de segurança e maior controle da doença.

Apesar da satisfação com o serviço oferecido, foram identificadas algumas dificuldades com atendimento ambulatorial e hospitalar. As gestantes apresentaram dificuldade de realização do acompanhamento pré-natal por motivo de morar longe do hospital e problemas com transporte, elementos que contribuíram para o desgaste físico e situações de risco, os quais poderiam gerar complicações às gestantes. Outra dificuldade foi a preocupação com os filhos em casa, pois, muitas vezes, as gestantes não tinham com quem deixá-los, gerando sentimentos de preocupação e ansiedade.

Embora a assistência pré-natal realizada pelo acompanhamento ambulatorial apresente inúmeras vantagens, como já relatadas por outros estudos encontrados na literatura e descritas nessa pesquisa, algumas dificuldades de ordem estrutural, técnica e administrativa da instituição, como a demora no atendimento das gestantes insulino-dependentes, os agendamentos multiprofissionais em diferentes datas, a realização do controle glicêmico



domiciliar no horário de saída de casa para consulta e o elevado número de consultas numa mesma semana, foram relatadas e, portanto, faz-se necessária a reavaliação desse tipo de acompanhamento, a fim de garantir maior agilidade do serviço, redução de desgastes físicos e complicações, além da adoção de práticas de humanização do atendimento à gestante.

Espera-se que esse estudo possibilite uma reflexão para os gestores e profissionais do próprio serviço e também das unidades que encaminham pacientes para atendimento aos hospitais, a fim de buscar e adotar novas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de pré-natal.

## 6. REFERÊNCIAS

- 1-Barbosa TLdA, Gomes LMX, Dias OV. O PRÉ-NATAL REALIZADO PELO ENFERMEIRO: A SATISFAÇÃO DAS GESTANTES. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan/Mar; 16(1):29-35
- 2- Gouveia GC et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Ver BrasEpidemiol* 2009; 12(3):281-296.
- 3-Linder-Pelz S. Toward a theoryofpatientsatisfaction. *SocSciMed* 1982; 16: 577-82.
- 4- Alves CA. Desafios da Humanização no contexto do Cuidado da Enfermagem Pediátrica de Média e Alta Complexidade. Dissertação de mestrado, 2009.
- 5- FORTE, E. G. S.; VALENCIA, O. E. J.; MACHADO, E. G.; CAO, I. M.; NUNES, R. T.; SOUSA, L. S. A.; BARBOSA, M. A. - Satisfação quanto à consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. *Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004.*
- 6- Santos AdL et al. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 61-71
- 7- TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc. Saúde Col.*, v.9, n.4, p.885-895, 2004.
- 8-Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. *J Clin Invest.* 2005;115(3): 485-91.
- 9-American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus: position statements. *Diabetes Care.* 2012, 35:S71-51.
- 11-Metzger, B.E. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study. *IntGynecolObst* 2002; 78: 69-77.
- 12- Gross JL, Ferreira, SRG, Franco, LJ, Schmidt MI, Motta DG., et al

Diagnóstico e Classificação do Diabetes Melito e Tratamento do Diabetes Melito Tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. ArqBrasEndocrinolMetab. 2000; 44Suppl 1: 8-35.

13-Jorge MHPdeM, Laurenti R, Gotilieb SLD, Oliveira BZ, Pimentel EC. Características das gestações de adolescentes internadas em maternidades do Estado de São Paulo. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(2):305-316, abr-jun 2014

14- Kron MR et al. Tratamento ambulatorial e hospitalar na monitorização glicêmica de gestantes em uso de insulina. Dissertação FMBUNESP 2014.

15-Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo. Ed. 70; 2010

16-Minayo MSC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Huncitec; 2008.

17- Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc Saúde Coletiva 2005; (S10); 303-12.

18-Ramirez AR et al. Hacia una estrategia de garantia de calidad: satisfacción em la utilización de los servicios médicos. Cad Saúde Pública 1996; 12: 399-403.

19-Cabanna MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? J Fam Pract 2004; 53: 974-80.

20- Nachum Z, Ben-Shlomo I, Weiner E, Moshe Ben-Ami M, Shalev E. Diabetes in Pregnancy: Efficacy and Cost of Hospitalization as Compared with Ambulatory Management ± A Prospective Controlled Study IMAJ 2001;3:915-9

21-Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon, IMP, Rudge, MVC. Care cost for pregnant and parturient women with diabetes and mild hyperglycemia. Rev. Saúde Pública [online]. 2012a,46;(2): 334-43

22-Weiss LG. Patient Satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. Med Care 1998; 26:383-92.

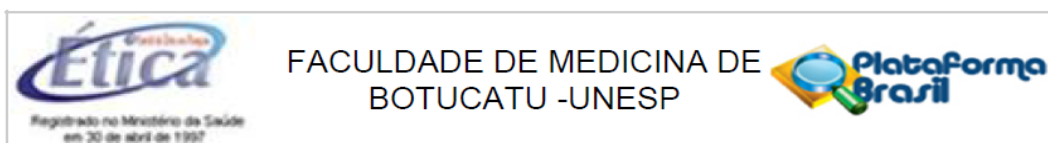
23-ARAÚJO, MFM; PESSOA, SMF; DAMASCENO, MMC, ZANETTI, ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.2

24-COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1 [cited 2015-01-24], pp. 1347-1357

*Anexos*

---

## Anexo A



Continuação do Parecer: 606.987

que utilizam insulina durante o período gestacional, atendidas em unidade hospitalar ou ambulatorial durante a assistência pré-natal em hospital universitário.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Crítérios de Inclusão:**

Os critérios de inclusão para o estudo serão: ser gestante, com diabetes ou hiperglicemia leve, em uso de insulina durante o período gestacional, internada ou em atendimento ambulatorial durante a assistência pré-natal no HC/FMB - Unesp e realizar o parto no HC/FMB.

**Riscos:**

Não houve riscos para as gestantes por ser um estudo observacional.

**Benefícios:** Os benefícios serão futuros diante da confirmação da hipótese de que o atendimento ambulatorial traz mais qualidade de vida e satisfação que a hospitalização.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo prospectivo, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa será realizada no Serviço Especializado de Diabetes e Gravidez, compreendendo a Seção Técnica de Ambulatório e a Seção Técnica de Obstetrícia do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. A coleta de dados será realizada no período de janeiro de 2011 a março de 2013. A coleta de dados sobre qualidade de vida será realizada

mediante a aplicação de um questionário de avaliação de qualidade de vida a todas gestantes portadoras de DM tipo 1, DM tipo 2, diabetes gestacional e hiperglicemia leve em uso de insulina, que recebem tratamento ambulatorial ou hospitalar.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No rol de documentos, a pesquisadora apresentou os seguintes documentos:

- (1) TCLE na forma de convite e em linguagem acessível.
- (2) Cumprimento da Resolução 466/12;
- (3) Termo de autorização à consulta aos prontuários assinados pelo prof. Joelcio Francisco Abbade.
- (4) Declaração de entrega do relatório final de pesquisa.

### **Recomendações:**

Aprovar sem a necessidade de envio ao CONEP.

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1608

**CEP:** 18.618-970

**Município:** BOTUCATU

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 606.987

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO em reunião do CEP de 07/04/2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do projeto é necessário enviar o Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 07 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**Trajano Sardenberg**  
(Coordenador)

Anexo B



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL  
GRUPO WHOQOL

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE  
QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998**

**FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**IDADE** (em anos completos): \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NÍVEL EDUCACIONAL:** Analfabeto \_\_\_\_\_(1)

I grau incompleto \_\_\_\_\_(2)

I grau completo \_\_\_\_\_(3)

II grau incompleto \_\_\_\_\_(4)

II grau completo \_\_\_\_\_(5)

III grau incompleto \_\_\_\_\_(6)

III grau completo \_\_\_\_\_(7)

Pós-Graduação incompleto \_\_\_\_\_(8)

Pós-Graduação completo \_\_\_\_\_(9)



**ESTADO CIVIL:** Solteiro (a) \_\_\_\_\_(1)

Casado (a) \_\_\_\_\_(2)

Vivendo como casado (a) \_\_\_\_\_(3)

Separado (a) \_\_\_\_\_(4)

Divorciado (a) \_\_\_\_\_(5)

Viúvo (a) \_\_\_\_\_(6)

**COMO ESTÁ A SUA SAÚDE:** Muito ruim \_\_\_\_\_(1)

Fraca \_\_\_\_\_(2)

Nem ruim nem boa \_\_\_\_\_(3)

Boa \_\_\_\_\_(4)

Muito boa \_\_\_\_\_(5)

**FORMA DE ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:**

Auto-administrado \_\_\_\_\_(1)

Assistido pelo entrevistador \_\_\_\_\_(2)

Administrado pelo entrevistador \_\_\_\_\_(3)

**PROBLEMA DE SAÚDE ATUAL/CONDIÇÃO PRESENTE** (marcar somente uma, que é a mais relevante para a presente busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema \_\_\_\_\_00

Problema de coração \_\_\_\_\_01

Pressão alta \_\_\_\_\_02

Artrite ou reumatismo \_\_\_\_\_03

Câncer \_\_\_\_\_04

Enfisema ou bronquite _____	05
Diabetes _____	06
Catarata _____	07
Derrame _____	08
Osso quebrado ou fraturado _____	09
Problema nervoso crônico ou emocional _____	10
Problema crônico de pé (joanete, unha encravada) _____	11
Hemorróidas ou sangramento no ânus _____	12
Doença de Parkinson _____	13
Gravidez _____	14
Depressão _____	15
Doença de pele _____	16
Queimaduras _____	17
Problema de álcool ou drogas _____	18

Outros (especificar) .....

**REGIME DE CUIDADOS DE SAÚDE:** Sem tratamento(1)Ambulatório(2)Internação(3)

**FILHOS ANTES DA DTG?** Sim \_\_\_\_\_ (1)

Não \_\_\_\_\_ (2)

**DESEJA TER MAIS FILHOS?** Sim \_\_\_\_\_ (1)

Não \_\_\_\_\_ (2)

**ESTÁ EMPREGADA?** Sim \_\_\_\_\_ (1)

Não \_\_\_\_\_ (2)

FEZ QUIMIOTERAPIA? Sim \_\_\_\_\_ (1)

Não \_\_\_\_\_ (2)

PERDA DO COMPANHEIRO APÓS A DOENÇA? Sim \_\_\_\_\_ (1)

Não \_\_\_\_\_ (2)

TEMPO DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

IDADE NO DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL – BREF

NOME: \_\_\_\_\_

#### **Instruções:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas duas ultimas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde a quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o numero 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito (a) você está com as condições de local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentement e	Muito freqüenteme nte	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo C

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**Parte 1:**

**Dados sociodemográficos**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Possui companheiro: ( )sim ( )não

Filhos antes da gestação atual: ( )sim ( )não

Desejo de ter mais filhos: ( )sim ( )não

Vínculo empregatício: ( )sim ( )não

Tipo de DM: \_\_\_\_\_

Tipo de Acompanhamento: ( )Ambulatorial ( )Hospitalar

**Parte 2:**

**Questões abertas relacionadas à satisfação das gestantes diabéticas com a assistência pré-natal por acompanhamento ambulatorial ou hospitalar**

- 1- O que você achou do atendimento ambulatorial/hospitalar?
- 2- Quais as facilidades que você teve em realizar o pré-natal no ambulatório/hospitalar?
- 3- Quais as dificuldades que você teve em realizar pré-natal no ambulatório/hospitalar?