

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANÍSIA APARECIDA OLIVEIRA REZENDE

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR  
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO CUIDADO DE MULHERES COM DIABETES  
*MELLITUS* GESTACIONAL

São Carlos  
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANÍSIA APARECIDA OLIVEIRA REZENDE

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR  
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA  
ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO CUIDADO DE MULHERES COM DIABETES  
*MELLITUS* GESTACIONAL

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do título de mestre junto ao Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde do Programa de Pós-graduação  
em Gestão da Clínica.

Área de concentração: Gestão da Clínica

Orientação: Profa. Dra. Maristela Carbol

Co-orientação: Profa. Dra. Fernanda Vieira Rodovalho Callegari



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Anísia Aparecida Oliveira Rezende**

**“ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR CONHECIMENTOS,  
ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO  
CUIDADO DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 16/05/2018**

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maristela Carbol - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Elaine Moisés – USP-RP

Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto - UFSCar

## **DEDICATÓRIA**

Dedico todo meu esforço e este estudo a minha família, que sempre esteve ao meu lado, trilhando esta jornada tão árdua, escutando com paciência, colaborando, aconselhando, motivando e me amando de forma incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me guiou em todos os momentos, me deu forças para trilhar esta trajetória e superar a ansiedade, tristeza, angústia e desânimo, iluminando meu caminho, mostrando-me alternativas e possibilidades para conduzir e finalizar este estudo com satisfação, segurança, confiança e tranquilidade.

Aos meus pais ausentes, José Mendes e Iracilda Alves que me ensinaram o valor do estudo.

Ao meu esposo, Rogério, que sempre respeitou e incentivou a concretização dos meus objetivos, compartilhando minhas ansiedades e conquistas.

Aos meus filhos Luiz Eduardo e Fernanda, razão da minha vida, que souberam compreender os momentos de impaciência, ansiedade, loucura e ausência em determinadas ocasiões. Vocês foram o maior incentivo para esta caminhada ao expressarem com tanto carinho, o orgulho de ter uma mãe mestre. Amo vocês.

Ao Ambulatório Médico de Especialidades de Franca que liberou os dias para minhas atividades acadêmicas para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.

As Secretarias de Saúde dos municípios que compõem os Colegiados Alta Anhanguera e Alta Mogiana que disponibilizaram os campos para que eu pudesse aplicar o questionário aos médicos e enfermeiros que fazem o pré-natal.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica que sempre esteve disponível para me ajudar e escutar e aos professores que possibilitaram a construção de novos conhecimentos.

Aos profissionais da equipe da Atenção Básica que se disponibilizaram em responder o questionário da minha pesquisa, demonstraram interesse e atenção, deram valiosas contribuições sobre a assistência ao pré-natal. Obrigada a todos. Sem vocês este estudo não se concretizaria.

A toda equipe multidisciplinar do AME pelo apoio e compreensão nestes sete anos de caminhada.

A Profa. Dra. Maristela Carbol, minha orientadora, pela sua paciência, tranquilidade, estímulo, confiança e apoio nesta trajetória. Seus conhecimentos técnicos e troca de experiência contribuíram para o enriquecimento desse estudo e meu crescimento profissional. Obrigada por confiar em mim, por respeitar o meu tempo, as minhas possibilidades e dificuldades e, acima de tudo, pela sua orientação e dedicação.

Aos membros da banca examinadora da qualificação do meu mestrado, Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto e Prof. Dr. Humberto S. Hirakawa, que aceitaram avaliar este estudo e participar deste momento de construção, referendando o trabalho e trazendo maior credibilidade a ele. Agradeço por suas valiosas contribuições e atenção humanizada.

Ao Prof. Dr. Pedro Ferreira Filho do Departamento de Estatística da Universidade Federal de São Carlos pela contribuição valorosa na análise estatística dos dados da pesquisa.

Aos meus colegas de mestrado que fizeram esta caminhada ficar mais leve e alegre ao ouvirem meus desabafos e ansiedades, medos e inseguranças, participando de alguma forma desta construção. Que pena não conseguirmos realizar nossa festa na casa do professor

Giovanni! Lamento termos nos distanciados nos últimos anos, para que nos aprofundássemos nos estudos. Estejam certos: sempre me lembrarei de vocês, de nossas brincadeiras e risadas, principalmente nos momentos solitários do estudo. Obrigada pela solidariedade, disponibilidade e parcerias.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente, Lismara Andrade, Dr. Francisco Luiz Coelho Rocha e Vilmar Medeiros, que souberam compreender as minhas ausências e me estimularam a continuar a caminhada. Obrigada pela confiança.

Àquelas pessoas que pensaram em mim, transmitiram boas energias e rezaram para que eu concretizasse meus ideais e a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta etapa da minha vida se consolidasse.

## EPÍGRAFE

“Amigo é coisa para se guardar debaixo de sete chaves dentro do coração (...)”  
(Milton Nascimento e Fernando Brant canção da América, 1994)

## RESUMO

O Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) é uma das complicações mais comuns da gravidez, sendo considerado um problema de saúde pública devido às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal e ainda permanece um desafio a ser vencido. A atenção qualificada e resolutiva no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. O objetivo desta pesquisa foi elaborar e validar um questionário que permita avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com DMG. Trata-se de um estudo de elaboração e validação de um questionário para estudos do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Foi utilizado um instrumento em forma de questionário autoaplicável contendo questões abertas e fechadas. Os participantes que realizam pré-natal na atenção básica foram aleatoriamente escolhidos entre os municípios pertencentes ao colegiado Alta Mogiana e Alta Anhanguera do Departamento Regional de Saúde VIII do município de Franca/SP. Participaram da pesquisa seis médicos e seis enfermeiros. Na avaliação do questionário sobre a compreensão das questões, os participantes identificaram na seção Conhecimentos que havia questões com mais de uma resposta sobre o diagnóstico de diabetes na gestação. Para cobrir os pontos de interesse desta pesquisa, os participantes apontaram a necessidade de acrescentar questões sobre acompanhamento pré-natal, avaliação do crescimento e bem-estar fetal. Os índices de acertos nas respostas da seção Conhecimentos e os índices de positividade nas respostas das seções Atitudes e Práticas foram elevados, contribuindo para assegurar que as questões do questionário CAP estavam coerentes com o objeto desta pesquisa. Concluiu-se que o processo de validação permitiu a elaboração de um questionário CAP validado como instrumento adequado para estudos futuros.

**Palavras-chave:** Conhecimentos; Atitudes e Práticas; Diabetes *Mellitus* Gestacional; Elaboração e Validação de Questionário.



## ABSTRACT

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is one of the most common complications of pregnancy, being considered a public health problem due to the high rates of maternal and neonatal morbidity and mortality and it remains a challenge to scientific community. High qualified and resolute care prenatal can contribute to reduce rates significantly and promote safe motherhood. The purpose of this work was elaborated and validated the knowledge, attitudes and practices of primary care physicians and nurses in relation to the care of women with GDM. It is a study of the elaboration and validation of a questionnaire for Knowledge, Attitude and Practice (CAP) studies. An instrument was used as a self-administered questionnaire containing open and closed questions. Participants who perform prenatal care in primary care were randomly chosen from the municipalities belonging to the Alta Mogiana and Alta Anhanguera colleges of the Regional Health Department VIII of the city of Franca / SP. Six phisicians and six nurses took part in the study. In the knowledge section, participants identified that there were questions with more than one possible answer about the diagnosis of diabetes in pregnancy. To cover the points of interest in this research, participants pointed out the need to add questions about prenatal care, growth assessment and fetal well-being. The indexes of correct answers in the Knowledge section and the indexes of positivity in the answers in the Attitudes and Practices sections were high, contributing to ensure that the questions of the CAP questionnaire were coherent with the object of this research. It was concluded that the validation process allowed the elaboration of a CAP questionnaire validated as an adequate instrument for future studies.

**Keywords:** Knowledge, Attitudes and Practices; Gestational Diabetes Mellitus; Elaboration and Validation of Questionnaire.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Tipos de Hiperglicemia na Gestação.....	22
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de Investigação do DMG na Atenção Básica.....	25
<b>Figura 3</b> - Mapa das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana do DRS VIII do município de Franca. ....	45
<b>Figura 4</b> - Recomendações para o tempo e o tipo de parto em mulheres com DMG .....	84

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Diretrizes utilizadas para a elaboração das questões de acordo com o modelo CAP. .....	44
<b>Quadro 2</b> - Resultado da amostragem aleatória simples de médicos e enfermeiros da AB que realizam pré-natal nos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana e Alta Anhanguera. ..	47
<b>Quadro 3</b> - Respostas dos especialistas sobre o que médicos e enfermeiros da AB devem saber e fazer em relação ao DMG.....	52
<b>Quadro 4</b> - Interpretação das recomendações fortes e condicionais (fracas) de acordo com GRADE*.....	54
<b>Quadro 5</b> - Interpretação da qualidade do nível de evidência de acordo com GRADE*.....	54
<b>Quadro 6</b> - Fatores clínicos de risco para DMG.....	55
<b>Quadro 7</b> - Abordagem do diagnóstico do DMG para América Latina*.....	55
<b>Quadro 8</b> - Recomendações para terapia nutricional em mulheres com DMG.....	56
<b>Quadro 9</b> - Recomendações para atividade física em mulheres com DMG.....	57
<b>Quadro 10</b> - Recomendação de monitoramento da glicemia em mulheres com DMG.....	57
<b>Quadro 11</b> - Recomendações para acompanhamento após o parto de mulheres com DMG... ..	58
<b>Quadro 12</b> - Questões de conhecimento em relação aos fatores de risco para DMG e suas respectivas alternativas corretas.....	58
<b>Quadro 13</b> - Questões de conhecimento em relação ao rastreamento e diagnóstico do DMG, cuidados durante o pré-natal e no puerpério e suas respectivas alternativas corretas.....	59
<b>Quadro 14</b> - Assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Atitudes.....	60
<b>Quadro 15</b> - Assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Práticas.....	61

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Identificação e formação profissional dos participantes. ....	64
<b>Tabela 2-</b> Formação complementar dos participantes. ....	65
<b>Tabela 3-</b> Vínculo empregatício dos participantes. ....	66
<b>Tabela 4-</b> Experiência profissional dos participantes. ....	67
<b>Tabela 5-</b> Total de acertos das questões na seção Conhecimentos. ....	68
<b>Tabela 6-</b> Frequências de acertos e erros por questão na seção Conhecimentos em relação aos fatores de risco para DMG. ....	69
<b>Tabela 7-</b> Frequências de acertos e erros por questão na seção Conhecimentos em relação ao diagnóstico do DMG, cuidados durante o pré-natal e no puerpério. ....	70
<b>Tabela 8-</b> Total de acertos das questões na seção Atitudes. ....	72
<b>Tabela 9-</b> Frequência absoluta de respostas em cada opção na seção Atitudes. ....	73
<b>Tabela 10-</b> Total de acertos das questões na seção Práticas. ....	77
<b>Tabela 11-</b> Frequência absoluta de respostas em cada opção na seção Práticas. ....	78
<b>Tabela 12-</b> Total de acertos das questões nas seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas. ....	80
<b>Tabela 13-</b> Frequência absoluta e relativa em relação às dificuldades na assistência pré-natal de mulheres com DMG. ....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AME	Ambulatório Médico de Especialidade
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
DMG	Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional
DRS	Departamento Regional de Saúde
GJ	Glicose de Jejum
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation Working Group
HAP0	Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes
IADPSG	International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group
IMC	Índice de Massa Corporal
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PRO HOSP	Programa de Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais
PSF	Programa de Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste Oral de Tolerância à Glicose
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>22</b>
2.1 Diabetes Mellitus Gestacional	22
2.2 Cuidado Pré-Natal	33
2.2.1 Cuidado Centrado na Gestante	33
2.2.2 Cuidado Multi, Inter e Transdisciplinar	36
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>40</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>41</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
5.1 Tipo de Estudo	42
5.2 Etapas da Construção do Questionário CAP	42
5.3 Local do Estudo	45
5.4 População-alvo	46
5.5 Critérios de Elegibilidade	48
5.6 Aspectos Éticos	49
5.7 Instrumento de Pesquisa	49
5.7.1 Construção do questionário CAP	51
5.7.2 Estabelecimento das respostas das questões nas seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas	58
5.8 Coleta de Dados	61
5.9 Análise de Dados	62
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>63</b>
6.1 Questionário CAP	63
6.2 Avaliação do Questionário CAP	80
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>128</b>

## TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

*Se eu pudesse recomeçar a vida, eu procuraria fazer os meus sonhos mais grandiosos, porque a vida é infinitamente mais bela e maior que eu pensava, mesmo em sonho. (G. BERNADOSO)*

Minha trajetória profissional iniciou no Curso de Enfermagem da Universidade do Alto Paranaíba UNIARAXÁ. Após a conclusão da graduação, em 1998, fui trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Sacramento, no estado de Minas Gerais. Este período constituiu-se em grande efervescência política em relação ao modelo de atenção à saúde em vigência. Por volta de 1998, o Programa de Saúde da Família (PSF) estava em movimento constituindo um dos pilares de reorganização do sistema de saúde brasileiro e se consolidando como política prioritária de governo. Durante o meu curso de graduação, sempre me disponibilizei, além das minhas atividades habituais de discente, colaborar e trabalhar com os docentes na área de gestão em saúde. Após concluir a graduação, atendendo ao chamado do mercado de trabalho, adentrei no mundo da gestão assistencial primária no período entre 1998 e 2004, além de trabalhar como gerente em Centro de Referência em Saúde na Atenção Primária.

Em 2005, ingressei na Santa Casa de Misericórdia de Sacramento, como responsável técnica de enfermagem e pelo Programa de Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais (PRO HOSP), prestei serviços até 2010. Durante esse período, tive o privilégio de experienciar e participar ativamente do amadurecimento e da transformação do SUS, do qual me orgulho em fazer parte e para o qual tenho direcionado grande parte da minha formação e energia.

Finalizei minha Especialização em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais em 2006. Também realizei, em 2011, a Especialização em Administração Hospitalar pela Santa Casa de São Paulo. Em consonância com o SUS e para o SUS, percebi o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica como o fechamento de um ciclo iniciado há mais de 15 anos.

Por ter direcionado minha formação em especializações de gestão e administração hospitalar, em 2010 fui convidada a assumir a gerência assistencial do Ambulatório Médico de Especialidade (AME) do município de Franca e em 2017 o AME de Taquaritinga, São Paulo.

Os AMEs são unidades de saúde implantadas, em 1998, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com o objetivo de oferecer exames diagnósticos e orientação terapêutica; procedimentos médicos de alta resolubilidade; cirurgias na modalidade de Hospital Dia de forma a oferecer resolubilidade dos pacientes que são encaminhados pela rede de Atenção

Básica. Entretanto, a Atenção Básica da região necessitava de um serviço para atender a demanda de gestantes com problemas complexos que a estrutura não conseguia suportar, portanto, foi implantado, em 2014, o Ambulatório de Gestação de Alto Risco no AME do município de Franca.

No início do funcionamento deste ambulatório, percebi a grande dificuldade da equipe multidisciplinar em prestar assistência com qualidade, resolubilidade e de forma interdisciplinar às gestantes com diversos tipos de patologias. Dentre todos os casos, aqueles que mais me afligiam eram as mulheres portadoras de Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), uma vez que estas gestantes chegavam ao AME, na maioria das vezes, tardiamente, o que fazia nos deparar com fetos evoluindo para óbito ou outras complicações. Deste modo, não me contive em deixar essas gestantes, somente, aos cuidados dos profissionais da saúde envolvidos neste ambulatório. Eu procurei atendê-las diretamente com seus familiares e, posteriormente, as puérperas de forma personalizada, respeitando seus valores, privacidade e direitos. Em suma, preservando a dignidade como ser humano e procurando amenizar os seus sofrimentos. Por isso, o meu interesse em estudar esta temática no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Como gerente do AME de Franca, tenho a satisfação de atuar numa equipe multiprofissional, de ser um agente de transformação no processo de trabalho desta equipe, fazer parte de uma rede de constante evolução e atuar na qualificação da própria rede. Esta convivência promove o meu crescimento pessoal e profissional no que se refere às relações interpessoais e à valorização do ser humano.

O processo de participação do mestrado, desde a elaboração do projeto, realização das disciplinas, coleta de dados, qualificação e redação do texto de dissertação, tem sido de fundamental importância para o conhecimento e aplicação de novas tecnologias de ensino como a metodologia ativa de aprendizagem, na qualificação em pesquisa científica. Portanto, a experiência que adquiri, ao longo de minha trajetória profissional de vinte anos, somado ao conhecimento teórico e prático aprendidos na pós-graduação contribuirá, em muito, para ampliar minha prática profissional como gestora.

Experiências únicas e pessoas especiais me ajudaram nessa trajetória e foram imprescindíveis para que eu conseguisse finalizar todas as etapas do mestrado. No entanto, ainda considero o meu trabalho inacabado. Esta pesquisa é apenas o começo de uma fase que pretendo dar continuidade. Meu intuito é contribuir para mudanças importantes na prática dos



profissionais da saúde da Atenção Básica que prestam cuidado às mulheres com DMG dos municípios das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII do município de Franca.

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) é uma das complicações mais comuns da gravidez (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013) e constitui-se em um relevante problema da atualidade porque é o principal fator de risco para o desenvolvimento do Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares em mulheres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016). O aumento das taxas de mulheres com sobrepeso e obesidade no período reprodutivo as predispõem à hiperglicemia durante a gravidez, elevando o risco do DMG (HOD et al., 2015).

O DMG está associado a maior incidência de morbidade materna como o parto cesáreo, traumas ao nascimento, desordens hipertensivas e subsequente desenvolvimento de diabetes; morbidade perinatal e neonatal, incluindo a macrossomia, distócia de ombro e outras lesões no nascimento, sofrimento respiratório, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia e hiperbilirrubinemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016b). Somado a isso, os fetos expostos à hiperglicemia materna estão sujeitos à obesidade, síndrome metabólica e diabetes no futuro (YESSOUFOU; MOUTAIROU, 2011).

Desta forma, é uma prioridade de saúde o diagnóstico precoce do DMG com o intuito de diminuir a prevalência desses distúrbios metabólicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

Apesar das inúmeras pesquisas e conferências para consensos globais, ainda são controversos os critérios diagnósticos para DMG (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013), o que dificulta calcular corretamente a prevalência (NEGRATO et al., 2010; TRUJILLO et al., 2016).

No Brasil, de acordo com os dados do Segundo Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional, a prevalência de DMG era de 7,6% (SCHMIDT et al., 2000). Mais recentemente, no Sistema Único de Saúde (SUS), esta prevalência foi estimada em aproximadamente 18% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016). Este índice se assemelha a média mundial que é de 16,2%, variando de 1 a 37,7% (METZGER et al., 2010, HOD et al., 2015). Nos dias atuais, estima-se que uma em cada seis crianças nascidas seja de mães que tiveram alguma forma de hiperglicemia durante a gravidez; 84% devido ao DMG (HOD et al., 2015).

A maioria das mulheres não é rastreada ou é rastreada inadequadamente para o diabetes durante a gestação, acarretando elevadas taxas de resultados maternos e fetais adversos. Em

vista disto, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) reuniu especialistas para desenvolver um documento que recomendasse ações-chave para abordar o DMG. As sugestões basearam-se na configuração dos recursos financeiros, humanos e de infraestrutura disponíveis em cada país e nas evidências das práticas locais. Desta forma, as estratégias recomendadas dependeram do nível de aceitabilidade, viabilidade e facilidade para implementação dos testes diagnósticos e cuidado de mulheres com DMG. O Brasil está entre os oito países de baixo para médio recurso em que as metas foram focadas para diminuir os desfechos maternos, fetais e perinatais desfavoráveis desta condição (HOD et al., 2015).

No Brasil, os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FREBRASGO) para o diagnóstico do DMG vêm das diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006, que hoje em dia estão desatualizadas (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2012a; 2012b).

No final de 2017 foram publicadas as diretrizes para o rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Diabetes, a partir dos últimos consensos internacionais, as quais passaram a ser recomendadas na assistência pré-natal da Atenção Básica (AB) de todos os municípios brasileiros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2016).

Poucos municípios em nosso país possuem uma sistematização para o diagnóstico do DMG em decorrência da diversidade dos protocolos vigentes, o que faz com que muitos profissionais da saúde decidam empiricamente por utilizar o protocolo que considera mais apropriado por ser mais adequado à sua realidade ou por estar mais atualizado de acordo com os consensos internacionais. Este fato, conseqüentemente, reflete em resultados maternos e fetais aquém do ideal no curso da gestação e do parto, uma vez que muitas gestantes deixam de ser diagnosticadas apropriadamente.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2016), a depender da viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica de cada região do nosso país, é possível escolher uma das estratégias propostas para o diagnóstico do DMG, o que possibilita o alcance da cobertura deste diagnóstico entre 86 a 100%.

Para além do diagnóstico do DMG, não há evidências de um protocolo de cuidado pré-natal e monitorização de mulheres com DMG; o que existem são diretrizes baseadas em

consensos da prática clínica que possibilitam um acompanhamento da gestante e do feto de forma adequada, diminuindo os resultados desfavoráveis (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

No Brasil, existem o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010), o Manual de Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011) e o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) que recomendam como deve ser o cuidado pré-natal das gestantes de alto risco e o puerpério, além de conter os protocolos de diagnóstico e conduta de diversas condições de saúde. Mais recentemente, foi criada a Portaria nº 1.010, de 29 de maio de 2013 que estabelece vários princípios e diretrizes para serem seguidos na atenção à saúde na gestação de alto risco e, também, define as atribuições da AB no cuidado pré-natal de alto risco (BRASIL, 2013a). No entanto, essas diretrizes e atribuições são gerais para qualquer tipo de patologia preexistente ou que tenha surgido durante a gestação, não havendo nenhuma especificidade para o cuidado de mulheres com DMG.

Vale enfatizar que gestações de alto risco contemplam 15% das gravidezes (BRASIL, 2012b) e a atenção à saúde nesses casos deve ser compreendida como um conjunto de ações e serviços que abrange a atenção integral à gestante, ao recém-nascido e à puérpera (BRASIL, 2013a).

Nem toda gestante considerada de alto risco necessita de procedimentos em níveis de atenção de maior complexidade com tecnologias sofisticadas e alguns casos podem ser acompanhados na atenção primária. Neste contexto, as equipes de saúde da AB precisam estar instrumentalizadas para a gestão e a organização da assistência materna e perinatal, com uniformização de conceitos e critérios para a abordagem da atenção à saúde na gestação de alto risco. Porém, nem sempre os profissionais da saúde estão capacitados suficientemente para uma atuação eficiente, visando à identificação dos problemas que possam resultar em danos à saúde da mulher e da sua prole, bem como, recomendar, oferecer e realizar cuidados específicos (BRASIL, 2012b).

Em vista disto, considera-se relevante avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde da AB em relação ao cuidado de mulheres com DMG para identificar respectivos aspectos que podem influenciar a atuação desses profissionais na assistência a essas mulheres. Para isso pode-se lançar mão de pesquisas científicas com metodologias apropriadas

com o intuito de conhecer o que os profissionais sabem sobre o cuidado de mulheres com DMG e quais suas atitudes e práticas para diagnosticar e acompanhar gestantes com esta condição.

Nesse sentido, Kaliyaperumal (2004) explica que conhecimento significa recordar fatos específicos a partir do sistema educacional; habilidades para resolução de problemas; interpretação e compreensão sobre um determinado assunto ou evento. A atitude, por sua vez, expressa a opinião, os sentimentos, as crenças, posições definidas diante de um assunto, pessoa ou evento. Já a prática pertence à dimensão social, referindo-se à forma como os conhecimentos e as atitudes são demonstrados por meio de ações.

Diante desse contexto, a metodologia para estudos do tipo Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) pertence a uma categoria de estudos de avaliação formativa que servem para obter o diagnóstico educacional (cognitivo, atitudinal e psicomotor) de uma população em relação a um determinado assunto ou evento, mediante instrumento padronizado, construído e validado com foco exclusivo ao objeto específico que se pretende avaliar (KALIYAPERUMAL, 2004; JÁCOME et al, 2011; MALATHY et al., 2011; NICOLAU et al., 2012; OSIS; DUARTE; SOUSA, 2014; VAN GENDEREN et al., 2014; MEMON et al., 2015, ROCHA, 2015). Estes instrumentos de avaliação são recursos utilizados em programas educativos na área da saúde que possibilitam mensurações dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem e possíveis mudanças de atitudes sobre a condição em questão (BONIN, 2014).

Para tornar mais eficiente o cuidado oferecido às mulheres com DMG é necessário avaliar a atuação dos profissionais da saúde da AB envolvidos na assistência pré-natal, o que permitirá fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias e/ou programas assistenciais mais adequados às necessidades desta população. No entanto, após uma ampla revisão da literatura observou-se a inexistência de instrumentos válidos destinados a esta finalidade específica. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo elaborar e validar um questionário do tipo CAP para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da AB em relação ao cuidado de mulheres com DMG. Este questionário validado, quando aplicado futuramente em populações com esta demanda, servirá para obter novas interpretações e formas de abordagem sobre o fenômeno pesquisado.

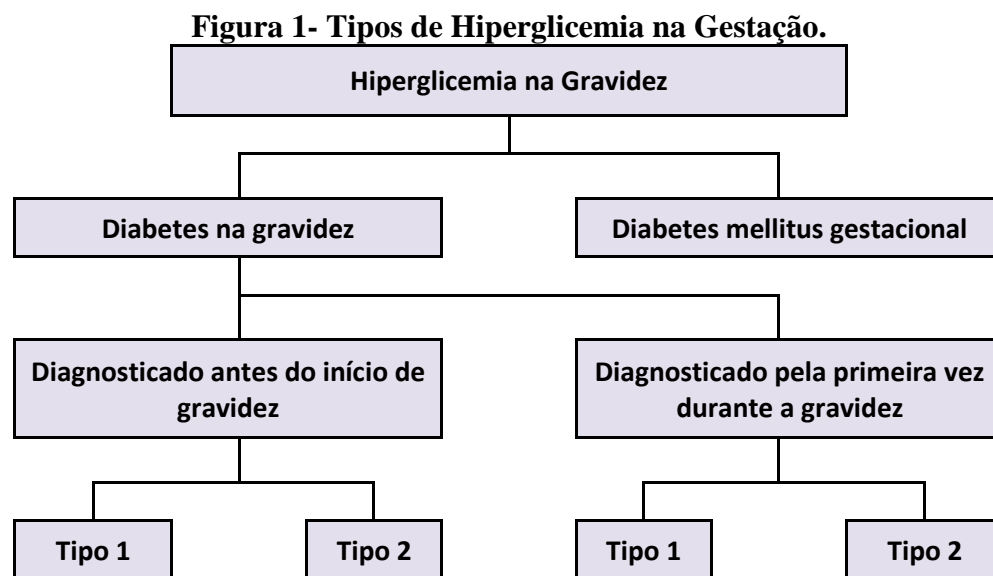
## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Diabetes *Mellitus* Gestacional

O Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) até pouco tempo era definido como qualquer intolerância a carboidratos reconhecida pela primeira vez durante a gravidez, independentemente de ter aparecido antes da gravidez ou persistido após a mesma (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006).

Uma vez que muitas mulheres com Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2 não são diagnosticadas na gestação somada ao aumento da prevalência do DM e DMG e, ainda, a maior prevalência de complicações maternas e fetais devido ao DM anterior à gravidez, muito empenho tem sido feito para melhorar a definição e classificação da hiperglicemia durante a gravidez (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015a; 2016a; HOD et al, 2015).

Assim, uma hiperglicemia detectada no início ou em qualquer momento da gravidez deve ser classificada e diferenciada em DM diagnosticado na gestação (*Overt Diabetes*) ou em DMG (Figura 1). O DMG é quando uma mulher apresenta hiperglicemia pela primeira vez durante a gravidez e os níveis de glicemia não são aqueles que fazem o diagnóstico do DM. O DM diagnosticado na gestação (*Overt Diabetes*) é quando uma mulher sem diagnóstico prévio do DM apresenta hiperglicemia na gravidez com níveis de glicemia que fazem diagnóstico do DM fora da gestação (METZGER et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016c).



Fonte: HOD et al. (2015, p.179).

Estudos afirmam que a fisiopatologia do DMG pode ser explicada pela elevação dos hormônios contrarreguladores de insulina, além do estresse fisiológico da gestação e de fatores que podem ser genéticos e/ou ambientais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; 2006; JOSVIK, 2012). O hormônio lactogênio placentário é o principal hormônio que pode ser relacionado à resistência insulínica durante a gestação. Porém, hormônios como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos neste processo de resistência. Esses hormônios podem promover redução da ação da insulina em seus receptores e, conseqüentemente, um aumento da produção de insulina em gestantes saudáveis. Entretanto, esse mecanismo pode não ocorrer em gestantes que já estejam com sua capacidade de produção de insulina no limite. Desta forma, mulheres com insuficiente aumento na produção de insulina poderá desenvolver diabetes durante a gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015a; 2016a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b).

Os principais fatores clínicos de risco para DMG reconhecidos até o momento são: história de diabetes em familiar de primeiro grau; sobrepeso/obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ); idade avançada ( $\geq 35$  anos); baixa estatura ( $< 150\text{cm}$ ); síndrome dos ovários policísticos; deposição central excessiva de gordura corporal; ganho excessivo de peso, crescimento fetal excessivo, polidrâmio, hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia na gravidez atual; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia fetal ou DMG prévio, abortos de repetição e malformações congênitas fetais (HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015a; 2016a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b).

Apesar dos fatores de risco estar associados à hiperglicemia materna, pouco mais da metade das mulheres com DMG têm um ou mais destes fatores, portanto, a utilização deles para rastrear gestantes que devem ser submetidas aos testes diagnósticos não tem sido recomendada devido a baixa sensibilidade, sendo preconizado para identificar mulheres com DMG os testes para todas as gestantes (HOD et al., 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

O DMG gera diversas conseqüências em longo prazo, pois dela decorrem alterações micro e macrovasculares que levam a disfunção, dano ou falência de órgãos especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (LIRA; DIMENSTEIN, 2010). A glicemia elevada no final da gestação está associada com macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e hipocalcemia neonatais e eventos adversos maternos como hipertensão

gestacional, pré-eclâmpsia e parto cesáreo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004; NEGRATO et al., 2010). Portanto, o DMG tem evidentemente atenção merecida, porque grande parte de suas complicações podem levar a óbitos maternos e perinatais (LIRA; DIMENSTEIN, 2010; DETSCH et al., 2011).

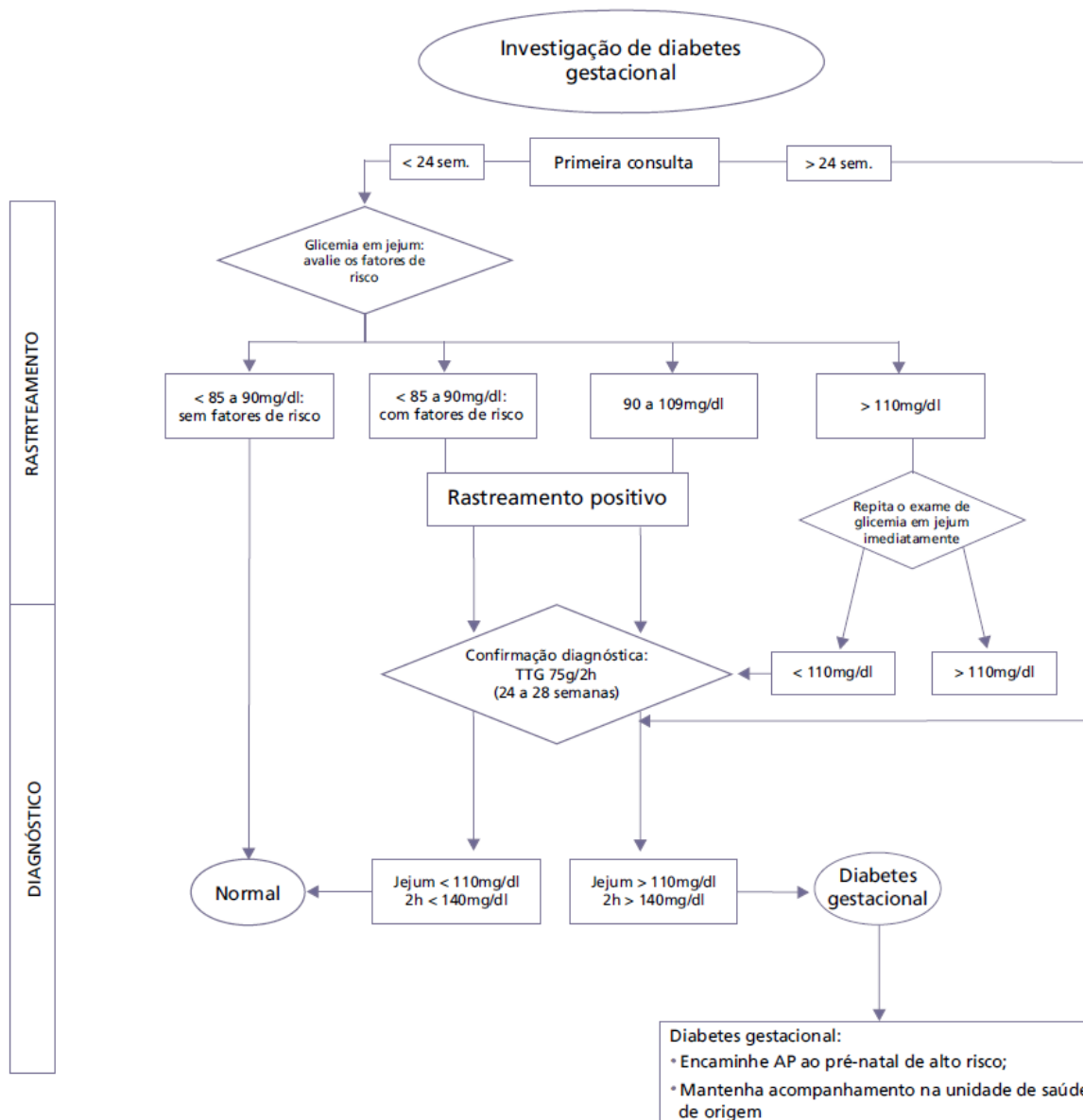
Até o momento, para o diagnóstico do DMG não existe um consenso universal na literatura, sendo que a maioria das recomendações provém de consensos de especialistas americanos e europeus (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS, 2010; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS, 2011; DONOVAN et al., 2013; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; MOYER et al., 2014; HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016a).

Quando o relatório sobre as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Diabetes não haviam protocolos clínicos padronizados no nosso país e os que estavam sendo utilizados apresentavam critérios bastante divergentes entre eles, dificultando a uniformidade do diagnóstico (SÃO PAULO, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2012a; 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2016).

O MS recomenda seguir as diretrizes da OMS de 2006 para rastreamento e diagnóstico do DMG na AB conforme descrito nos Cadernos de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a), podendo ser visto no fluxograma da Figura 2.



**Figura 2 - Fluxograma de Investigação do DMG na Atenção Básica.**



**Fonte:** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012a).

O Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010), o Manual de Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011) e o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) seguem as mesmas diretrizes. No entanto, cada um deles apresenta algum tipo de sugestão quando a gestante apresenta rastreamento negativo ou positivo para DMG. De um modo geral, as recomendações são de que todas as gestantes, independentemente de apresentarem fatores de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia

no início da gravidez, antes de 24 semanas, ou tão logo seja possível. O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose de jejum (GJ) igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional. Na ausência de fatores de risco e GJ < 85mg/dL, considera-se rastreamento negativo, podendo encerrar o rastreamento (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2012a) ou repetir a GJ entre 24 e 28 semanas de gestação (SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2012b). Pacientes com níveis confirmados de GJ  $\geq$  126mg/dL ou glicemia aleatória > 200mg/dL confirmam o diagnóstico de diabetes pregressa e não do DMG, sem necessidade de teste oral de tolerância à glicose (TOTG). As gestantes com rastreamento positivo, ou seja, com GJ > 85mg/dL até 125mg/dL e/ou com qualquer fator de risco devem ser submetidas à confirmação diagnóstica com TOTG após ingestão de 75g de glicose anidra em 250-300 ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas (TOTG 75g 2h). A glicose plasmática é determinada em jejum, após uma e duas horas, onde os pontos de corte são  $\geq$  95, 180 e 155mg/dL, respectivamente, sendo que os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2013).

Segundo Negrato et al. (2010), o TOTG deve ser realizado para todas as gestantes sem fator de risco e GJ < 85mg/dL entre 24 e 28 semanas de gestação. Já a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015b; 2016b) recomenda que uma GJ deva ser solicitada na primeira consulta de pré-natal e quando esta for  $\geq$  126mg/dL é feito o diagnóstico do DM pré-gestacional. Se a GJ estiver entre  $\geq$  92mg/dL e < 126mg/dL é realizado o diagnóstico do DMG. Nas duas situações, deve ser realizada uma segunda GJ para a confirmação diagnóstica. Caso a GJ seja < 92mg/dL, a gestante deve ser reavaliada entre 24 e 28 semanas de gestação com o TOTG 75g 2h.

O estudo observacional prospectivo Hiperglicemia e Resultados Adversos na Gravidez (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes – HAPO*) incluíram aproximadamente 25.000 gestantes de diversos países e realizou TOTG 75g de glicose com duas horas de duração, tendo como objetivo avaliar a relação entre os valores da glicemia materna e vários desfechos adversos na gestação. Os autores concluíram haver correlação positiva e linear entre os valores da glicemia materna e a frequência dos desfechos maternos e neonatais adversos como pré-eclâmpsia, cesariana, macrossomia, hipoglicemia neonatal e elevação na concentração de peptídeo C no sangue do cordão umbilical. Ainda, os resultados apontaram

que cada um dos valores da glicemia do teste era preditor independentemente da ocorrência de resultados neonatais adversos (METZGER et al., 2008).

Em 2010, o Grupo de Estudo da Associação Internacional de Diabetes na Gestação (*International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group - IADPSG*), mesmo considerando os achados relevantes do estudo HAPO, verificou que ainda havia necessidade de se estabelecer um consenso em relação aos critérios diagnósticos do DMG e, para isso, realizou um encontro de especialistas com a participação de várias sociedades médicas mundiais (METZGER et al., 2010).

Este grupo definiu os seguintes critérios diagnósticos:

- Diabetes diagnosticado durante a gravidez: valores iguais aqueles pré-determinados para diagnóstico do DM fora da gestação (hemoglobina glicada  $\geq 6,5\%$ , GJ  $\geq 126\text{mg/dL}$  ou glicemia em qualquer momento  $\geq 200\text{mg/dL}$ );
- DMG: GJ  $\geq 92\text{mg/dL}$  e  $< 125\text{mg/dL}$ ;
- TOTG 75g de 2h realizado entre 24 e 28 semanas de gestação: pelo menos um dos valores  $\geq 92\text{mg/dL}$  no jejum,  $\geq 180\text{mg/dL}$  na 1ª hora ou  $\geq 153\text{mg/dL}$  na 2ª hora. O TOTG é indicado para todas as gestantes que não apresentaram critérios para diagnóstico do DMG ou DM no início da gestação.

As gestantes com um ou mais pontos de corte (jejum  $\geq 92\text{ mg/dL}$ , 1 hora  $\geq 180\text{ mg/dL}$ , ou 2 h  $\geq 153\text{ mg/dL}$ ) no TOTG 75g teriam um risco 75% maior de ter um recém-nascido com um dos três desfechos neonatais (peso ao nascer acima do percentil 90, porcentagem de gordura corporal neonatal acima do percentil 90 ou valor de peptídeo C no cordão umbilical acima do percentil 90) quando comparados as gestantes sem nenhum desses valores alterados (METZGER et al., 2010).

Com a necessidade de se avançar em direção a um único critério para o diagnóstico do DMG, a OMS de 2014 revogou a recomendação de 1999 e adotou os critérios propostos pelo IADPSG, com duas ressalvas: 1) que esses critérios fossem válidos para qualquer idade gestacional e 2) que o valor de glicemia de 2 horas do TOTG com 75g de glicose deveria estar entre 153 e 199 mg/dL para o diagnóstico do DMG, uma vez que valores  $\geq 200\text{ mg/dL}$  correspondem ao diagnóstico do DM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 2015, a FIGO confeccionou um documento propondo critérios diagnósticos para DMG com base na configuração dos recursos financeiros, humanos e de infraestrutura

disponíveis em cada país e nas evidências das práticas locais. Os objetivos foram promover maior conscientização sobre a ligação entre a hiperglicemia e os desfechos maternos e fetais desfavoráveis, bem como os riscos futuros para as mães e suas proles e criar um documento de consenso que fornecesse orientações para os testes diagnósticos, gerenciamento e cuidado de mulheres com DMG, além de disseminar e encorajar o seu uso (HOD et al., 2015). Neste documento a FIGO sugeriu diferentes estratégias para o diagnóstico do DMG, sendo que o Brasil está entre os oito países de médio para baixo recurso em que as metas foram focadas para diminuir os desfechos maternos, fetais e perinatais desfavoráveis desta condição. Para a América Latina (países de médio para baixo recurso) a estratégia recomendada foi a seguinte:

- Para todas as gestantes no 1º trimestre realizar GJ para detectar diabetes na gravidez, sendo considerado diagnóstico valor  $\geq 126\text{mg/dL}$ . Entre 100 e 125mg/dL considerar como DMG;
- Se resultado da GJ for negativo, entre 24 e 28 semanas de gestação, realizar TOTG com 75g de 2h, sendo considerado diagnóstico do DMG valor  $> 140\text{mg/dL}$  (DE SEREDAY et al., 2003).

Em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Diabetes apresentaram o relatório sobre as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil e as recomendações analisaram alguns aspectos relevantes:

- **Fatores clínicos de risco:** A utilização de fatores clínicos de risco como forma de rastrear gestantes que devem ser submetidas a testes diagnósticos para DMG não é ideal, pois apresenta baixa sensibilidade;
- **Diagnóstico universal:** deve-se proporcionar a todas as gestantes a possibilidade de diagnóstico do DMG;
- **Viabilidade financeira e disponibilidade técnica do teste proposto:** o método diagnóstico a ser utilizado deve ser o melhor possível dentro da capacidade da região;
- **Teste com melhor sensibilidade/especificidade:** considera-se que o teste com melhor sensibilidade e especificidade para o diagnóstico do DMG é o TOTG com 75g, com os valores propostos pelo IADPSG e referendados pela OMS e FIGO (METZGER et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; HOD et al., 2015).

De acordo com a viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região do nosso país foram propostas duas estratégias para o diagnóstico do DMG com o objetivo de alcançar a maior cobertura para esse diagnóstico:

- Situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica **total**: todas as mulheres devem realizar a GJ até 20 semanas de gestação para diagnóstico do DMG e do DM diagnosticado na gravidez. Todas as gestantes com GJ inferior a 92mg/dL devem realizar TOTG com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas. Se o início do pré-natal for após 20 semanas de gestação, deve-se realizar TOTG o mais precoce possível. Estima-se que assim sejam detectados 100% dos casos;
- Situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica **parcial**: todas as gestantes devem realizar a GJ no início do pré-natal para diagnóstico do DMG e do DM diagnosticado na gravidez. Se o resultado do exame apresentar valores inferiores a 92mg/dL e a gestante estiver com idade gestacional abaixo de 24 semanas, deve-se repetir a GJ entre 24 e 28 semanas. Se o resultado mantiver valores inferiores a 92mg/dL considera-se normal e encerra a investigação. Estima-se que assim sejam detectados 86% dos casos.

O principal objetivo do tratamento do DMG é prevenir eventos adversos na mãe e no feto, sendo que a forma mais importante e comprovada para se atingir este alvo é a redução dos níveis glicêmicos sem causar hipoglicemia. Assim, os cuidados iniciais de mulheres com DMG incluem a terapia nutricional, prática de atividade física e monitoramento da glicemia (DETSCH et al., 2011; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015b; 2016b; HOD et al., 2015).

Em condições ideais, todas as mulheres com DMG devem ser encaminhadas a um nutricionista qualificado com experiência em cuidados com mulheres com diabetes para receber uma dieta adequada e com valor calórico baseado no Índice de Massa Corporal (IMC) prévio à gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2015b; 2016b) a composição da dieta deve conter 40 a 45% de carboidratos; 15 a 20% de proteínas (no mínimo 1,1g/kg/dia) e 30 a 40% de gorduras. As gestantes devem ser orientadas para escolher carboidratos de fontes de baixo índice glicêmico, proteínas magras, equilíbrio entre gorduras poli-insaturadas e monoinsaturadas e as gorduras saturadas devem ser limitadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016c).

De acordo com a FIGO, é importante planejar uma dieta apropriada aos hábitos e preferências pessoais e culturais; fornecer acompanhamento de rotina para ajustes da dieta e oferecer treinamento, ações educativas e apoio por nutricionistas. Diante disto, é recomendado limitar a ingestão de carboidratos para 35% a 45% do total de calorias, com um mínimo de 175g de carboidratos por dia, distribuídos em três refeições de tamanho pequeno a moderado e dois a quatro lanches. O ganho de peso desejado deve ser de 35 a 40 kcal/Kg de peso corporal desejável para mulheres com baixo peso, 30 a 35 kcal/kg peso corporal desejável para mulheres com peso normal e 25 a 30 kcal/kg de peso corporal desejável para mulheres com sobrepeso. Para gestantes obesas, a ingestão calórica deve ser reduzida em 30%, mas não abaixo de 1600 a 1800 Kcal/dia (HOD et al., 2015).

Uma dieta equilibrada auxilia no controle dos níveis glicêmicos pelo aumento da afinidade da insulina ao receptor, diminuindo a resistência periférica à sua ação e aumentando o consumo de glicose. Desta forma, tem como consequência a diminuição da necessidade e dose de insulina, quando esta é eventualmente utilizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2011).

A atividade física de intensidade moderada (caminhada rápida, corrida leve ou natação) durante a gestação tem sido associada à redução dos níveis de glicemia materna em alguns estudos (THANGARATINAM et al., 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015b; 2016b). Outras atividades físicas podem ser indicadas como a hidroginástica, dança, ciclismo e ioga. O horário dessas atividades poderia ser estabelecido de acordo com os valores do perfil glicêmico, principalmente, nos horários de pico de glicemia. O ideal seria que as atividades físicas fossem orientadas e supervisionadas por um fisioterapeuta ou educador físico (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011). A FIGO sugere que uma atividade física apropriada e adaptada de forma individual deve ser orientada para todas as mulheres com DMG, podendo ser realizada por 30 minutos por dia ou por 10 minutos após cada refeição (HOD et al., 2015). As recomendações de atividade física para gestante com DMG devem respeitar as contraindicações obstétricas: hipertensão induzida pela gravidez, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, sangramento uterino persistente após o segundo trimestre e restrição de crescimento intrauterino (DAVIES et al., 2003; NEGRATO et al., 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b).

O controle metabólico do DMG, ou seja, o monitoramento glicêmico feito por meio da dosagem capilar (dextro) pela própria gestante, várias vezes ao dia, é considerado o padrão ouro (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015b; 2016b). As orientações incluem a monitorização do dextro ao menos quatro vezes ao dia (jejum e duas horas após refeição) na paciente controlada com dieta e atividade física e sete vezes ao dia naquela com uso de insulina (FRANCISCO; TRINDADE, 2011; ZUGAIB, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b). Em 2010, Langer et al. demonstraram que um grupo de gestantes com controle glicêmico sete vezes ao dia (glicosímetro com memória) apresentou menores taxas de complicações como cesárea, macrossomia, distócia de ombro e hipoglicemia neonatal do que aquele que realizou quatro vezes ao dia (medida estimada da glicemia por fitas-teste).

As recentes recomendações da FIGO sugerem o monitoramento das glicemias capilares 3 a 4 vezes/dia, sendo uma vez em jejum e 2 a 3 vezes/dia pós-prandial (HOD et al., 2015). A American Diabetes Association (2015b; 2016b) recomenda o monitoramento das glicemias pré e pós-prandiais sem uma frequência específica para os testes. Os valores utilizados para o controle das glicemias são: jejum  $\leq 95$  mg/dL e 1 h pós-prandial  $\leq 140$  mg/dL, ou 2 h pós-prandiais  $\leq 120$  mg/dL (METZGER et al., 2007; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015b; 2016b).

Na maioria das mulheres com DMG (70%), a hiperglicemia responde de forma adequada somente com dieta equilibrada e prática de atividade física. Porém, se após duas semanas destas orientações os níveis glicêmicos permanecerem elevados o uso de insulina ou outros fármacos, sem dúvida alguma se faz necessário, sendo de grande importância para o tratamento (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015b; 2016b). Um critério adicional de insulinização sugerida por Buchanan é quando a medida da circunferência abdominal fetal à ultrassonografia for  $\geq$  que o percentil 75 entre 29 e 33 semanas de gestação (BUCHANAN, 1994).

No entanto, a gestante com tratamento medicamentoso deve ser alertada para os riscos de hipoglicemia, em especial durante o período noturno. Sua família também deve ser avisada sobre estes riscos, podendo realizar os primeiros socorros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b; HOD et al., 2015).

O sucesso do tratamento se deve sobremaneira a adesão das gestantes e o trabalho multi, inter e transdisciplinar das equipes de saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2012a).

O período puerperal da mulher que apresentou DMG é de extrema importância para iniciar uma prevenção precoce da saúde da mãe e da criança, uma vez que ambos poderão apresentar, no futuro, elevado risco para obesidade, síndrome metabólica, diabetes, hipertensão e desordens cardiovasculares (HOD et al., 2015).

A recomendação é que todas as mulheres com hiperglicemia durante a gestação tenham sua glicemia reavaliada entre seis a doze semanas pós-parto com TOTG 75g de 2 horas, sendo os critérios diagnósticos padronizados para a população não gestante. A escolha deste teste se deve por ele ser mais sensível que a GJ ou a hemoglobina glicada (COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE, 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016b). As mulheres que apresentam o TOTG dentro da normalidade devem ser reavaliadas a cada três anos ou com pelo menos uma GJ anualmente (TOVAR et al., 2011; COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016b). De acordo com a FIGO não está claro o tipo de teste, a frequência e a duração do acompanhamento de mulheres após o parto com TOTG dentro da normalidade, podendo ser utilizado TOTG, GJ ou hemoglobina glicada anualmente (HOD et al., 2015). No entanto, é importante ressaltar que são baixas as taxas de rastreamento para DM em mulheres que tiveram DMG (TOVAR et al., 2011).

De acordo com o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (2017) sobre as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil, duas estratégias são propostas para avaliação da mulher no puerpério que apresentou DMG no puerpério.

- Nas regiões do país com situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica **total**, a realização do TOTG com 75g de glicose, seis semanas após o parto, é considerada padrão ouro para o diagnóstico do DM após a gestação. O diagnóstico do DM fora da gestação é estabelecido se a GJ for  $\geq 126\text{mg/dL}$  ou 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose  $\geq 200\text{mg/dL}$ . Se a glicemia de jejum for de 100 a 125, diagnostica-se a GJ alterada. Caso o jejum seja inferior a  $126\text{mg/dL}$ , mas a glicemia na 2ª hora após a sobrecarga com 75g tenha valores de 140 a 199, o diagnóstico é de intolerância à glicose. Estima-se 100% de detecção de GJ alterada, intolerância à glicose ou DM com esta estratégia.
- Em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica **parcial**, pode-se realizar a GJ seis semanas após o parto para diagnóstico do DM e de GJ alterada. O diagnóstico do DM é considerado se a GJ for  $\geq 126\text{mg/dL}$  e de GJ alterada quando a GJ



for de 100 a 125mg/dL. Utilizando essa estratégia estima-se que seja possível diagnosticar 66% dos casos de alterações no metabolismo de glicose incluindo o DM.

Mulheres com DMG e diabetes na gravidez devem ser encorajadas e apoiadas para iniciar e manter a amamentação, pois o aleitamento materno protege mulheres e crianças contra a ocorrência de complicações como redução de obesidade em crianças, DM tipo 2 e mesmo DM tipo 1 (HOD et al., 2015). Períodos maiores que três meses de aleitamento materno estão relacionado à redução do risco de desenvolvimento do DM tipo 2 em mulheres após a gestação e auxiliam na perda de peso (ZIEGLER et al., 2012).

Os profissionais da saúde devem advertir mulheres com história do DMG a adotarem mudanças no seu estilo de vida com uma dieta apropriada, exercícios regulares e peso corporal normal para a prevenção de diabetes e doenças cardiovasculares (PRIDJIAN; BENJAMIN, 2010; NATIONAL DIABETES INFORMATION CLEARINGHOUSE, 2013; PETRY, 2013). A perda de peso deve ser motivada principalmente entre as mulheres que estavam com peso acima do normal antes da gestação, devendo ser eliminados de 5% a 7% do peso corporal. É recomendável uma dieta saudável com baixo índice de carboidratos simples e gorduras saturadas e exercícios aeróbios cinco dias por semana por pelo menos 30 minutos (TOVAR et al., 2011; COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013; NATIONAL DIABETES EDUCATION PROGRAM, 2015). Além disso, as mulheres que tiveram DMG antes de engravidarem novamente devem buscar avaliação com profissionais da saúde com conhecimento sobre prevenção do diabetes antes da interrupção da contracepção (HOD et al., 2015).

## **2.2 Cuidado Pré-Natal**

### **2.2.1 Cuidado Centrado na Gestante**

A maternidade foi concebida à mulher como um dom fisiológico e como tal deve ser valorizado. Sendo um fenômeno fisiológico, natural, pode e deve acontecer sem grandes intervenções (SILVA et al., 2012).

A gestação é um período em que a mulher se sente muito vulnerável, um momento no qual precisa ter cuidados especiais e direito a promoção à saúde, acessibilidade, autonomia, protagonismo do seu cuidado, atenção integral, relações dialógicas entre ela e os profissionais; ambiente e profissionais humanizados e com postura ética (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Além disso, este momento é importante porque ela vivencia experiências singulares decorrentes das modificações fisiológicas e psicossociais (SILVA et al., 2012).

O cuidado pré-natal direciona-se como papel prioritário para a concretização de uma gestação saudável e um parto seguro e tem se tornado fundamental na qualidade da assistência à gestante, principalmente, por se estruturar dentro de um conjunto de ações que visam um atendimento global da saúde materno-fetal (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Um dos caminhos para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da gestante e de seu filho é o cuidado centrado nela, um cuidado respeitoso e responsivo às preferências, que busca as necessidades de saúde e os valores individuais, assegurando que estes aspectos orientem as decisões clínicas (GOMES, 2016).

Durante o pré-natal a gestante precisa sentir-se acolhida, respeitada, inclusive espera-se que se faça o direito dela de ser acompanhada, pois além de um direito é um bem para a mulher e o seu parceiro (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013). Sendo assim, os profissionais da saúde que assistem o pré-natal necessitam repensar suas práticas que cotidianamente realizam, bem como, organizar espaços de diálogo e escuta das gestantes e seus acompanhantes (BARRETO et al., 2013). Nesse sentido, outro meio de melhoria da assistência pré-natal se dá pela educação em saúde, onde são oportunizados momentos de aprendizagem com as gestantes e seus parceiros e o desenvolvimento da autonomia para que se sintam capazes de tomar decisões, evitando que a falta de conhecimento gere sensações de limitação e submissão (LANDERDAHL; SANTOS; RESSEL, 2012).

O trabalho dos profissionais da saúde envolvidos no cuidado centrado na gestante deve tornar a assistência personalizada a fim de proporcionar um atendimento de qualidade com resolubilidade (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013). Desta forma, é importante se valer da ética, como um princípio fundamental para as ações dos profissionais que lidam com a gestante (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010; SILVA et al., 2012), sendo suas posturas pautadas em valores fundamentais, baseadas no diálogo, na atenção e na efetivação de ações que se destacam além do processo de humanização, mas de ver a gestante como um ser humano pleno de direitos (NEUMANN et al, 2010).

A humanização da assistência à gestante tornou-se de grande importância, fazendo com que ela fosse atendida na dimensão do contato humano, do ouvir, do acolher, do explicar e do

criar vínculo. Enfim, a utilização das “tecnologias leves”<sup>1</sup> passaram a fazer toda a diferença na atenção à gestante. Além disso, as “tecnologias leves” somadas às medidas intervencionistas, privacidade e autonomia passaram a garantir maior amplitude do cuidado centrado na gestante (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Desde 2011 o governo federal vem implementando a Rede Cegonha como forma de complementar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, com isso, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança (MARTINELLI, 2014).

O PHPN baseia-se nos princípios de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primária para o correto acompanhamento do parto e do puerpério (BRASIL, 2002c). O termo humanização foi atribuído pelo MS ao PHPN com o intuito de melhorar as condições de atendimento das gestantes e puérperas, por meio das mudanças de atitudes dos profissionais para que o atendimento prestado seja eficiente e participativo (BRASIL, 2000).

Neste contexto é necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as gestantes, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério. Neste cenário foi construída e implantada uma linha de cuidado (LC) específica para garantir o cuidado necessário à gestante, o acesso ao conjunto de intervenções, a humanização na perspectiva da transdisciplinaridade e a necessidade de estruturação dos serviços com detalhamento de diretrizes e articulação/planejamento. Assim, as atenções se voltam à gestante, à puérpera e ao recém-nascido visando integração das ações dos profissionais envolvidos (SANTOS; PENNA, 2009).

A LC aborda as atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentadas no período gestacional, fundamentada no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, incluindo a estrutura dos serviços de saúde existentes. Para isso, faz-se necessária a integração das diversas unidades de atenção à saúde, iniciando na atenção básica, passando pela retaguarda ambulatorial especializada para as gestações de maior risco e finalizando na rede hospitalar com suas

---

<sup>1</sup> As tecnologias leves são associadas à ação intencional sobre a realidade a fim de produzir bens/produtos. Porém, a produção não precisa, necessariamente, ser concreto e palpável, mas pode ser simbólico. Desta forma, “o ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas ‘tecnologias leves’” (Silva, D.C., Alvim, N.A. T., Figueiredo, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 291 - 8. p.292).

maternidades de referência. Exige a normatização do fluxo na rede regional, bem como o estabelecimento de rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe. Além da adequada articulação dos serviços à LC é preciso ter mecanismos adequados de regulação da assistência, garantia de acesso a exames complementares e do fornecimento de medicações essenciais e segurança no transporte eventual de pacientes (SANTOS; PENNA, 2009).

Cada gestante precisa ser vista de forma individualizada, devendo ser cuidada com vistas à redução dos riscos de morbidade e mortalidade materna e perinatal, uma vez que muitas condições no período gravídico-puerperal podem ser diagnosticadas precocemente, bem como tratadas e/ou controladas a fim de prevenir complicações no que diz respeito ao binômio mãe e filho (BARRETO et al., 2013).

### 2.2.2 Cuidado Multi, Inter e Transdisciplinar

Durante o pré-natal a gestante espera encontrar a devida atenção que necessita, assim como, profissionais capacitados para acolhê-la mediante suas necessidades, proporcionando-lhe um acompanhamento longitudinal e continuado durante sua gravidez (BRASIL, 2012a).

Em torno de 15 a 20% das mulheres grávidas, por serem portadoras de algum agravo prévio à gestação ou desenvolverem problemas no decorrer da mesma, apresentam maiores riscos de uma evolução desfavorável tanto para a mãe como para o feto (REZENDE, CENY LONGHI, 2012).

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento durante a sua evolução, necessitando reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal, uma vez que a intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (LOPES, 2014).

A identificação de gestante de baixo e alto risco faz com que a equipe de saúde da AB disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada. As necessidades de grupos de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no atendimento primário da assistência. As dos grupos de alto risco geralmente requerem cuidados e tecnologias mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados na AB, outros necessitarão de atendimentos secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia especializada (BRASIL, 2013 a)

De acordo com os princípios e diretrizes da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco cabe a AB a captação precoce da gestante em condições de risco, com busca ativa;

estratificação de risco; visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; e acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2013a).

No entanto, segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco na maioria dos casos a presença de um ou mais fatores de risco não indicam imediatamente recursos propedêuticos com tecnologias mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora signifique uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes, muitas vezes traduzidas por uma maior frequência de consultas e visitas domiciliares, ações educativas direcionadas à especificidade dos problemas detectados nas gestantes, bem como intervenções junto à família e à comunidade (BRASIL, 2012b).

O cuidado de gestantes em condições clínicas de risco prevê atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências (BRASIL, 2013a).

Neste aspecto, surge o matricialmente por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma ferramenta potente para o processo de trabalho e gestão dos serviços entre os níveis de atenção, como um espaço privilegiado de construção de novos saberes e articulação de diferentes núcleos profissionais (MAXIMO et al., 2012).

Os NASF são os meios vigentes na AB para compartilhar o cuidado dos usuários com profissionais da saúde de outras áreas. Os NASF foram criados pelo MS mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, como uma estratégia inovadora com objetivo de apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica e Saúde da Família. Eles são constituídos por equipes compostas por profissionais com formação universitária de diferentes áreas do conhecimento para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de saúde da AB. Entre esses profissionais estão os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, educador físico, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2010).

Na equipe multiprofissional cada um tem funções diferentes a desempenhar, mas são todos interdependentes nas suas ações e decisões em relação à assistência da gestante e da família no processo gestacional, nascimento e puerpério (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A qualquer momento da gestação, os profissionais da saúde da AB devem ser capazes de avaliar os fatores de risco ou intercorrências que determinam quando as gestantes devem ser encaminhadas para uma assistência de maior complexidade (BRASIL, 2012b).

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco deve ser feito, prioritariamente, pela AB, que deve assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado de alto risco e, posteriormente, promover a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva e continuada (BRASIL, 2013a).

O estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante porque a gestante tem maior facilidade de acesso aos serviços da AB pela proximidade do seu domicílio, podendo ofertar o primeiro atendimento na suspeita de intercorrências e nos casos em que o acesso aos serviços especializados seja dificultado por algum motivo. A equipe da AB, também pode oferecer, de imediato, acolhimento e apoio a essa gestante, por meio da identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, participação em atividades educativas individuais e em grupo, reforço para frequência nas consultas especializadas e maior adesão aos tratamentos instituídos. Por sua vez, a equipe da AB deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante pelo instrumento de contra referência. Também é papel desta equipe fazer a busca ativa dessas gestantes em seu território de atuação por meio da visita domiciliar e equipe multidisciplinar quando esta não comparece nas consultas de pré-natal programadas (SÃO PAULO, 2010).

Deve haver um atendimento compartilhado que, de certa forma, volta-se para a integração da atenção à saúde da gestante entre os profissionais da AB, de modo que tenha ações, informações, comunicação, decisões de tratamento, ideias e práticas, objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos. Enfim, somente com o trabalho compartilhado entre os profissionais e usuários poderá haver uma assistência qualificada à gestante (MENDES, 2011).

O trabalho dos profissionais envolvidos no cuidado da gestante deve ser contextualizado nos saberes inerentes à gestação de modo que possa integrá-los mantendo sempre o diálogo entre si, com a gestante e sua família. Não é possível atender bem a gestante sem que haja interdisciplinaridade entre os profissionais ou mesmo uma percepção global da gestação (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

A equipe que funciona com uma dinâmica transdisciplinar tem a possibilidade de não haver prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes (ALMEIDA FILHO, 2005).

A interação dos profissionais com os demais serviços de saúde, bem como uma gestão eficiente, fomentam e articulam as ações de saúde na AB (BRASIL, 2012c). A preservação da integralidade, assistência transdisciplinar que produza um efeito potencializador para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e a busca de articulação das instituições setoriais e extras setoriais dentro de seu território de atuação, é fundamental neste aspecto. (BRASIL, 2012a).

### 3 JUSTIFICATIVA

O DMG tem despertado a atenção da saúde pública e se mostra como um grande desafio, pois é uma das intercorrências mais frequentes da gestação e exige um cuidado pré-natal qualificado e resolutivo no intuito de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012a).

Os profissionais da saúde envolvidos na assistência pré-natal na AB devem identificar os fatores de riscos e diagnosticar o DMG o mais precoce possível e acompanhar as gestantes com esta condição. No entanto, o que se verifica é que a qualidade desta atenção ainda não é satisfatória (BRASIL, 2012b).

Diante disto, surgiu o interesse de avaliar como os profissionais da saúde da AB dos municípios das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII do município de Franca tem realizado a assistência pré-natal de mulheres com DMG.

No entanto, a literatura se recente de instrumentos validados capazes de avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros que realizam pré-natal na AB em relação ao cuidado de mulheres com DMG. Assim, observou-se que previamente seria imprescindível a elaboração e validação de um instrumento destinado a esta finalidade específica.

Desta forma, a pesquisa foi direcionada à elaboração e validação de um questionário do tipo CAP para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da AB, utilizando uma amostra da população da AB dos municípios das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana do DRS VIII do município de Franca. Este questionário será aplicado futuramente nesta população com intuito de instituir estratégias mais eficientes no cuidado às mulheres com DMG. Ademais, este questionário poderá ser objeto de pesquisa em outras localidades em que o cuidado de mulheres com DMG não esteja sistematizado, de forma a assumir um caráter padrão para estudos da mesma natureza.



## **4 OBJETIVOS**

### **GERAL**

- Elaborar e validar um questionário que permita avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com DMG.

### **ESPECÍFICOS**

- Entrevistar especialistas e consultar a literatura para levantar os aspectos importantes sobre o que médicos e enfermeiros devem saber, perceber e fazer em relação ao cuidado de mulheres com DMG;
- Construir um questionário a partir da entrevista com os especialistas e da consulta à literatura, de acordo com as diretrizes do modelo de estudos CAP;
- Aplicar o questionário em uma amostra aleatória simples, representativa de médicos e enfermeiros da AB que realizam pré-natal nos municípios das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana;
- Submeter o questionário à crítica dos próprios respondentes;
- Analisar as respostas do questionário e as críticas feitas ao mesmo por esta amostra com fins à verificação da sua acurácia para um estudo CAP sobre o cuidado de mulheres com DMG por parte de médicos e enfermeiros da AB;
- Qualificar o questionário à luz do resultado das análises realizadas;
- Apresentar o questionário validado como instrumento adequado para estudos CAP sobre cuidado de mulheres com DMG por parte de médicos e enfermeiros da AB.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de Estudo

Elaboração e validação de um questionário para estudos do tipo Conhecimento, Atitude e Prática, especificamente destinado a levantar esses aspectos na assistência pré-natal realizada por médicos e enfermeiros da AB em relação ao cuidado de mulheres com DMG.

### 5.2 Etapas da Construção do Questionário CAP

Para o desenvolvimento do questionário CAP a ser testado pela população desta pesquisa foram seguidas as etapas sugeridas por Kaliyaperumal (2004): identificação do domínio, elaboração do questionário e validação das questões.

**1- Identificação do domínio:** O domínio ou o assunto no qual o estudo será realizado deve ser identificado. No caso desta pesquisa o assunto foi sobre DMG, sendo a área do domínio geral DMG. De forma mais específica, o domínio foi Conhecimentos, Atitudes e Práticas de médicos e enfermeiros da AB em relação ao cuidado de mulheres com DMG.

**2- Elaboração do questionário:** A construção das questões deve ser feita em etapas.

A primeira etapa para construir as questões de um estudo CAP é reunir-se com especialistas da área em relação ao assunto que será estudado para identificar os pontos relevantes que auxiliarão na elaboração do questionário. A partir das informações obtidas pelos especialistas, também se faz necessário uma consulta na literatura para obter as diretrizes mais atuais e baseadas em evidências em relação à temática, contribuindo para a construção do questionário que será testado na população.

A segunda etapa é a elaboração propriamente dita das questões que farão parte do questionário para testar as três áreas do estudo: Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

As questões incluídas na seção Conhecimentos devem ser construídas de forma que não forneçam distratores e nem dicas para responder as demais. No caso desta pesquisa, as questões elaboradas para testar o conhecimento dos respondentes foram confeccionadas de duas maneiras. Para avaliar o conhecimento sobre os fatores de risco para DMG foi solicitado que os respondentes assinalassem de uma lista quais eles identificavam como tal. Para avaliar o conhecimento sobre diagnóstico do DMG, cuidados iniciais de mulheres com DMG, cuidados no puerpério de mulheres que apresentaram DMG e reclassificação do diabetes após o parto

foram confeccionados casos clínicos em que os respondentes tinham que escolher a alternativa correta.

Na seção Atitudes, as questões serão elaboradas para avaliar atitudes, crenças e equívocos da população sobre o tema a ser estudado. Nesta pesquisa as questões desta seção foram construídas a partir de declarações afirmativas para que os respondentes indicassem a extensão que concordavam com as mesmas, utilizando-se de uma escala pré-determinada (concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente, discordo totalmente). Os tópicos em relação ao DMG abordados nas questões foram os seguintes: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, acompanhamento durante a gestação, assistência puerperal, encaminhamento e cuidado compartilhado.

Na seção Práticas, as questões devem avaliar a ação da população em relação à temática do estudo. Para esta pesquisa, nesta seção foram construídas questões com declarações afirmativas para que os respondentes indicassem como eles realizam determinada ação, também, utilizando-se de uma escala pré-determinada (nunca, raramente, frequentemente e sempre). Foram abordados os seguintes tópicos em relação ao DMG: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, assistência puerperal, encaminhamento e cuidado compartilhado.

No quadro 1 estão as diretrizes que foram seguidas para a construção das questões do questionário desta pesquisa.

**Quadro 1- Diretrizes utilizadas para a elaboração das questões de acordo com o modelo CAP.**

<b>Seção</b>	<b>Diretrizes</b>
<b>Conhecimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incluir questões que permitam avaliar o conhecimento de uma determinada população sobre o assunto.</li><li>- Formular questões de tal maneira que não forneça distratores e nem dicas para responder as demais.</li><li>- Tópicos: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, cuidados no puerpério e reclassificação do diabetes após o parto.</li></ul>
<b>Atitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incluir questões que permitam avaliar a opinião de uma determinada população sobre o assunto.</li><li>- Formular afirmativas e solicitar que a população da pesquisa aponte o quanto concorda ou não.</li><li>- Utilizar escalas pré-determinadas.</li><li>- Tópicos: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, acompanhamento durante a gestação, assistência puerperal, encaminhamento e cuidado compartilhado.</li></ul>
<b>Práticas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incluir questões que permitam avaliar a prática de uma determinada população sobre o assunto.</li><li>- Formular afirmativas e solicitar que a população da pesquisa aponte o quanto realiza ou não.</li><li>- Utilizar escalas pré-determinadas.</li><li>- Tópicos: fatores de risco, diagnóstico, cuidados iniciais, assistência puerperal, encaminhamento e cuidado compartilhado.</li></ul>

Fonte: KALIYAPERUMAL (2004).

**3- Validação das questões:** Uma vez preparadas as questões para o estudo elas precisam ser validadas. No caso desta pesquisa, primeiramente, as questões foram analisadas por um docente do Departamento de Medicina da UFSCar da área de Saúde da Mulher para avaliar e sugerir incorporações à versão do questionário a ser pré-testado.

A validação do questionário tem como objetivo avaliar a facilidade de compreensão, a relevância dos tópicos contidos nas questões, a eficácia na prestação de informações úteis e até que ponto as questões são compreendidas e interpretadas por diferentes indivíduos.

A validação deve ser realizada por um pré-teste em um pequeno grupo de representantes da população. O questionário deve ser testado por aproximadamente 10 indivíduos que

participarão do estudo. Uma vez que os questionários tenham sido completados, uma análise das repostas deve ser realizada.

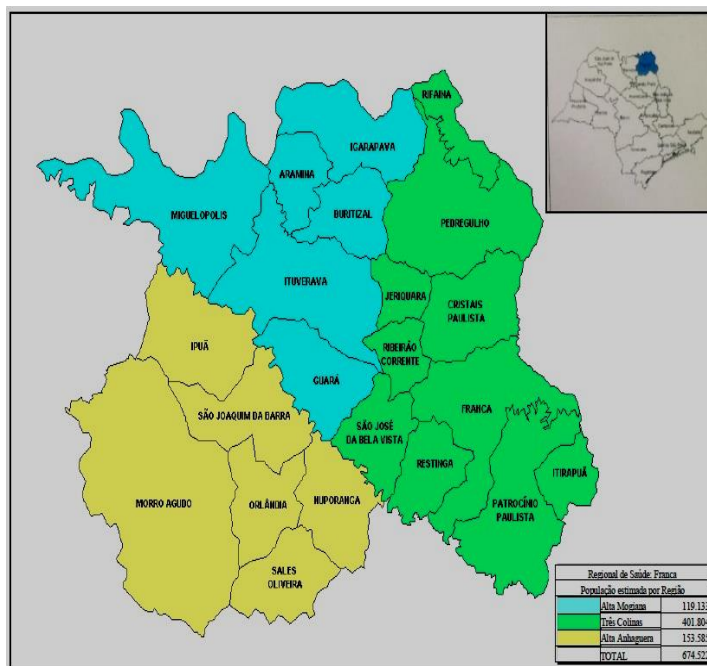
Essa análise deve validar a inteligibilidade, a precisão da interpretabilidade e a acurácia das questões em relação aos seus objetivos, bem como a cobertura das mesmas sobre o objeto da investigação a que se destina. Em outras palavras, inferir sobre o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pelos respondentes, a variabilidade com que foram interpretadas pelos mesmos e o quanto o questionário foi capaz de levantar os pontos de interesse da pesquisa.

Uma vez terminada a análise, as questões devem ser qualificadas à luz dos respectivos resultados de modo a gerar uma versão final para aplicação efetiva no campo da pesquisa.

### 5.3 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de saúde da AB dos municípios das Regiões de Saúde Alta Anhanguera (Ipuá, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra) e Alta Mogiana (Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis), pertencentes ao DRS VIII do município de Franca, do estado de São Paulo, Brasil (Figura 3).

**Figura 3- Mapa das Regiões de Saúde Alta Anhanguera e Alta Mogiana do DRS VIII do município de Franca.**



Fonte: DRS VIII – Franca/SP (2016).

#### 5.4 População-alvo

O total de médicos e enfermeiros da área de cobertura da pesquisa que utilizará o questionário em produção e validação é de 34 médicos e 33 enfermeiros.

Considerando, pois, que desse total de 67 profissionais, as duas categorias têm a mesma proporção, optou-se por aplicar o citado questionário em uma amostra aleatória simples composta por número igual de médicos e de enfermeiros. Assim, participaram seis médicos e seis enfermeiros que atuam na assistência pré-natal da AB dos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana e Alta Anhanguera, no período de fevereiro a junho de 2017.

A quantidade total de 12 sujeitos para a amostra foi determinada de acordo com as recomendações de kaliyaperumal (2004), que orienta que a validação do questionário CAP deve ser realizada por um pré-teste em um pequeno grupo de representantes da população de aproximadamente 10 indivíduos. Esta quantidade de sujeitos, também, se justificou considerando serem 12 municípios, uma vez que sortear somente 10 sujeitos para participarem da pesquisa poderia subtrair em 16,67% (10/12) a exatidão da igualdade de oportunidade de participação de todos os municípios.

Assim, para selecionar quais médicos e quais enfermeiros iriam compor a população-alvo foi realizada a amostragem por aleatorização simples, de forma a garantir a mesma oportunidade a todos os municípios de contribuírem tanto com médicos quanto com enfermeiros, bem como garantir a mesma oportunidade de participação a todos os médicos e enfermeiros de cada município (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2009).

A amostragem aleatória simples se deu em duas etapas, sendo que a primeira foi para sortear a categoria profissional e os municípios respectivos para cada categoria profissional e a segunda para aleatorizar o profissional da respectiva categoria profissional dentro de cada município sorteado na primeira etapa.

O procedimento da primeira etapa ocorreu colocando duas tiras de papel, uma escrita “enfermeiro” e outra escrita “médico” na caixa número 1 da categoria profissional e 12 tiras de papel dobrado com os nomes de cada município na caixa número 2 dos municípios. Primeiramente, retirou-se cegamente da caixa número 1 uma tira que estava escrito “médico”. Em seguida, foram sorteados da caixa número 2 seis municípios onde seriam aplicados o questionário CAP e o instrumento de avaliação do questionário aos “médicos”. Depois, as tiras desses municípios voltaram para a caixa número 2 e o mesmo procedimento foi feito para os “enfermeiros”, sorteando os seis municípios de onde esses profissionais participariam da

pesquisa. A amostra de médicos e de enfermeiros e os municípios de onde eles foram sorteados para participarem desta pesquisa pode ser observada no Quadro 2.

**Quadro 2- Resultado da amostragem aleatória simples de médicos e enfermeiros da AB que realizam pré-natal nos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana e Alta Anhanguera.**

Municípios	Médicos Sorteados	Enfermeiros Sorteados
<b>Alta Mogiana</b>		
Aramina	0	0
Igarapava	0	1
Miguelópolis	0	0
Buritizal	1	1
Guará	1	0
Ituverava	1	1
<b>Alta Anhanguera</b>		
Ipuã	1	0
São Joaquim da Barra	1	1
Orlândia	0	1
Nopuranga	0	0
Sales de Oliveira	1	0
Morro Agudo	0	1

Fonte: Produção da própria autora (2017).

A partir dos municípios sorteados para cada categoria profissional seguiu-se o procedimento da segunda etapa, em que cada profissional (médico e enfermeiro) de seus respectivos municípios foi sorteado aleatoriamente.

Para os municípios em que só tinha um médico e um enfermeiro, se o profissional sorteado não aceitasse participar da pesquisa, outro município seria sorteado para a categoria profissional que não havia concordado, eliminando os municípios que já haviam sido sorteados previamente.

Os profissionais que eram únicos em seus municípios sorteados foram: o médico do município de Guará e os enfermeiros dos municípios de Ituverava e Buritizal. Estes, aceitaram participar da pesquisa, não havendo necessidade de sortear outro município.

Para os municípios em que haviam mais de um médico e um enfermeiro, foi realizado um sorteio entre eles, colocando os seus nomes em tiras de papel em uma caixa e retirando cegamente uma para cada município de forma aleatória, de acordo com a categoria profissional. Uma segunda e terceira tira contendo o nome de outro profissional (médico ou enfermeiro) foi sorteada cegamente no caso do primeiro ou segundo profissional sorteado não aceitar participar

da pesquisa. O procedimento de sorteio dos profissionais tanto dos municípios com um médico e um enfermeiro como dos municípios que tinham mais de um médico e enfermeiro foi realizado até completar seis médicos e seis enfermeiros dos respectivos municípios aleatorizados, segundo a distribuição indicada no Quadro 2, garantindo a mesma oportunidade a todos.

Foram sorteados três médicos classificados em 1º, 2º e 3º lugares dos municípios de Ituverava, Sales de Oliveira, Ipuã e São Joaquim da Barra. Bem como, foram sorteados três enfermeiros classificados em 1º, 2º e 3º lugares dos municípios de Orlandia, Morro Agudo e São Joaquim da Barra. Todos os profissionais dos 1º lugares aceitaram participar da pesquisa não havendo necessidade de convidar os próximos sorteados.

Os médicos e enfermeiros sorteados foram convidados via e-mail e/ou telefone, a partir de uma lista de contatos destes profissionais, fornecida pelas Secretarias Municipais de Saúde de cada um dos municípios da área de cobertura desta pesquisa.

Quando confirmada a participação dos médicos e enfermeiros sorteados foi agendada data e horário compatível com as disponibilidades dos mesmos para a aplicação do questionário CAP e o instrumento de avaliação do questionário.

Neste dia, se o profissional sorteado não estivesse presente por algum motivo alheio a sua vontade, o segundo ou terceiro profissional sorteado seria convidado, buscando o momento mais oportuno para o convite. Porém, não houve necessidade de lançar mão deste procedimento, pois todos os profissionais convidados estavam presentes no dia da aplicação dos questionários.

No dia da aplicação do questionário, o pesquisador explicou com mais detalhes a justificativa, os objetivos, os benefícios e os riscos da participação dele nesta pesquisa, além de outros aspectos éticos contidos nos Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

## **5.5 Critérios de Elegibilidade**

### **Critérios de inclusão**

- Ser graduado em enfermagem ou medicina;
- Atuar na assistência pré-natal da AB como enfermeiro ou médico, independentemente do tempo de atuação;



- Aceitar participar da pesquisa.

#### **Critérios de exclusão**

- Não ter realizado nenhum atendimento de pré-natal nos últimos três meses;
- Estar afastado do trabalho no período da pesquisa.

#### **Critérios de substituição**

- Estar ausente no dia da aplicação do questionário depois de duas tentativas de agendamento.

### **5.6 Aspectos Éticos**

Em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do CEP da UFSCar e apresentada aos gestores das Secretarias Municipais de Saúde dos respectivos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana e Alta Anhanguera, por meio da apresentação do parecer consubstanciado (ANEXO A).

### **5.7 Instrumento de Pesquisa**

Nesta pesquisa foi utilizado um instrumento em forma de questionário do tipo CAP autoaplicável contendo questões abertas e questões fechadas, totalizando 55 questões (APÊNDICE A).

O questionário CAP foi dividido em cinco partes, sendo a parte I composta por questões fechadas e abertas relacionadas à caracterização demográfica, formação profissional geral, complementar e experiência profissional. As partes II, III e IV foram compostas somente por questões fechadas, respectivamente, que abordam conteúdos referentes aos conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da AB em relação ao DMG. A parte V consistiu em apenas uma questão aberta.

**Parte I – Caracterização demográfica, formação e experiência profissional:** apresentou questões relativas à identificação, formação acadêmica, titulação, vinculação no SUS e experiência profissional. Para a construção dessa seção usou-se como modelo o instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação externa das unidades de saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2013b);

**Parte II – Conhecimentos:** constituída por questões estruturadas, redigidas em formato de múltipla escolha do tipo *one-best-answer* (uma só alternativa considerada correta). Estas foram fundamentadas no Manual “*Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences*” do *National Board of Medical Examiners* dos Estados Unidos (CASE; SWANSON, 2003), referência condutora para a formulação do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (REVALIDA) no Brasil. Foi adotado o modelo de casos clínicos dispostos em vinhetas seguidos pelos enunciados. Cada vinheta continha informações suficientes para a resolução das questões. Em cada questão havia uma alternativa correta e três distratores. De acordo com o manual as alternativas incorretas não devem ser totalmente erradas, de modo que todas as alternativas apresentem certo conteúdo verdadeiro. Porém, a adotada como correta deve contemplar de forma mais ampla o assunto abordado. As alternativas distratoras devem ser homogêneas, plausíveis, gramaticalmente consistentes, compatíveis logicamente, pertencer a uma mesma categoria (por exemplo: diagnósticos, tratamento, etc.) e, na medida do possível, apresentar o mesmo padrão para a resposta correta. É recomendado ainda que não se utilize o formato “*Qual das seguintes proposições está correta?*” ou “*Cada uma das alternativas é correta, EXCETO*” (CASE; SWANSON, 2003);

**Parte III – Atitudes:** foi composta por afirmativas desenvolvidas no formato de escala do tipo Likert de quatro pontos. Esse tipo de escala possui características psicométricas e é utilizada em questionários para obter as preferências ou o grau de concordância dos sujeitos frente a um enunciado que exprime algo favorável ou desfavorável em relação a um tema (BERTRAM, 2007; DE MIRANDA et al., 2009). Diante de cada assertiva foi solicitado que o profissional assinalasse aquela que correspondia à sua opinião, com as seguintes opções: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente e concordo totalmente;

**Parte IV – Práticas:** formada por afirmativas em escala do tipo Likert de quatro pontos. Foi requerido que o profissional escolhesse a assertiva que mais se aproximasse da frequência com que realiza determinada ação em sua prática: nunca, raramente, frequentemente e sempre (AQUILANTE et al., 2012);

**Parte V** – consistiu de uma questão aberta sobre as dificuldades que os médicos e enfermeiros encontram na assistência de diabetes na gestação.

Para a validação do questionário foi utilizado um instrumento de avaliação do mesmo (APÊNDICE B) respondido pelos médicos e enfermeiros da AB sobre o quanto as questões

foram, adequadamente, compreendidas pelos respondentes e quanto o questionário foi capaz de levantar os pontos de interesse de cada área desta pesquisa (Conhecimentos, Atitudes e Práticas). Também, foi necessário validar a variabilidade com que as questões foram interpretadas pelos participantes.

#### 5.7.1 Construção do questionário CAP

Para a construção do questionário desta pesquisa, seguindo as recomendações de estudos do tipo CAP, primeiramente, foram entrevistados especialistas e docentes de universidades públicas na área de obstetrícia que realizam assistência pré-natal de gestantes de alto risco para identificar os pontos relevantes de conhecimentos, atitudes e práticas que médicos e enfermeiros da AB devem saber e fazer em relação ao DMG. Foram entrevistados quatro médicos e dois enfermeiros. Esta entrevista foi guiada por algumas perguntas disparadoras:

- *O que o médico e o enfermeiro que atuam na AB precisam saber e fazer em relação ao DMG?*
- *Quais as diretrizes que médicos e enfermeiros da AB devem seguir para uma adequada investigação das gestantes em relação ao diagnóstico do DMG? .*

A pesquisadora fez algumas perguntas ao entrevistado quando houve necessidade de esclarecimentos sobre as respostas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. As respostas dos especialistas podem ser observadas no Quadro 3.

**Quadro 3- Respostas dos especialistas sobre o que médicos e enfermeiros da AB devem saber e fazer em relação ao DMG.**

Respostas	Esp. 1	Esp. 2	Esp. 3	Esp. 4	Esp. 5	Esp. 6
<b>Rastreamento e Diagnóstico</b>						
Identificação dos fatores de risco.	x	X		x	x	X
Solicitação da Glicemia de jejum no início do pré-natal.	x	X	x	x	x	X
Solicitação do TOTG 75g de 2 horas.	x	X	x	x	x	X
<b>Cuidados iniciais durante o pré-natal</b>						
Início precoce de dieta e atividade física na AB.	x	X	x	x	x	
Utilização das equipes multidisciplinares na AB.	x					X
Solicitação do perfil glicêmico para controle.	x	X	x	x	x	
Encaminhamento de mulheres com DMG descompensada para nível secundário ou terciário.	x	X	x	x	x	X
Encaminhamento das gestantes com DM tipo I ou II para nível secundário ou terciário.	x	X	x	x	x	X
<b>Cuidados no puerpério</b>						
Reclassificação do DM após 6 a 12 semanas do parto com TOTG 75g de 2 horas.	x	X	x	x	x	X
<b>Diretrizes para diagnóstico e tratamento</b>						
Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).	x		x			
American Diabetes Association (ADA).	x	X	x	x		
International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group (IADPSG).	x					
Ministério da Saúde (MS).	x				x	X
Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD).					x	
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).	x					

Nota: DMG = Diabetes *Mellitus* Gestacional; DM = Diabetes *Mellitus*; AB = Atenção Básica; TOTG = Teste Oral de Tolerância à Glicose; Esp. = Especialistas.

Fonte: Produção da própria autora (2016).

A análise das respostas dos especialistas juntamente às referências científicas nacionais e internacionais em relação ao DMG serviram para delimitar a construção do questionário em uma segunda etapa.

O conteúdo das questões quanto às três áreas desta pesquisa (Conhecimentos, Atitudes e Práticas) se fundamentou nas recomendações mais atuais e baseadas em evidências da FIGO sobre os fatores clínicos de risco, métodos diagnósticos, cuidados iniciais de mulheres com DMG e recomendações pós-parto das puérperas que tiveram essa condição durante a gestação (HOD et al., 2015).

Para avaliar a qualidade das evidências e a classificação da força de recomendação a FIGO utilizou as terminologias propostas por Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation Working Group (GRADE)<sup>2</sup>. Este sistema usa uma linguagem consistente e descrições gráficas para a força e a qualidade das recomendações e as evidências em que elas são baseadas. Recomendações fortes são numeradas como 1 e recomendações condicionais (fracas) são numeradas como 2. Para a qualidade da evidência, são usados círculos preenchidos: ⊖○○○ - denota evidência de muita baixa qualidade; ⊖⊖○○ - denota evidência de baixa qualidade; ⊖⊖⊖○ - denota evidência de moderada qualidade e ⊖⊖⊖⊖ - denota evidência de forte qualidade (Quadros 4 e 5).

---

<sup>2</sup> Grupo de Trabalho de Classificação, Desenvolvimento e Avaliação. Acesso em: <http://www.gradeworkinggroup.org/index.htm>..

**Quadro 4 - Interpretação das recomendações fortes e condicionais (fracas) de acordo com GRADE\*.**

	<b>1-Recomendação forte é redigida como “recomendamos”</b>	<b>2-Recomendação condicional (fraca) é redigida “sugerimos”</b>
Para pacientes	Quase todos os pacientes nesta situação aceitariam a ação recomendada. Auxílios formais não são necessários para ajudar os pacientes a tomar decisões consistentes com seus valores e preferências.	A maioria dos pacientes nesta situação aceitaria a sugestão da ação.
Para clínicos	De acordo com as diretrizes, o desempenho da ação recomendada poderia ser usado como um indicador de critério ou desempenho de qualidade, a menos que os pacientes recusem.	Auxílios podem ajudar os pacientes a tomar uma decisão de gerenciamento consistente com seus valores e preferências.
Para quem decide as políticas	A recomendação pode ser adaptada como uma política na maioria das situações.	As partes interessadas precisam discutir a sugestão.

Nota: \*Adaptado com permissão de Swiglo et al. A case for clarity, consistency, and helpfulness: state-of-the-art clinical practice guidelines in endocrinology using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation system. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(3):666-73. Copyright Endocrine Society (2008).

Fonte: HOD et al. (2015).

**Quadro 5 - Interpretação da qualidade do nível de evidência de acordo com GRADE\*.**

<b>Nível de Evidência</b>	<b>Definição</b>
Alto ⊕⊕⊕⊕	Estamos confiantes de que o verdadeiro efeito corresponde ao efeito estimado.
Moderado ⊕⊕⊕○	Estamos moderadamente confiantes no efeito estimado. O efeito verdadeiro é geralmente próximo do efeito estimado, mas pode ser um pouco diferente.
Baixo ⊕⊕○○	Nossa confiança no efeito estimado é limitada. O efeito verdadeiro pode ser substancialmente diferente do efeito estimado.
Muito baixo ⊕○○○	Temos muito pouca confiança no efeito estimado. O efeito verdadeiro provavelmente será substancialmente diferente do efeito estimado.

Nota: \*Adaptado com permissão por Balshem et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6. Copyright Elsevier (2011).

Fonte: HOD et al., (2015).

Os fatores clínicos de risco para DMG incluem um aumento progressivo de risco com o avanço da idade, sobrepeso e obesidade, antecedentes familiares de primeiro grau com DM,

antecedentes pessoais de alterações metabólicas e antecedentes obstétricos (HOD et al, 2015). Estes fatores de risco podem ser observados no Quadro 6.

**Quadro 6 - Fatores clínicos de risco para DMG.**

<b>Fatores de Risco</b>
Idade materna avançada ( $\geq 35$ anos);
Sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
Deposição central excessiva de gordura corporal;
História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
Crescimento fetal excessivo ou polidrâmnio na gravidez atual;
Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez anterior;
Antecedentes obstétricos de abortamentos, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou DMG;
Síndrome de ovários policísticos;
Baixa estatura ( $< 1,5m$ ) *.

Nota: \*Grupo de Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (BRANCHTEIN et al., 2000).  
Fonte: (HOD et al., 2015).

Preconiza-se que o diagnóstico do DMG seja feito na assistência pré-natal em qualquer momento da gestação. O Quadro 7 apresenta a recomendação da FIGO para o diagnóstico do DMG com base na configuração de recursos para a América Latina, onde o Brasil está entre os oito países de médio para baixo recurso em que foi sugerida esta estratégia.

**Quadro 7 - Abordagem do diagnóstico do DMG para América Latina\*.**

Configuração de Recursos	Estratégia			Grau
	Quem testar e quando	Teste diagnóstico	Interpretação	Força de Recomendação e Qualidade de Evidência
<b>América Latina: países de médio para baixo recurso</b>	Todas as mulheres até o 1º trimestre	GJ para detectar diabetes na gestação	$\geq 126\text{mg/dL}$ , DM Entre 100 e 125mg/dL, DMG	2/0000
	Entre 24 e 28 semanas	Se teste negativo: TOTG 75g 2h	Valor $>140\text{mg/dL}$ , considerar DMG	2/0000

Nota: \*Estratégias alternativas usadas atualmente em países específicos.

Nota: DMG = Diabetes *Mellitus* Gestacional; TOTG = Teste Oral de Tolerância à Glicose.

Fonte: HOD et al. (2015).

A FIGO reconhece que o cuidado da gestante com diabetes deve ser feito de acordo com recursos nacionais disponíveis e infraestrutura, mesmo sem evidências de alta qualidade, pois seria preferível esta alternativa a receber um cuidado pobre ou nenhum cuidado. O cuidado inicial poderia ser baseado nas modificações do estilo de vida por meio de hábitos e preferências alimentares pessoais e culturais, prática de atividade física e monitoramento da glicemia capilar (HOD et al., 2015). Os Quadros 8, 9 e 10 mostram como esse cuidado pode ser realizado.

**Quadro 8 - Recomendações para terapia nutricional em mulheres com DMG.**

Recomendações	Configuração de Recursos	Força de Recomendação e Qualidade de Evidência
<p>Recomenda-se que os seguintes princípios sejam adotados para todas as gestantes com diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejar uma dieta apropriada em relação ao IMC pré-gestacional, peso corporal desejado, atividade física, hábitos e preferências pessoais e culturais;</li> <li>• Fornecer acompanhamento de rotina e ajustes de dieta durante a gravidez para atingir e manter os objetivos de tratamento;</li> <li>• Oferecer treinamento, educação, apoio e acompanhamento por uma nutricionista qualificada com experiência em cuidados com mulheres com diabetes. Os temas para discussão incluem: controle de peso, registros de alimentos, contagem de carboidratos, prevenção de hipoglicemia, alimentos saudáveis e atividade física.</li> </ul>	Todos	1/0000
<p>Sugere-se que a ingestão calórica seja calculada com base no IMC pré-gestacional e ganho de peso desejado como segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35-40 kcal / kg de peso corporal desejável para mulheres com baixo peso;</li> <li>• 30-35 kcal / kg peso corporal desejável para mulheres com peso normal;</li> <li>• 25-30 kcal / kg de peso corporal desejável para mulheres com sobrepeso.</li> </ul>	Todos	2/0000
<p>Recomenda-se limitar a ingestão de carboidratos para 35% a 45% do total de calorias, com um mínimo de 175 g de carboidratos por dia, distribuídos em três refeições de tamanho pequeno a moderado e dois a quatro lanches.</p>	Todos	1/0000
<p>Para mulheres obesas, a ingestão calórica deve ser reduzida em 30%, mas não abaixo de 1600 a 1800 Kcal/dia.</p>	Todos	2/0000

Fonte: HOD et al. (2015).



**Quadro 9 - Recomendações para atividade física em mulheres com DMG.**

<b>Recomendações</b>	<b>Configuração de Recursos</b>	<b>Força de Recomendação e Qualidade de Evidência</b>
Sugere-se que uma atividade física apropriada e pessoalmente adaptada seja recomendada para todas as mulheres com diabetes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física planejada de 30 min /dia;</li> <li>• Caminhadas breves ou exercícios de braço enquanto sentadas em uma cadeira por 10 minutos após cada refeição.</li> <li>• <b>As mulheres fisicamente ativas antes da gravidez devem ser encorajadas a continuar a rotina de exercícios anteriores.</b></li> </ul>	Todos	2/0000

Fonte: HOD et al. (2015).

**Quadro 10 - Recomendação de monitoramento da glicemia em mulheres com DMG.**

<b>Recomendações</b>	<b>Configuração de Recursos</b>	<b>Força de Recomendação e Qualidade de Evidência</b>
<b>O automonitoramento da glicemia capilar é recomendado 3 a 4 vezes/dia, sendo uma vez em jejum e 2 a 3 vezes/dia pós-prandial.</b>	Todos	2/0000
<b>O automonitoramento da glicemia capilar é recomendado para todas as gestantes com diabetes pelo menos uma vez ao dia, com anotação do horário da refeição.</b>	Baixo	2/0000
<b>Os valores para controle da glicemia durante a gestação: Jejum <math>\leq</math> 95 mg/dL e 1 h pós-prandial <math>\leq</math> 140 mg/dL, ou 2 h pós-prandiais <math>\leq</math> 120 mg/dL.</b>	Todos	1/0000
<b>A gestante deve ser educada para reconhecer e tratar sinais de hipoglicemia: ingestão de 15g de carboidratos simples (açúcar, comprimidos rapidamente absorvidos, líquidos adoçados)</b>	Todos	1/0000
<b>Os membros da família devem ser ensinados para usar o glucosímetro.</b>	Todos	2/0000

Fonte: HOD et al. (2015).

No puerpério as mulheres que tiveram DMG precisam receber um cuidado especial, sendo avaliadas se passaram a ser diabéticas ou intolerantes à glicose. Além disso, essas mulheres necessitam de aconselhamento para mudança de estilo de vida com orientação de dieta adequada e atividade física no intuito de evitar ou postergar o máximo possível que venham a ser portadoras do DM tipo 2 no futuro (Quadro 11).

**Quadro 11 - Recomendações para acompanhamento após o parto de mulheres com DMG.**

Recomendações	
<b>Entre 6 e 12 semanas após o parto</b>	É recomendado realizar TOTG 75g de 2 horas para avaliar o <i>status</i> glicêmico da mulher, utilizando valores de referência fora da gravidez.
<b>Rotineiramente</b>	Não está claro o tipo de teste, a frequência e a duração do acompanhamento de mulheres após o parto com TOTG dentro da normalidade. Poderia ser suficiente TOTG, GJ ou hemoglobina glicada (HbA1c) anualmente.

Fonte: HOD et al. (2015).

### 5.7.2 Estabelecimento das respostas das questões nas seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas

Nos Quadros 12 e 13 estão exibidas as alternativas corretas da parte II (Conhecimentos). As questões começam no número 14, pois as 13 primeiras são relativas às características demográficas, formação e experiência profissional, que contemplam as questões da parte I do questionário.

**Quadro 12 - Questões de conhecimento em relação aos fatores de risco para DMG e suas respectivas alternativas corretas.**

Conteúdo da questão	Enunciados da questão	Alternativa correta
<b>Fatores de risco</b>	14. Idade $\geq$ 35 anos	X
	15. Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual	X
	16. Deposição periférica de gordura corporal	
	17. História familiar de Diabetes <i>Mellitus</i> em parentes de 1º grau	X
	18. Polidrâmnio na gravidez atual	X
	19. Restrição de crescimento fetal na gravidez atual	
	20. Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação anterior	X
	21. Antecedente de abortos	X
	22. Antecedente de malformações	X
	23. Antecedente de morte fetal ou neonatal	X
	24. Antecedente de macrossomia	X
	25. Antecedente de Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional	X
	26. Síndrome dos ovários policísticos	X
	27. Estatura $>$ 1,50m	

Fonte: Produção da própria autora (2018), baseada em Rocha (2015).

**Quadro 13 - Questões de conhecimento em relação ao rastreamento e diagnóstico do DMG, cuidados durante o pré-natal e no puerpério e suas respectivas alternativas corretas.**

Caso clínico	Conteúdo da questão	Enunciado da questão	Alternativa correta
BAB com 25 anos, G2 P1 A0, 10 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ao exame físico: altura - 1,60 m, IMC - 24 Kg/m <sup>2</sup> , PA - 110X70 mmHg.	Diagnóstico do DMG	28. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para BAB?	a) Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
MCM com 37 anos, G2 P1 A0, 14 semanas de gestação procura unidade de saúde na atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ela possui história de Síndrome de Ovario Policístico (SOP). Sua mãe é portadora de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Na gestação anterior o feto nasceu com 4,5 Kg. Ao exame físico: IMC - 25 Kg/m <sup>2</sup> e PA - 120X70 mmHg.	Diagnóstico do DMG	29. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para MCM?	a) Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
CAC com 27 anos, G2 P1 A0, 16 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal vindo de outra cidade. Não apresentou intercorrências na gestação anterior. Ao exame físico: IMC - 23 Kg/m <sup>2</sup> e PA - 120X80 mmHg. Trouxe resultado de glicemia de jejum de 85 mg/dL.	Diagnóstico do DMG	30. Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada?	d) Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas de gestação.
DEP com 36 anos, G2 P1 A0, 32 semanas, IMC - 27 kg/m <sup>2</sup> trouxe resultado de Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) com os seguintes valores: glicemia de jejum - 90 mg/dL, 1 hora - 170 mg/dL e 2 horas - 160 mg/dL.	Cuidado durante o pré-natal	31. Considerando o contexto da gestante DEP, qual a orientação mais adequada?	b) Orientar dieta adequada baseado no IMC, atividade física e realizar perfil glicêmico em 14 dias.
FVC com 23 anos apresentou DMG, mudou de cidade e agora procura unidade de saúde da atenção básica para consulta puerperal. O parto foi realizado há 4 semanas.	Cuidado no puerpério	32. Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada?	c) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 6 e 12 semanas após o parto.

Nota: G, P, A = número de gestações, partos e abortos; IMC = índice de massa corporal; PA = pressão arterial; DMG = Diabetes Mellitus Gestacional. As siglas BAB, MCM, CAC, PAP, DEP e FVC = são as iniciais dos nomes fictícios utilizados para a realização dos casos clínicos.

Fonte: Produção da própria autora (2018), baseada em Rocha (2015).

Os quadros 14 e 15 a seguir, contêm as partes III (Atitudes) e VI (Práticas) consideradas adequadas, denominadas positivas.

**Quadro 14 - Assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Atitudes.**

<b>Assertivas da Seção Atitudes</b>	<b>Atitudes Positivas</b>
33. É papel do enfermeiro (a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	Concordar parcial ou totalmente
34. É papel do(a) médico(a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	
35. É papel do(a) enfermeiro(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	Discordar parcial e totalmente
36. É papel do(a) médico(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	Concordar parcial ou totalmente
37. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	
38. É papel do (a) médico (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	
39. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.	
40. É papel do(a) médico(a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.	Discordar parcial e totalmente
41. É papel da atenção básica encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	
42. É papel da atenção básica fazer a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	Concordar parcial ou totalmente
43. É papel do (a) enfermeiro (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	
44. É papel do (a) médico (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	

Fonte: Produção da própria autora (2018), baseada em Rocha (2015).

**Quadro 15 - Assertivas consideradas adequadas (positivas) na seção Práticas.**

Assertivas	Práticas Positivas
45. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.	Frequentemente ou sempre
46. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.	
47. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.	Nunca ou raramente
48. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	
49. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	Frequentemente ou sempre
50. Oriento os cuidados iniciais para mulheres com DMG.	
51. Mantenho assistência pré-natal na atenção básica de mulheres com DMG compensadas.	
52. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.	Nunca ou raramente
53. Faço a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para atenção à saúde de maior complexidade.	Frequentemente ou sempre
54. Realizo a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	

Fonte: Produção da própria autora (2018), baseada em Rocha (2015).

## 5.8 Coleta de Dados

Para a coleta de dados desta pesquisa foi necessária autorização dos gestores das Secretarias Municipais de Saúde dos respectivos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana (ANEXO B) e Alta Anhanguera (ANEXO C) em que os médicos e enfermeiros da AB foram convidados a participar. Estas autorizações institucionais foram apresentadas ao CEP da UFSCar para apreciação e aprovação.

Além disso, para a coleta de dados foi necessário que os médicos e enfermeiros da AB concordassem com o TCLE aprovado pelo CEP da UFSCar (APÊNDICE D). O TCLE foi lido pelo pesquisador responsável e compreendido, aceito e assinado pelos participantes, assegurando sigilo absoluto das informações fornecidas no instrumento de pesquisa, assim como a privacidade e anonimato.

## 5.9 Análise de Dados

Os dados coletados do questionário CAP foram tabulados em planilhas do programa *Microsoft Excel 2010* e, em seguida, importados para processamento no software SAS – *Statistical Analysis System versão 9.4* (SAS INSTITUTE INC, 2013).

Para os dados obtidos da caracterização sociodemográfica foi utilizada análise descrita com valores de média e valores mínimo e máximo para idade e tempo de conclusão do curso de graduação e frequências absoluta e relativa para o restante das variáveis.

Em relação às respostas da seção Conhecimentos foi utilizada análise descritiva com frequências absoluta e relativa.

Quanto às respostas da seção Atitudes e Práticas foram, inicialmente, atribuídos valores numéricos às opções, da seguinte maneira: escore 1 para discordo totalmente e nunca; 2 para discordo parcialmente e raramente; 3 para concordo parcialmente e frequentemente; e 4 para concordo totalmente e sempre. Posteriormente, foi utilizada análise descritiva com frequência absoluta para cada escore.

Para o cálculo do total de acertos para cada uma das seções Conhecimento, Atitudes e Práticas foi utilizada análise descritiva com frequências absoluta e relativa; frequência acumulada e percentual acumulado.

As respostas da questão aberta foram primeiramente categorizadas e para análise descritiva foram calculadas as frequências absoluta e relativa.

Os dados coletados da avaliação do questionário CAP para validação do mesmo foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Word 2010*.

A análise destes dados foi qualitativa, inferindo o quanto as questões foram adequadamente compreendidas pelos respondentes, a variabilidade com que foram interpretadas pelos mesmos e o quanto o questionário foi capaz de levantar os pontos de interesse da pesquisa. Em suma, a análise qualitativa destes dados validou a inteligibilidade, a precisão da interpretabilidade e a acurácia das questões, segundo as recomendações de kaliyaperumal (2004).

Uma vez terminada esta análise, as questões foram qualificadas à luz dos respectivos resultados, gerando uma versão final para aplicação efetiva em um campo de pesquisa futuro.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este tópico foi dividido em dois itens, os resultados e discussão do questionário CAP respondido pelos participantes e os resultados e discussão da avaliação por parte dos participantes do questionário CAP.

A forma de apresentação dos resultados e discussão do questionário CAP foi primeiramente a descrição dos resultados. Após a apresentação das tabelas com os dados e em seguida a discussão dos resultados de cada seção Conhecimentos, Atitudes e Práticas. A caracterização sociodemográfica foi apresentada em quatro partes. após os índices de acerto da seção Conhecimentos e os índices de positividade das seções Atitudes e Práticas. Os resultados e a discussão deste item permitiram uma análise dos pesquisadores que contribuíram na validação do questionário CAP.

No item da avaliação do questionário CAP foram apresentados os resultados e em seguida a discussão de cada pergunta feita aos participantes. A primeira pergunta foi para avaliar se alguma questão nas seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas foram formuladas de forma a ter mais de uma interpretação diferente segundo a compreensão dos participantes. Enquanto que as demais perguntas foram para avaliar se algo importante não tinha sido questionado sobre o assunto nas três seções. Os pesquisadores fizeram uma análise das respostas dos participantes seguindo a metodologia sugerida por Kaliyaperumal (2004) para a validação do questionário CAP.

### **6.1 Questionário CAP**

A caracterização sociodemográfica dos participantes está demonstrada nas tabelas 1, 2, 3 e 4. A média de idade dos participantes foi de 33,3 anos, variando de 28 a 66 anos. Foram entrevistados 12 participantes, sendo cinco (41,7%) do gênero feminino e sete (58,3%) do gênero masculino; deste total, seis eram enfermeiros (50%) e seis médicos (50%). A maioria dos participantes concluiu a graduação em escola pública (58,3%) e o tempo médio de conclusão foi de 15,6 anos com uma variação de quatro a 42 anos (Tabela 1).

**Tabela 1-Identificação e formação profissional dos participantes.**

Identificação e Formação profissional	N	%
<b>1. Idade</b>		
Média	33,3 anos	
Variação	28 – 66 anos	
<b>2. Gênero</b>		
Feminino	5	41,7
Masculino	7	58,3
<b>3. Profissão</b>		
Médico	6	50
Enfermeiro	6	50
<b>4. IES de conclusão</b>		
Pública	7	58,3
Privada	5	41,7
<b>5. Tempo de conclusão</b>		
Média	15,6 anos	
Variação	4 – 42 anos	

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

IES: Instituição de Ensino Superior.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

A maior porcentagem de participantes terem concluído a graduação em escola pública (58,3%) foi semelhante ao estudo de Rocha (2015) sobre conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia da saúde da família em relação à incontinência urinária feminina (61%). O tempo médio de conclusão do curso de graduação na pesquisa em questão (15,6 anos) também se assemelhou à de Rocha (2015) que foi de 13 anos.

A tabela 2 mostra a formação complementar dos participantes desta pesquisa. Quanto ao tipo de especialização, 10 (83,3%) participantes realizaram algum tipo, sendo que cinco deles fizeram mais de uma. Do total das especializações, três (25%) fizeram saúde da família, um (8,3%) fez saúde pública/coletiva, nove (75%) ginecologia e obstetrícia e dois (16,7%) fizeram outra especialização (enfermagem do trabalho e auditoria). Em relação à residência, seis (50%) realizaram, sendo que um (18%) fez saúde pública/coletiva, cinco (41,7%) ginecologia e obstetrícia e dois (16,7%) realizaram outro tipo de residência (medicina do trabalho e medicina fetal). Do total de participantes, cinco (41,7%) fizeram pós-graduação *lato sensu*, um (8,3%) mestrado em ginecologia e obstetrícia e nenhum (100%) deles fez doutorado.



**Tabela 2-Formação complementar dos participantes.**

<b>6. Formação Complementar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Especialização (360 horas)</b>		
Medicina de Família e Comunidade	0	0
Saúde da Família	3	25
Saúde Pública/ Saúde Coletiva	1	8,3
Ginecologia e Obstetrícia	9	75
Não	2	16,7
Outra: Enfermagem do Trabalho / Auditoria	2	16,7
<b>Residência</b>		
Medicina de Família e Comunidade	0	0
Saúde da Família	0	0
Saúde Pública/ Saúde Coletiva	1	8,3
Ginecologia e Obstetrícia	5	41,7
Não	6	50
Outra: Medicina do Trabalho / Medicina Fetal	2	16,7
<b>Outra pós-graduação <i>lato sensu</i></b>		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
<b>Mestrado</b>		
Medicina de Família e Comunidade	0	0
Saúde da Família	0	0
Saúde Pública/ Saúde Coletiva	0	0
Ginecologia e Obstetrícia	1	8,3
Não	11	91,7
<b>Doutorado</b>		
Não	12	100

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Foi observada uma porcentagem maior de participantes nesta pesquisa: especialização (83,3%) e residência (50%). Alguns participantes realizaram mais de um tipo de especialização, sendo que 75% deles fizeram em ginecologia e obstetrícia. Quanto à residência, 41,7% realizaram em ginecologia e obstetrícia e alguns em mais de um tipo de residência. A concentração maior dos participantes ser da área de ginecologia e obstetrícia foi coerente, uma vez que a pesquisa ocorreu na AB e não especificamente na estratégia da saúde da família. Estes achados se compararam ao estudo de Rocha (2015), a qual verificou que 72% dos médicos e enfermeiros de seu estudo fizeram especialização e 42% residência. Por este estudo ter sido realizado na estratégia da saúde da família, a área de concentração mais frequente na especialização foi em saúde da família (67%), enquanto na residência foi em medicina de família e comunidade (21%).

Todos os participantes possuíam contratação municipal. Quanto ao vínculo empregatício com o SUS, somente quatro (33,3%) eram funcionários públicos. A maioria dos participantes ingressou por indicação (58,3%), enquanto quatro (33,3%) deles foram por concurso público (Tabela 3).

**Tabela 3-Vínculo empregatício dos participantes.**

Vínculo Empregatício	N	%
<b>7. Agente contratante</b>		
Municipal	12	100
<b>8. Tipo de vínculo empregatício com o SUS</b>		
Servidor público estatutário	3	25
Contrato temporário prestação de serviço	4	33,3
Empregado público CLT	1	8,3
Contrato CLT	2	16,7
Outro: Pessoa Jurídica	2	16,7
<b>9. Forma de ingresso</b>		
Concurso público	4	33,3
Indicação	7	58,3
Outra: Pessoa Jurídica	1	8,3

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

CLT: Consolidação das Leis de Trabalho.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Muitos profissionais da saúde, particularmente, os médicos, tanto em serviços públicos como privados, têm preferido o vínculo empregatício por meio da pejetização, que é caracterizada como prestação de serviços exercidos por pessoa física por meio da pessoa jurídica constituída para esse fim, substituindo uma relação formal de emprego. A motivação para este tipo de contrato se deve a falta de interesse em uma relação trabalhista com os serviços de saúde, devido às próprias regras trabalhistas, tais como o cumprimento de jornada de trabalho, pessoalidade, subordinação técnica, além da alta retenção de parte de seu pagamento para o custeio do tributo obrigatório. Os profissionais devem ter clareza que a depender da forma como exercem sua atividade de trabalho nos serviços de saúde este tipo de contratação pode motivar a imputação de crime de ordem financeira (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS, 2016; RENÓ, 2017).

Em relação ao tempo de atuação na AB, um participante não respondeu o período. Entre aqueles que responderam, a maioria (66,7%) trabalhava há mais de cinco anos. Além de atuarem no SUS, 11 deles (91,7%) realizavam atendimentos particulares e/ou em convênios. Do total dos participantes, seis (50%) responderam que, tanto médicos como enfermeiros são responsáveis pela assistência pré-natal, cinco (41,7%) responderam que são os médicos e um (8,3%) respondeu que é o enfermeiro (Tabela 4).

**Tabela 4-Experiência profissional dos participantes.**

<b>Experiência Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>10. Tempo de atuação na Atenção Básica*</b>		
Menos de 1 ano	1	8,3
01 – 05 anos	2	16,7
06 – 10 anos	3	25
Mais de 10 anos	5	41,7
<b>11. Atuação na saúde suplementar (privado/convênio)</b>		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
<b>12. Tempo de atuação na Saúde Suplementar**</b>		
Menos de 1 ano	0	0
01 – 05 anos	4	33,3
06 – 10 anos	1	8,3
Mais de 10 anos	4	33,3
<b>13. Responsável pela Assistência Pré-Natal</b>		
Médico	5	41,7
Enfermeiro	1	8,3
Médico e Enfermeiro	6	50

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

\*Um participante não respondeu. \*\*Três participantes não responderam.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

A contratação há mais de cinco anos da maioria dos médicos e enfermeiros da AB favorece uma vinculação mais estreita entre eles e os usuários, possibilitando ganhos positivos em relação ao cuidado, visto que a alta rotatividade de profissionais pode abalar essa relação (NASCIMENTO; COSTA, 2009). Tal relação é valiosa quando se trata de um cuidado prolongado como é o caso de uma gestação e, principalmente, quando existe uma condição de saúde específica que merece uma atenção especial (GRABOIS, 2011).

Na seção Conhecimentos foram testadas 19 questões, sendo que os acertos variaram no mínimo de sete questões (16,7%) e no máximo de 16 questões (100%), com um índice de acerto de 50% em 13 questões (Tabela 5). O índice de acerto entre os profissionais nesta seção

foi considerado elevado (79%), pois em somente quatro questões o índice de acerto foi abaixo de 50%.

**Tabela 5-Total de acertos das questões na seção Conhecimentos.**

Mínimo e máximo de acertos das questões	N	%	Frequência Acumulada	Percentual Acumulado
7	2	16,7	2	16,7
8	1	8,3	3	25
10	1	8,3	4	33,3
13	2	16,7	6	50
14	5	41,7	11	91,7
16	1	8,3	12	100

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Na tabela 6 constam as frequências absolutas e relativas de acertos e erros por questão de Conhecimento em relação aos fatores de risco para DMG. Os participantes tiveram um baixo índice de acerto nas questões 16 e 27 (16,7%), enquanto que na questão 21, os acertos foram de 50%. Nas demais questões, os acertos foram de 58,3% para cima.

As questões que os participantes tiveram um índice de acerto menor foram relativas à deposição de gordura corporal (questão 16) e estatura (questão 27). A deposição de gordura excessiva central é considerada fator de risco para DMG e não periférica como foi colocada na assertiva (HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015a; 2016a). A partir dos resultados publicados pelo Grupo de Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional, estatura abaixo de 1,50 m é considerada fator de risco para DMG (BRANCHTEIN et al., 2000).

De acordo com Case; Swanson (2003) pareceu aos pesquisadores um distrator a forma como estas questões foram elaboradas, quando na questão sobre deposição de gordura corporal, a palavra periférica foi colocada no lugar de central, e na questão sobre estatura, o sinal maior (>) foi colocado no lugar do sinal menor (<), procurando mais confundir os respondentes do que avaliar o conhecimento deles sobre os fatores de risco para DMG. Avaliando a luz mais aprofundada da análise sobre a confecção de questões, estes autores recomendam que assertivas com respostas verdadeiras ou falsas, certas ou erradas devem ser elaboradas com enunciados corretos para que os respondentes possam julgar o próprio conhecimento. Desta forma, estas questões foram reformuladas no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

Surpreendeu os pesquisadores verificar que 50% dos participantes erraram a questão sobre antecedente de aborto como fator de risco para DMG, pois este fator de risco se apresenta em diversos tipos de publicações na literatura nacional (SÃO PAULO, 2010, NEGRATO et al.,

2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; BRASIL, 2012a; 2012b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015b; 2016b) e internacional sobre este assunto (METZGER et al., 2008; 2010; HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015a; 2016a). Como na maioria das pesquisas o aborto prévio faz parte da lista de fatores de risco para DMG, ele foi mantido no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

**Tabela 6-Frequências de acertos e erros por questão na seção Conhecimentos em relação aos fatores de risco para DMG.**

Conteúdo da questão	Enunciado da questão	Acertos N (%)	Erros N (%)
Fatores de Risco	14.Idade $\geq$ 35 anos	9 (75)	3 (25)
	15.Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual	12 (100)	0
	16.Deposição periférica de gordura corporal	2 (16,7)	10 (83,3)
	17.História familiar de Diabetes <i>Mellitus</i> em parentes de 1º grau	11 (91,7)	1 (8,3)
	18.Polidrâmnio na gravidez atual	7 (58,3)	5 (41,7)
	19.Restrição de crescimento fetal na gravidez atual	8 (66,7)	4 (33,3)
	20.Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação anterior	7 (58,3)	5 (41,7)
	21.Antecedente de aborto	6 (50)	6 (50)
	22.Antecedente de malformações	7 (58,3)	5 (41,7)
	23.Antecedente de morte fetal ou neonatal	8 (66,7)	4 (33,3)
	24.Antecedente de macrossomia	8 (66,7)	4 (33,3)
	25.Antecedente de Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional	12 (100)	0
	26.Síndrome dos ovários policísticos	8 (66,7)	4 (33,3)
	27.Estatura > 1,50m	2 (16,7)	10 (83,3)

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2017).

Na tabela 7 estão demonstradas as frequências absolutas e relativas de acertos e erros por questão de Conhecimento em relação aos casos clínicos relativos ao diagnóstico de DMG, cuidados durante o pré-natal e no puerpério. Os participantes tiveram um baixo índice de acerto nas questões 30 (41,7%) e 32 (16,7%). A questão 29 apresentou um índice de acerto de 50%, enquanto as questões 28 e 31 tiveram um índice de acerto de 83,3% e 66,7%, respectivamente.

**Tabela 7-Frequências de acertos e erros por questão na seção Conhecimentos em relação ao diagnóstico do DMG, cuidados durante o pré-natal e no puerpério.**

Conteúdo da questão	Enunciado da questão	Acertos N (%)	Erros N (%)
Diagnóstico do DMG	28.Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para BAB?	10 (83,3)	2 (16,7)
Diagnóstico do DMG	29.Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para MCM?	6 (50)	6 (50)
Diagnóstico do DMG	30.Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada?	5 (41,7)	7 (58,3)
Cuidado no pré-natal	31.Considerando o contexto da gestante DEP, qual a orientação mais adequada?	8 (66,7)	4 (33,3)
Cuidado no puerpério	32.Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada?	2 (16,7)	10 (83,3)

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

DMG = Diabetes *Mellitus* Gestacional. As siglas BAB, MCM, CAC, DEP e FVC = são as iniciais dos nomes fictícios utilizados para a realização dos casos clínicos.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

As questões 28 (índice de acerto de 83,3%) e 29 (índice de acerto de 50%) sobre diagnóstico do DMG apresentaram um erro em sua elaboração, uma vez que mais de uma alternativa estava correta. Para calcular o índice de acerto consideraram-se as respostas em que os respondentes escolheram quaisquer das alternativas que estavam corretas. Em virtude desta imprudência, os contextos utilizados para avaliar o conhecimento dos participantes sobre a abordagem do diagnóstico do diabetes durante a gestação não puderam ser testados. Assim, estas questões foram reformuladas no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

A questão 30 também utilizou um contexto para avaliar o conhecimento dos participantes sobre o diagnóstico do DMG, sendo observado que somente 41,7% dos participantes responderam que o TOTG 75g 2h deve ser solicitado entre 24 e 28 semanas de gestação.

Seguindo as diretrizes brasileiras do estado de São Paulo, da FEBRASGO ou do manual técnico de gestação de alto risco do MS os participantes teriam acertado esta questão, uma vez que o nível da GJ apresentado no caso clínico foi de 85mg/dL e o TOTG 75g 2h é recomendado com níveis entre 85 e 125mg/dL (SÃO PAULO, 2010; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011;

BRASIL, 2012b). As evidências da FIGO que serviram de referência para esta pesquisa utilizam os níveis da GJ entre 100 e 125mg/dL para fazer diagnóstico do DMG e qualquer valor inferior a 100mg/dL está indicado o TOTG 75g 2h, de forma que os participantes teriam condições de responder corretamente (HOD et al., 2015). De acordo com as recomendações atuais da OMS, o DMG é diagnosticado em qualquer momento da gestação baseado em qualquer um dos seguintes valores: GJ entre 92 e 125mg/dL; 1 hora após 75g de glicose  $\geq$  180mg/dL ou 2 horas após 75g de glicose entre 153 e 199mg/dL, possibilitando aos participantes acertar a questão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No entanto, utilizando os Cadernos de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco gestante com GJ abaixo de 85 a 90mg/dL sem fator de risco é considerada normal encerrando a investigação para DMG, portanto, o TOTG 75g 2h não estaria indicado no caso clínico apresentado nesta questão.

Em vista dos argumentos acima, a questão foi reformulada no questionário CAP validado com mudança no nível da GJ para 91 mg/dL, não havendo possibilidade de dúvida quanto a indicação de TOTG 75g 2h para todas as gestantes em que a GJ no início da gravidez não for considerada diagnóstico de DMG (APÊNDICE C).

A questão 31 sobre as orientações dos cuidados iniciais oferecidos às gestantes com DMG apresentou um índice de acerto elevado por parte dos participantes, sendo mantida no questionário CAP validado com pequenas modificações nas alternativas (APÊNDICE C).

A proposta da questão 32 foi testar os conhecimentos dos participantes em relação ao cuidado no puerpério com as mulheres que apresentaram DMG. Verificou-se que a minoria (16,7%) acertou esta questão, o que é bastante preocupante, pois a reclassificação do diabetes entre essas mulheres é extremamente importante devido a suas repercussões futuras. Até um terço de mulheres com DMG terão diabetes ou intolerância à glicose no rastreamento puerperal e estima-se que 15 a 50% dessas mulheres desenvolverão diabetes na sua vida futura (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013). Mulheres com DMG apresentam próximo de oito vezes mais risco de desenvolver diabetes pós-parto do que mulheres que não foram afetadas por esta condição (CHODICK et al., 2010).

Embora a GJ seja mais fácil para ser realizada no puerpério, ela perde em sensibilidade para detectar outras formas de alteração do metabolismo da glicose que o TOTG pode confirmar como o nível de GJ alterado e a intolerância à glicose (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013). Desta forma, várias diretrizes têm

recomendado a realização do TOTG 75g 2h entre seis e doze semanas após o parto de mulheres com DMG (METZGER et al., 2007; HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016b; 2016c).

Além disso, essas mulheres necessitam receber orientações de mudança de estilo de vida e/ou intervenções farmacológicas para diminuir a incidência do DM tipo 2 (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013; HOD et al., 2015; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016b; 2016c). Mesmo que o TOTG seja normal no pós-parto é preciso que os testes sejam realizados de forma rotineira. A FIGO considera suficiente TOTG, GJ ou hemoglobina glicada (HbA1c) anualmente, apesar de não estar claro qual o tipo de teste e frequência e como deve ser o acompanhamento de mulheres após o parto com TOTG dentro da normalidade (HOD et al., 2015).

Esta questão foi mantida no questionário CAP validado com uma pequena modificação nas alternativas (APÊNDICE C).

Na seção Atitudes foram testadas 12 questões, sendo que as atitudes positivas variaram no mínimo em oito questões (8,3%) e no máximo em 12 questões (100%), com um índice de positividade de quase 50% em 10 questões (Tabela 8).

**Tabela 8-Total de acertos das questões na seção Atitudes.**

Mínimo e máximo de acertos das questões	N	%	Frequência Acumulada	Percentual Acumulado
8	1	8,3	1	8,3
9	1	8,3	2	16,7
10	3	25	5	41,7
11	4	33,3	9	75
12	3	25	12	100

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Quase a totalidade dos participantes tiveram atitudes positivas em relação às questões testadas nesta seção. A maior parte das questões apresentou um índice de 10 (83,3%) a 12 (100%) participantes com atitudes positivas. Na questão 35, sete (58,3%) participantes apresentaram atitudes positivas, discordando sobre o papel do profissional da enfermagem realizar o diagnóstico de DMG. Na questão 41, metade dos participantes concordou que é papel da AB encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade, enquanto a outra metade discordou (Tabela 9).



**Tabela 9-Frequência absoluta de respostas em cada opção na seção Atitudes.**

Assertivas da Seção Atitudes	Frequência absoluta				Atitudes Positivas
	1	2	3	4	
33. É papel do enfermeiro (a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	0	0	5	7	3 e 4
34. É papel do(a) médico(a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	0	1	0	11	3 e 4
35. É papel do(a) enfermeiro(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	5	2	3	2	1 e 2
36. É papel do(a) médico(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	0	0	1	11	3 e 4
37. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	0	1	2	9	3 e 4
38. É papel do (a) médico (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	0	0	1	11	3 e 4
39. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.	1	1	4	6	3 e 4
40. É papel do(a) médico(a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.	0	0	1	11	3 e 4
41. É papel da atenção básica encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	3	3	2	4	1 e 2
42. É papel da atenção básica fazer a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	0	0	1	11	3 e 4
43. É papel do (a) enfermeiro (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	0	2	4	6	3 e 4
44. É papel do (a) médico (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	0	0	1	11	3 e 4

Nota: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = concordo parcialmente; 4 = concordo totalmente.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Mais da metade dos médicos e enfermeiros responderam que não é papel do enfermeiro fazer diagnóstico do DMG.

Apesar de não existir evidências sobre um protocolo de cuidado pré-natal e monitorização de mulheres com DMG, o boletim prático do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda que estas gestantes passem por visitas com médicos e

enfermeiros a cada duas ou quatro semanas, conforme a necessidade. Segundo este boletim, o papel dos enfermeiros no cuidado pré-natal de mulheres com DMG inclui a avaliação do peso corporal, pressão arterial e teste da fita para proteína na urina (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

No Brasil, os manuais técnicos de gestação de baixo e alto risco não especificam de forma detalhada quais as funções e os procedimentos durante a assistência pré-natal na AB que cabe a cada categoria profissional. Porém, está descrito que os profissionais da saúde que realizam a assistência pré-natal na AB devem ter pronta atenção durante a gestação a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame, a fim de identificarem os fatores de risco gestacional (BRASIL, 2012a).

As equipes de saúde que fazem o seguimento da gestação devem continuamente realizar avaliação clínica, por meio de uma história clínica detalhada e avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais; avaliação obstétrica com estabelecimento mais acurado possível da idade gestacional e acompanhamento da gestação, mediante adequada interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino), avaliação do crescimento, vitalidade e maturidade fetal; ainda é importante o conhecimento das repercussões da gravidez sobre as condições clínicas da gestante, sendo fundamental um conhecimento amplo sobre a fisiologia da gravidez (BRASIL, 2012b).

Dentro deste contexto, são vários os profissionais da saúde envolvidos na assistência pré-natal como: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares odontológicos e agentes comunitários de saúde, sendo que cada categoria profissional possui suas habilidades e competências específicas.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira (BRASIL, 2002). Esta possui conhecimento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, espera-se dela o acompanhamento e a assistência à gestante no desempenho de um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil (CUNHA, MARGARIDO, 2010).

Metas têm sido definidas na busca de tornar a assistência à gestante e a realização de partos mais qualificados e seguros. Uma das estratégias estabelecida para o alcance desta meta é a participação de um profissional qualificado e treinado com proficiência nas habilidades e competências necessárias para o cuidado e acompanhamento de gravidezes e nascimentos

normais e período pós-parto imediato (CASTRO, 2103). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. A SAE consiste em realizar o processo de enfermagem de forma contínua e integral, por um sistema composto de cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e avaliação (GOMES; BRITO, 2012). É considerado um método científico que orienta a prática do enfermeiro e de toda sua equipe, sendo de extrema importância para que o cuidado seja eficiente e individualizado, de modo a garantir a integralidade e a qualidade da assistência (GOMES; BRITO, 2012). A SAE constitui uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN/358/2009) para as instituições de saúde, tanto públicas como privadas, de todo o Brasil.

O enfermeiro tem fundamental importância na assistência pré-natal, entretanto, são necessários investimentos em sua qualificação, para que possam ser realizados da melhor forma possível (CUNHA et al., 2009).

Vale enfatizar que, para cada categoria profissional, cabem funções específicas na assistência pré-natal da AB que se complementam sendo o diagnóstico de uma condição de saúde realizado de formas diferentes por cada tipo de profissional, sem subestimar que independente da forma, o cuidado oferecido será o mesmo e de máxima qualidade.

Apesar do contexto desta questão ter sido avaliar o papel de médicos e enfermeiros na realização do diagnóstico do DMG, para o questionário CAP validado ela foi reformulada no sentido de avaliar o papel de médicos e enfermeiros na solicitação de exames complementares para o diagnóstico do DMG e não necessariamente avaliar o papel desses profissionais no diagnóstico desta condição de saúde (APÊNDICE C).

Na questão 41, os profissionais da saúde se mostraram divergentes quanto aos seus papéis no encaminhamento de mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade, pois metade deles apresentou atitudes positivas respondendo que concordam parcialmente ou totalmente com esta conduta e a outra metade discordou parcialmente ou totalmente.

Talvez, tal divergência de opinião tenha sido gerada uma vez que as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, em conformidade com a Rede Cegonha, estabeleceram que o pré-natal de mulheres em condi es de risco pode ser realizado

na AB, quando houver equipe especializada ou matriciamento (BRASIL, 2013a). Os participantes dos municípios que não possuíam NASF para dar suporte às mulheres com DMG podem ter respondido que concordam com o encaminhamento destas gestantes para um nível de atenção à saúde de maior complexidade.

No entanto, o manual técnico de gestação de alto risco define que na maioria dos casos, a presença de um ou mais fatores de risco não indicam imediatamente recursos propedêuticos com tecnologias mais avançadas do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora signifique uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes, muitas vezes traduzidas por uma maior frequência de consultas e visitas domiciliares, ações educativas direcionadas à especificidade dos problemas detectados nas gestantes, bem como intervenções junto à família e à comunidade. Porém, a qualquer momento da gestação, os profissionais da saúde da AB devem ser capazes de avaliar os fatores de risco ou intercorrências que determinam quando as gestantes devem ser encaminhadas para uma assistência de maior complexidade (BRASIL, 2012b).

O diabetes gestacional é uma condição clínica que pode ser mantida na AB dependendo da avaliação materna e fetal no momento do seu diagnóstico e da evolução clínica deste binômio durante a gestação. Os fatores que podem determinar a manutenção de mulheres com DMG na AB são o monitoramento do perfil glicêmico e teste da proteinúria dentro da normalidade; ganho ponderal esperado para idade gestacional de acordo com o IMC; pressão arterial dentro da normalidade; crescimento e bem-estar fetal favoráveis (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

Observações da realidade da prática clínica que apoiam a manutenção de mulheres com DMG compensadas na AB são as dificuldades de implantação de linhas de cuidado para as condições de saúde mais frequentes que afetam as mulheres durante a gestação, como as desordens hipertensivas e o diabetes na gestação, e uma rede de atenção à saúde com serviços de gestação de alto risco suficientes para suportar a demanda de todos os casos com esta condição.

Assim, o cuidado de mulheres com DMG compensadas na AB poderia se dar a partir da combinação de decisões quanto ao uso de tecnologias (leve, leve-dura e dura) e da articulação dos profissionais da saúde, tentando ser o mais adequado possível às necessidades de cada gestante (GRABOIS, 2011). A tecnologia leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomia, acolhimento e gestão. A leve-dura diz respeito aos saberes

estruturados, como a clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiologia, entre outras. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MEHRY, 1997).

Diante dos contextos apresentados, esta questão foi mantida no questionário CAP validado para o conhecimento de como será a atitude de médicos e enfermeiros da AB em relação ao encaminhamento de mulheres com DMG compensada para uma atenção à saúde de maior complexidade nas localidades em que este questionário foi aplicado e em que venha ser (APÊNDICE C).

Na seção Práticas foram testadas 10 questões, sendo que as práticas positivas variaram no mínimo em três questões (8,3%) e no máximo em nove questões (100%), com um índice de positividade de 50% em sete questões (Tabela 10).

**Tabela 10-Total de acertos das questões na seção Práticas.**

Mínimo e máximo de acertos das questões	N	%	Frequência Acumulada	Percentual Acumulado
3	1	8,3	1	8,3
4	1	8,3	2	16,7
7	4	33,3	6	50
8	3	25	9	75
9	3	25	12	100

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

A maioria das questões testadas na seção Práticas apresentou um índice de nove (75%) a 12 (100%) participantes com práticas positivas. Na questão 48, sete (58,3%) participantes demonstraram práticas negativas em relação à solicitação da GJ para gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação. Quanto à questão 49, 50% dos participantes responderam que solicitam TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação, enquanto 50% não solicitam. Em relação à questão 52, 50% dos participantes responderam que frequentemente ou sempre encaminham mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade e os outros 50% raramente ou nunca (Tabela 11).

**Tabela 11-Frequência absoluta de respostas em cada opção na seção Práticas.**

Assertivas da Seção Práticas	Frequência absoluta				Práticas Positivas
	1	2	3	4	
45. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.	2	1	1	8	3 e 4
46. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.	0	0	3	9	3 e 4
47. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.	5	5	1	1	1 e 2
48. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	5	0	2	5	1 e 2
49. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	4	2	3	3	3 e 4
50. Oriento os cuidados iniciais para mulheres com DMG.	1	1	2	8	3 e 4
51. Mantenho assistência pré-natal na atenção básica de mulheres com DMG compensadas.	0	1	3	8	3 e 4
52. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.	4	2	3	3	1 e 2
53. Faço a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para atenção à saúde de maior complexidade.	1	1	5	5	3 e 4
54. Realizo a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	2	0	5	5	3 e 4

Nota: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = frequentemente; 4 = sempre.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Quanto à questão 48, as respostas dos participantes provavelmente se basearam nos protocolos do estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010) e manual técnico de gestação de alto risco (BRASIL, 2012b), em que na ausência de fatores de risco e GJ < 85mg/dL considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a GJ entre 24 e 28 semanas de gestação. Para os pesquisadores esta prática foi considerada negativa em vista da recomendação da FIGO de realizar TOTG entre 24 e 28 semanas em todas as gestantes em que a GJ for inferior a 92mg/dL, a qual serviu de critério de referência para as respostas do questionário CAP desta pesquisa (HOD et al., 2015). No entanto, por existir protocolos nacionais vigentes com a

recomendação de repetir a GJ entre 24 e 28 semanas para gestantes sem fatores de risco e GJ < 85mg/dl, não poderia ser considerada uma prática negativa se a resposta dos participantes fosse essa, mesmo não existindo evidências na época da confecção do questionário de que esta recomendação elevaria a cobertura do diagnóstico de diabetes na gestação.

Porém, mais recentemente a Organização Pan-Americana de Saúde (2016) apresentou o relatório sobre as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil e de acordo com a viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região do nosso país considerou que gestantes com GJ inferior a 92mg/dL abaixo de 24 semanas poderia repetir a GJ entre 24 e 28 semanas e se o resultado mantivesse com valores inferiores a 92mg/dL ela seria considerada normal, encerrando a investigação. Este tipo de recomendação para o diagnóstico do DMG e do DM na gravidez seria indicada em regiões em que a situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica fosse parcial, sendo estimada a detecção de 86% dos casos. Diferentemente, em regiões com viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica total a recomendação seria realizar o TOTG entre 24 e 28 semanas para gestantes em que a GJ no início da gravidez fosse inferior a 92mg/dL, estimando assim detectar 100% dos casos.

Neste sentido, por existir atualmente no Brasil, dois tipos de recomendações para o diagnóstico do DMG e do DM na gravidez, baseadas em evidências que variam de acordo com a viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região do nosso país, optou-se por manter esta questão no questionário CAP validado, porém qualquer uma das repostas será considerada uma prática positiva (APÊNDICE C).

A questão 49 serviu para testar se a prática dos médicos e enfermeiros em solicitar TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação foi condizente com o conhecimento que eles apresentaram na seção Conhecimentos. Nesta seção, metade dos participantes respondeu que faz parte de sua prática solicitar TOTG 75g 2h para o diagnóstico do DMG, muito semelhante às respostas deles na seção Conhecimentos, em que o índice de acerto para este tipo de resposta foi de 41,7%. Vale enfatizar que as diretrizes brasileiras e internacionais recomendam este tipo de abordagem (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; HOD et al., 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Esta questão foi mantida no questionário CAP validado, pois indica se os profissionais da saúde que realizam pré-natal na AB estão atentos a solicitar o TOTG 75g 2h a todas as

gestantes em que a GJ, no início da gravidez, não for considerada diagnóstico de diabetes na gestação (APÊNDICE C).

As respostas dos participantes em relação à questão 52 nesta seção não diferem das respostas deles na seção Atitudes, sendo que houve uma semelhança na proporcionalidade de práticas positivas e negativas quanto ao encaminhamento de mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade. Assim, esta questão foi mantida na seção Práticas no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

Considerando as três seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas foram testadas 41 questões, sendo que os acertos variaram no mínimo em 24 questões (25%) e no máximo em 36 questões (100%), com um índice de acerto em torno de 50% em 30 questões (Tabela 12).

**Tabela 12-Total de acertos das questões nas seções Conhecimentos, Atitudes e Práticas.**

Mínimo e máximo de acertos das questões	N	%	Frequência Acumulada	Percentual Acumulado
24	3	25	3	25
26	1	8,3	4	33,3
29	1	8,3	5	41,7
30	1	8,3	6	50
31	1	8,3	7	58,3
32	1	8,3	8	66,7
33	1	8,3	9	75
34	2	16,7	11	91,7
36	1	8,3	12	100

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

Como pode ser observada na tabela 13, a dificuldade mais relatada, presente nas repostas de 100% dos participantes, diz respeito à baixa adesão das gestantes na realização do perfil glicêmico e de seguir as orientações de dieta e atividade física. Todos participantes disseram que muitas vezes faltam glicosímetros, fitas e lancetas para realizar o perfil glicêmico. Outra dificuldade referida por oito entrevistados (66,7%) foi a demora na realização dos exames de análises clínicas para obter diagnósticos das condições de saúde rastreadas. Os exames de imagens são realizados em tempo maior do que o preconizado para avaliação adequada da idade gestacional e crescimento fetal. A falta de uma equipe multidisciplinar, principalmente nutricionista e educador físico para prescrever dieta e atividade física às gestantes foi relatada por sete participantes (58,3%). Seis entrevistados (50%) responderam que se sentem desatualizados por falta de educação permanente que poderia ser oferecida pela rede



de assistência à saúde municipal. Também foi referido por cinco participantes (46,6%) que os protocolos indicados pelo MS estão desatualizados em relação à temática, havendo divergência nos valores considerados para o diagnóstico do DMG entre a AB e o ambulatório de gestação de alto risco para onde as gestantes são encaminhadas. Por este motivo, muitas vezes o diagnóstico é tardio, trazendo repercussões desfavoráveis tanto à mãe quanto ao recém-nascido.

As dificuldades relatadas pelos participantes são obstáculos que interferem diretamente na qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes. Muitos deles não se sentem capacitados ou seguros para manter a gestante na AB e encaminham ao ambulatório de gestação de alto risco para garantir assistência integral à gestante, vaga para o parto e/ou unidade de terapia intensiva para o recém-nascido.

**Tabela 13-Frequência absoluta e relativa em relação às dificuldades na assistência pré-natal de mulheres com DMG.**

<b>Dificuldades na assistência pré-natal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixa adesão na realização do perfil glicêmico e de seguir as orientações de dieta e atividade física e não oferta de glicosímetros e fitas	12	100
Demora na realização dos exames de análises clínicas e imagens	8	66,7
Falta de equipe multidisciplinar	7	58,3
Profissionais desatualizados	6	50,0
Protocolos desatualizados	5	46,6

Nota: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Fonte: Produção da própria autora (2018).

## **6.2 Avaliação do Questionário CAP**

Os participantes responderam quatro perguntas ao final do preenchimento do questionário CAP que estava sendo testado para auxiliar na validação do mesmo.

A primeira pergunta foi para avaliar se alguma questão foi formulada de forma obter mais de uma interpretação segundo a compreensão dos participantes, nas três seções: Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

Na seção Conhecimentos, quatro participantes relataram que as questões 28 e 29 apresentaram mais de uma alternativa, dificultando ao participante a escolha da melhor resposta. Um participante referiu que as respostas concordar e discordar parcialmente na seção Atitudes, teria o mesmo peso, causando dificuldade de interpretação para responder a alternativa mais adequada.

Ao verificar as alternativas das questões 28 e 29, os respondentes estão absolutamente corretos, sendo observado que foi cometido um erro crasso na confecção das mesmas. O que se pretendeu com estas duas questões foi avaliar o conhecimento dos participantes quanto à solicitação dos testes diagnósticos para DMG independente da presença de fatores de risco. Apesar de não ter sido possível alcançar este objetivo, os participantes que apontaram esta dupla interpretação mostraram conhecimento atualizado em relação às diretrizes do diagnóstico do DMG.

As elevadas taxas de hiperglicemia na gravidez na maioria das populações e o fato dos testes seletivos baseados em fatores de riscos conhecidos terem pouca sensibilidade para a detecção do DMG, as recomendações atuais são de realizar a GJ no início da gestação e TOTG 75g 2 horas em todas as gestantes entre 24 e 28 semanas de gravidez (HOD et al., 2015). O rastreamento para DMG baseado em fatores de risco demandam protocolos mais complexos para os testes, resultando em baixa adesão por parte das gestantes e também dos profissionais da saúde (HOD et al., 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). Desta forma, estas questões foram reformuladas no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

Em relação ao relato das alternativas concordo e discordo parcialmente na seção Atitude ter o mesmo peso, levando a uma dificuldade de escolher a melhor alternativa, não é verdadeira. Quando se opta por uma alternativa concordo parcialmente está sendo considerada uma resposta com tendência positiva e uma tendência negativa quando a opção é discordo parcialmente.

A escala de Likert tradicionalmente tem cinco opções de resposta com um ponto neutro no meio da escala, de tal forma que o uso de escalas com outro número de opções, diferente de cinco, é considerada uma escala de classificação, porém não se configura uma escala Likert e sim uma escala do “tipo” Likert (ALEXANDRE et al., 2003). Existem escalas de classificação variando de quatro a onze categorias, porém as escalas de quatro e cinco categorias são as mais utilizadas (JOHNSON, 2002). A variação no número de opções da escala originalmente proposta por Likert tem instigado inúmeras discussões e não existe uma conclusão sobre o número ideal de categorias (ALEXANDRE et al., 2003). A utilização de escalas com opções diferente da escala de Likert (cinco pontos) tem obtido resultados satisfatórios. Estudos apontam que escalas com sete categorias de resposta teriam atingido o máximo de confiabilidade, ou seja, seria o limite para a habilidade humana distinguir ou a capacidade que as pessoas estariam habilitadas para fazer julgamentos (MIRANDA, 2009; DALMORO;

VIEIRA, 2013). No entanto, Rodrigues (2005) concluiu por meio de uma meta-análise que escalas com três opções de resposta também seriam suficientes.

O fato da escala de Likert de cinco pontos ter uma categoria central neutra e repercutir na tendência do respondente selecionar essa resposta quando não sabe ou não tem experiência (ALEXANDRE et al., 2003), levou-se a optar nesta pesquisa, pela escala do tipo Likert de quatro pontos diminuindo a possibilidade de respostas que não expressassem uma posição positiva ou negativa. Assim, foi mantido no questionário CAP validado a utilização de quatro categorias de resposta para as seções Atitudes e Práticas (APÊNDICE C).

As perguntas dois (Conhecimentos), três (Atitudes) e quatro (Práticas) foram para avaliar se algo importante não foi questionado sobre o assunto nas três seções, respectivamente.

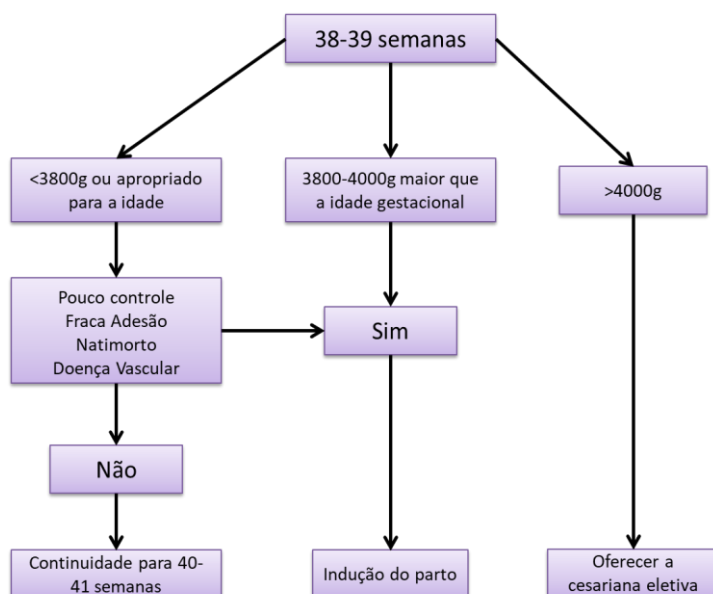
Na seção Conhecimentos, tanto os profissionais médicos como enfermeiros apontaram que deveriam ser elaboradas questões sobre como deve ser o acompanhamento pré-natal de mulheres com DMG no intuito de detectar as principais morbidades maternas e fetais. Com base nas sugestões das respondentes foram acrescentadas questões sobre rotina de cuidado pré-natal; avaliação do crescimento fetal; vigilância do bem-estar fetal; tempo e tipo de parto em mulheres com DMG (APÊNDICE C).

Não há evidências de um protocolo de cuidado pré-natal e monitorização de mulheres com DMG, sendo as diretrizes baseadas no boletim prático do ACOG, bem como em consensos da prática clínica. Na rotina de cuidado pré-natal é recomendado incluir visitas de profissionais da saúde especializados em cuidados com mulheres com DMG (obstetra, perinatologista, diabetologista, educador de diabetes, nutricionista, etc.) a cada semana a três. Em relação ao enfermeiro a avaliação clínica de risco deverá proceder a cada semana a duas, conforme a necessidade. Para avaliação do crescimento fetal é recomendada a avaliação clínica e ultrassonográfica de duas a quatro semanas a partir do diagnóstico até o termo. Para a vigilância do bem-estar fetal é recomendada a realização da cardiotocografia e/ou do perfil biofísico ou a contagem dos movimentos fetais de acordo com os protocolos locais (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

A hiperglicemia materna e macrosomia estão associadas a um risco maior de morte fetal intrauterina e outros eventos adversos. Por isso, a resolução da gestação por meio de indução do trabalho de parto pode ser considerada em torno de 38 a 39 semanas, apesar de não existir evidências de boa qualidade para apoiar esta conduta. Algumas diretrizes sugerem que uma gravidez com bom controle glicêmico e com peso fetal estimado apropriado para idade

gestacional deveria ser mantida até 40 a 41 semanas de gestação (SPONG et al., 2011). A resolução da gestação por parto eletivo por meio de cesariana pode ser oferecida quando a melhor estimativa de peso fetal exceder 4000 g, uma vez que existe um risco significativamente maior de distócia de ombro em feto com peso ao nascer acima de 3750 g (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2014).

**Figura 4- Recomendações para o tempo e o tipo de parto em mulheres com DMG**



Fonte: HOD et al., 2015.

Na seção Atitudes, os profissionais de ambas as categorias relataram que questões sobre o papel deles no compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG, com profissionais de outras áreas da saúde, deveriam ser acrescentadas, uma vez que, para oferecer um cuidado pré-natal adequado a essas mulheres é preciso contar com uma equipe multidisciplinar: nutricionista, endocrinologista, psicólogo, educador físico, entre outros. Os profissionais médicos sugeriram que fossem inseridas questões sobre o papel deles na solicitação de exames complementares para acompanhamento do crescimento e bem-estar fetal. Já os profissionais de enfermagem, apontaram que deveriam ter questões que avaliassem qual é o papel do enfermeiro no acompanhamento pré-natal destas gestantes. Alguns profissionais de enfermagem referiram que a questão sobre o papel do enfermeiro realizar o diagnóstico do DMG

De acordo com os relatos dos participantes foram incluídas nesta seção questões sobre o papel de médicos e enfermeiros da AB em alguns aspectos do cuidado pré-natal de mulheres com DMG (APÊNDICE C).

Em relação ao cuidado compartilhado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas da saúde, o boletim prático do ACOG recomenda visitas com especialistas da área de diabetes a cada uma a três semanas ou conforme a necessidade (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

No Brasil, segundo o manual técnico de gestação de alto risco, os profissionais da saúde da AB devem ser capazes de avaliar a qualquer momento da gestação os fatores de risco ou intercorrências que determinam quando as gestantes necessitam de consultas com especialistas de outras áreas (BRASIL, 2012b). Os princípios e diretrizes da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco recomendam atenção multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado de gestantes em condições clínicas de risco (BRASIL, 2013a). Os NASFs são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de saúde da AB.

Desta forma, os profissionais da saúde da AB podem contar com o apoio do NASF para compartilhar o cuidado de mulheres com DMG. Porém, muitos participantes apontaram que faltam profissionais da saúde com especificidades para este cuidado, dificultando a permanência dessas gestantes na AB, o que faz com que as encaminhem mesmo quando compensadas para realizarem o pré-natal em ambulatório de gestação de alto risco.

Diante do exposto, foi acrescentada nesta seção, uma questão sobre o papel de médicos e enfermeiros no compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG, com profissionais de outras áreas da saúde por meio do NASF, pois em algumas localidades em que este questionário validado venha a ser aplicado, pode estar bem sistematizado e em outras não tão bem, sendo relevante esta análise para propor novas estratégias de melhorias na assistência pré-natal de mulheres com DMG (APÊNDICE C).

Apesar dos participantes não apontarem a necessidade de acrescentar ou modificar a questão sobre o papel da AB na gestão compartilhada do cuidado das gestantes que estão em acompanhamento no pré-natal de alto risco, alguns deles fizeram comentários que não poderiam ser descartados desta discussão para uma análise reflexiva. Alguns médicos e enfermeiros referiram que a partir do momento que a gestante passa a ser acompanhada no ambulatório de gestação de alto risco ela deixa de procurar a unidade de saúde de origem e

quando vai, não confia nos planos terapêuticos oferecidos pelos profissionais, tornando os seus papéis na gestão compartilhada do cuidado, ineficaz. A situação apresentada traz elementos para reflexão de várias naturezas, passando por questões de aspecto cultural dos usuários dentro do sistema de saúde até aquelas ligadas às atribuições da AB, que dependem muito da articulação dos profissionais da saúde com a gestante, a família, a comunidade e externamente (GRABOIS, 2011).

De acordo com os princípios e diretrizes da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco são várias as atribuições da AB para um cuidado adequado às gestantes com condições clínicas de risco. Dentre essas atribuições podem ser citadas a captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; estratificação de risco; visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; e acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais. No que se refere à gestão compartilhada do cuidado das gestantes que estão em acompanhamento no pré-natal de alto risco vale enfatizar que são atribuições da AB a vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; coordenação e continuidade do cuidado; e acompanhamento do plano de cuidado elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco. Ainda, é importante que a gestante encaminhada ao pré-natal de alto risco seja orientada a não perder o vínculo com a equipe da AB que iniciou o seu acompanhamento e, também, que este serviço mantenha sempre essa equipe informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados a esta gestante (BRASIL, 2013a).

Em vista disto, causou estranheza os comentários dos participantes quanto à dificuldade da gestão compartilhada do cuidado das gestantes encaminhadas para o ambulatório de gestação de alto risco, uma vez que, a maioria deles atuam na AB, há mais de cinco anos, sendo esperado que o vínculo entre eles e as gestantes fosse mais estreito. Tal vínculo possibilitaria maior confiança por parte delas quando o profissional de saúde da AB pactuasse o plano de cuidado elaborado pela equipe multiprofissional. Se as gestantes não estão se sentindo seguras fica a dúvida, se o vínculo entre usuários e profissionais da saúde não está sendo eficiente para garantir confiabilidade. Se os planos de cuidado elaborados pela equipe multiprofissional não estão sendo compartilhados com a AB impossibilitando que os mesmos possam ser acompanhados pelos profissionais da saúde, ou se existe mesmo um aspecto cultural de que o

cuidado oferecido em níveis de atenção à saúde de maior complexidade possa ser mais valoroso para os usuários do que aquele oferecido na AB.

Dentro do cuidado pré-natal de mulheres com DMG é imprescindível a realização de exames complementares para acompanhamento do crescimento e bem-estar fetal, sendo papel dos profissionais da saúde da AB solicitar esses exames em vários momentos do pré-natal destas gestantes. Desta forma, foram acrescentadas questões sobre este tipo de cuidado no questionário CAP validado (APÊNDICE C).

Em relação ao papel dos enfermeiros no cuidado pré-natal é recomendado que a cada duas a quatro semanas ou conforme a necessidade, as mulheres com DMG façam visitas com enfermeiros para avaliação do peso corporal, pressão arterial e teste da fita para proteína na urina (COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS, 2013).

Mulheres com sobrepeso e obesidade antes da gravidez apresentam maior risco de complicações durante a gestação incluindo diabetes, complicações hipertensivas, prematuridade e elevado risco de parto cesáreo (NEGRATO et al., 2010). O Instituto de Medicina dos Estados Unidos recomenda que o ganho de peso durante a gestação deve ser baseado no IMC pré-gestacional, não havendo evidências sobre o ganho ponderal em mulheres com diabetes. De acordo com este instituto, as orientações para mulheres com peso apropriado ou abaixo do peso seria o ganho de peso durante a gestação sem restrição na ingestão calórica, de forma a garantir o nascimento de crianças com peso adequado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009). Para mulheres com sobrepeso ou obesidade não há consenso quanto à ingestão calórica e o ganho de peso durante a gravidez, sendo que algumas evidências sugerem que a redução de peso pode ser benéfica (ARTAL et al., 2007). A perda de peso ou ganho inferior a 5 Kg entre estas gestantes durante a gravidez pode estar associada a um risco elevado de crianças pequenas para idade gestacional; diminuição da massa gorda, massa magra e circunferência da cabeça neonatal (CATALANO et al., 2014).

Mulheres com DMG apresentam risco elevado para o desenvolvimento de desordens hipertensivas, incluindo a pré-eclâmpsia (HOD et al., 2015). DMG e pré-eclâmpsia compartilham muitos fatores de risco em comum como idade avançada, nuliparidade, gemelaridade, etnia não branca e obesidade pré-gestacional. O estudo de Phaloprakarn; Tangjitgamol (2009) identificou que os fatores de risco mais prevalentes para pré-eclâmpsia entre mulheres com DMG são a obesidade no primeiro trimestre. O diagnóstico do DMG antes de 20 semanas de gravidez e o pobre controle glicêmico na gestação são fatores de risco para o

surgimento da pré-eclâmpsia, porém não se exclui o ganho de peso. (WEISSGERBER; MUDD, 2015).

A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aparecimento da hipertensão arterial ( $\geq 140/90$  mmHg baseada na média de duas medidas) e proteinúria (0,3g de proteínas na urina de 24 horas ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões) após a 20<sup>a</sup> semana de gestação em mulheres previamente normotensas (BRASIL, 2012a; 2012b). Para a identificação precoce desta complicação em mulheres com diabetes é preciso avaliações sistematizadas da pressão arterial e presença de proteína na urina.

Para esse cuidado da enfermagem é fundamental que a Sistematização da Assistência de Enfermagem seja realizada, dispondo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis. A SAE é um método que se bem realizado tem a capacidade de melhor organizar o cuidado a essa gestante. No entanto, para a sua efetivação é importante que toda a equipe esteja comprometida com o fazer e, principalmente, que tenha uma maior integração da gestão com as estratégias de ações utilizadas pelos profissionais. Essas ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das mesmas sobre a saúde da mãe e do recém-nascido. Nesse sentido, durante o cuidado profissional de enfermagem é imprescindível a SAE, destacando-se a Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Mesmo essa ação sendo regulamentada ainda é algo novo para muitas realidades de serviços de saúde onde a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades das gestantes.

Na seção Práticas, mais de um profissional médico relatou que deveriam ser realizadas questões sobre a solicitação de exames complementares no acompanhamento de mulheres com DMG para avaliar crescimento e bem-estar fetal. Os participantes de ambas as categorias profissionais salientaram que para oferecer os cuidados iniciais da gestante com DMG é preciso o compartilhamento do cuidado com especialistas de outras áreas e questões sobre isto devem ser incluídas no questionário, nesta seção, como já foi relatado por eles na seção Atitudes.

As contribuições dos participantes para melhorar o questionário CAP na seção Práticas fez com que os pesquisadores acrescentassem questões sobre as recomendações para avaliação fetal de gestantes com diabetes (APÊNDICE C).



Segundo Negrato et al. (2010), os objetivos da avaliação fetal são verificar vitalidade no 1º trimestre, integridade estrutural no 2º trimestre e monitorar crescimento e bem-estar fetal no 3º trimestre. Assim, a recomendação no 1º trimestre é realizar ultrassom para avaliar idade gestacional, espessura da translucência nucal e detectar possíveis malformações fetais. No 2º trimestre está recomendado ultrassom morfológico para detectar malformações fetais entre 20 e 24 semanas; *doppler* das artérias uterinas e umbilicais na 20ª semana, ecocardiograma fetal entre 24 e 26 semanas para gestantes com diabetes pré-existente, e ultrassons mensais a partir da 24ª semana em diante para avaliação do crescimento fetal e polihidrâmnio. No 3º trimestre está recomendada -se a manutenção do ultrassom mensal até o parto, sendo que em caso de restrição de crescimento fetal ou grande para idade gestacional estaria indicado a cada duas semanas; cardiotocografia basal entre 24 e 28 semanas para gestantes com diabetes pré-existente; *doppler* das artérias uterinas e umbilicais na presença de hipertensão arterial, pré-eclâmpsia ou vasculopatia; e contagem de movimentos fetais três vezes ao dia com a gestante em decúbito lateral esquerdo após 28 semanas de gestação.

De acordo com estas recomendações parece bastante complexo manter uma gestante com diabetes na AB, pois alguns dos exames de ultrassom indicados são específicos e de alta tecnologia, somente acessíveis em níveis de atenção à saúde de maior complexidade. Além disso, a quantidade de exames necessários para um bom acompanhamento da avaliação fetal fica aquém do que são disponibilizados na AB.

Neste sentido, cabe uma reflexão de que a racionalização da quantidade de exames de ultrassom durante a gestação tornaria inviável que mulheres com DMG compensadas e sem comorbidades associadas pudessem manter seu pré-natal na AB. Somado a isso, também é mandatório discutir no âmbito da gestão em saúde, a ampliação de outros tipos de ultrassom que não só o obstétrico simples, como pelo menos um ultrassom morfológico. Não necessariamente uma gestante que precise de exames complementares mais específicos teria que estar realizando o seu pré-natal em um ambulatório de gestação de alto risco. Havendo profissionais da saúde da AB capacitados para o acompanhamento e a interpretação dos exames de monitorização materno e fetal de mulheres com DMG compensadas, o cuidado pré-natal na AB pode ser mantido, não havendo necessidade de encaminhamento de todas as mulheres com DMG para serviços especializados.

Conforme a discussão acima, na seção Atitudes, foi acrescentada uma questão sobre se médicos e enfermeiros da AB compartilham o cuidado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas da saúde por meio do NASF (APÊNDICE C).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A validação do questionário sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da AB, em relação ao cuidado de mulheres com DMG, possibilitou identificar as dimensões fortalecidas e fragilizadas do instrumento de pesquisa.

As respostas do questionário CAP propriamente ditas, fornecidas pelos participantes, demonstraram uma dimensão forte no processo de validação.

Os índices de acertos nas respostas da seção Conhecimentos e os índices de positividade nas respostas das seções Atitudes e Práticas foram elevados, assegurando que as questões do questionário CAP estavam coerentes com o objeto a que se destinou esta investigação.

Outra dimensão considerada como uma fortaleza para validação do questionário CAP foi a eficácia das informações úteis prestadas pelos participantes na avaliação deste questionário, em vista da quantidade e qualidade dessas informações.

Uma das fragilidades do questionário CAP foi a identificação pelos participantes, na seção Conhecimentos de que havia questões com mais de uma resposta sobre o diagnóstico de diabetes na gestação, demonstrando multiplicidade de interpretação, segundo a compreensão deles.

Provavelmente, as diferentes interpretações se deveram às recomendações da FIGO que foram utilizadas como critério de referência para a formulação das questões deste questionário. Essas recomendações foram indicadas a partir dos pontos de interesse levantados pelos especialistas sobre o que os médicos e os enfermeiros da AB precisam saber e fazer em relação ao DMG. Os pesquisadores não tomaram o cuidado de levar em conta que os protocolos vigentes em nosso país apresentam critérios bastante divergentes entre si para o diagnóstico de diabetes na gestação e, principalmente, quando esses protocolos são comparados às recomendações da FIGO. Desta forma, a variabilidade de interpretação pelos diferentes respondentes traduziu redução da confiabilidade destas questões em relação aos seus objetivos: avaliar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros da AB sobre o diagnóstico do diabetes na gestação.

Recentemente, com a publicação das diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Diabetes, foi possível, na elaboração dessas questões no questionário CAP validado, incluir assertivas que permitirão, aos médicos e enfermeiros, que realizam o pré-natal na AB, possam responder o questionário, pois suas recomendações não diferem da FIGO ou de qualquer outra evidência existente na atualidade, desde que observe-se a viabilidade financeira e/ou a disponibilidade técnica de cada localidade

Outra fragilidade do questionário CAP foi a cobertura dos pontos de interesse sobre o objeto de investigação, visto que os participantes identificaram aspectos relevantes que não foram explorados no instrumento de pesquisa nas três seções: Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

Na seção Conhecimentos, foi apontada a necessidade de acrescentar questões sobre a rotina do cuidado pré-natal no sentido de como deve ser este acompanhamento por médicos e enfermeiros, na AB. A intenção dos participantes ao sugerir questões desta natureza, provavelmente se deve à necessidade da disseminação das competências e habilidades desses profissionais, no intuito de atingir a integralidade, por meio da coordenação do cuidado na assistência à gestante. Sugeriram ainda, a inclusão de questões sobre avaliação do crescimento fetal e vigilância do bem-estar fetal, bem como, a idade gestacional e o tipo de parto entre as mulheres com DMG compensado ou descompensado na resolução da gestação. Tais questões permitirão que a parte dos cuidados de mulheres com DMG, durante o pré-natal, não avaliem o somente o conhecimento dos cuidados iniciais como: dieta adequada baseada no IMC, atividade física e perfil glicêmico, mas também, a monitorização da gestante e do feto durante a gestação até o parto com o intuito de avaliar crescimento e bem-estar fetal e o momento adequado para a resolução da gestação.

Nas seções Atitudes e Práticas, os pontos relevantes mais importantes sugeridos para serem acrescentados no questionário foram comuns, mostrando coerência nos apontamentos dos participantes.

Uma questão incluída no questionário CAP validado nas seções Atitudes e Práticas foi como deve ser o papel e as ações dos médicos e enfermeiros da AB, no compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas da saúde. Vale enfatizar que a necessidade apontada pelos participantes, sobre acrescentar esta questão se relacionou

diretamente às respostas com índices de positividade divergentes sobre o encaminhamento de gestantes com DMG para níveis de atenção à saúde de maior complexidade. As explicações se deveram ao fato de que a falta de profissionais da saúde, com especificidades para compartilhar o cuidado de mulheres com DMG, dificultam a permanência dessas gestantes na AB, fazendo com que as encaminhem mesmo quando compensadas para o pré-natal em ambulatório de gestação de alto risco. Este plano de cuidado contraria as políticas públicas do SUS que estabelecem diretrizes em que equipes especializadas ou matriciamento devem ser oferecidas durante o pré-natal de baixo risco em todo o território nacional para a adequada assistência de gestantes em condições de risco. Quando se observa na prática clínica que nem sempre as diretrizes são cumpridas nos municípios, os profissionais da saúde lançam mão de outras estratégias para priorizar a segurança dessas gestantes.

Os expostos pelos participantes sobre o acréscimo desta questão fazem-nos refletir sobre o modelo de atenção à saúde e a organização da rede para uma assistência pré-natal mais efetiva e segura, enfatizando que equipes multidisciplinares forneceriam suporte às equipes de saúde da AB no manejo clínico de mulheres com DMG, identificando as necessidades clínicas e pedagógicas dos profissionais da saúde.

Partindo do pressuposto de que nenhuma especialidade ou profissão é superior à outra e de que o sucesso das intervenções tende a ser elevado quando se reúnem diferentes visões e saberes acerca do mesmo objeto. As vivências da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade seriam fatores contribuintes para a superação do modelo de atenção médico-centrado, ainda fortemente presente no Brasil. Aos gestores municipais, caberiam a missão de consolidar a rede de saúde nos moldes preconizados pelo MS, fomentando o relacionamento solidário e a ampliação de espaços de interlocução entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, a fim de otimizar a oferta de cuidados às gestantes e atualização dos protocolos. Também deveria ser investido em outros mecanismos de integração e apoio às equipes como a assistência compartilhada entre os níveis de atenção, fortalecimento da rede de atenção, disponibilizando todos os recursos necessários a essa gestante.

Outra questão relatada para inclusão no questionário se referiu ao papel e as ações dos profissionais da saúde na solicitação de exames complementares para avaliação do crescimento e bem-estar fetal durante a gestação para o nascimento de uma criança saudável. Evidenciou-se uma conformidade entre os participantes quando apontaram a necessidade de acrescentar este tipo de questão nas três seções: Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

Além de considerar os pontos fortes e frágeis na validação do questionário CAP, é imprescindível apontar a limitação desta pesquisa que diz respeito à elaboração de um instrumento praticamente estruturado, inviabilizando questionar abertamente as dimensões que abrangeram o objeto de investigação.

Os instrumentos com questões abertas prezam pelo pensamento livre e originalidade e apresentam respostas mais representativas, que elevam a acurácia da análise, porém, requerem um tempo maior para responder as questões e é mais difícil organizar e categorizar as respostas, principalmente se o número de respondentes for considerável e o instrumento longo. Desta maneira, diante dos objetivos a que se prestará este questionário CAP validado, aplicar em uma população de médicos e enfermeiros que realizam pré-natal na AB de diferentes localidades com número de pessoas indefinido, optou-se por um instrumento estruturado. Este, permite contextualizar melhor as questões, facilita a categorização das respostas para posterior análise e possibilita maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas.

Diante das considerações, concluiu-se que o processo de validação permitiu a elaboração de um questionário CAP validado como instrumento adequado para estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G. et al. Implementation of Competency-Based Curriculum. In: Medical Education: Perspective of Different Roles. **International Scholarly Research Network**, v. 2012, p.1-7 pages. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/651426/>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

ALEXANDER, G. R.; KOTELCHUCK, M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. **Public Health Reports**, v.116, n.4, p.306-316, 2001. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1093/phr/116.4.306>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

ALEXANDRE, J. W. C. et al. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção - Ouro Preto, MG, Brasil, 2003. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003\\_tr0201\\_0741.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003_tr0201_0741.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Gestational diabetes *mellitus*. **Diabetes Care**. 27, jan 2004. Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl\\_1/s88](http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1/s88)>. Acesso em: 08 out.2017.

ARAUJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas Favip - Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.2, 2013. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. In: Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 29, p.43-48, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006050/>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. In: Standards of medical care in diabetes. (Position Statement). **Diabetes Care**, 32(suppl. 1), p.62-67, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613589/>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Diagnosis and classification of diabetes *mellitus*. In: Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 38(suppl. 1), p.8-16, 2015a.

\_\_\_\_\_. Management of Diabetes in Pregnancy. In: Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 38(suppl. 1), p.77-79, 2015b.

\_\_\_\_\_. Classification and Diagnosis of Diabetes. In: Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, 39(suppl. 1), p.13-22, 2016a.

\_\_\_\_\_. Management of Diabetes in Pregnancy. In: Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. **Diabetes Care**, 39(suppl. 1), p.94-98, 2016b.

\_\_\_\_\_. Standards of Medical Care in Diabetes-2016. Abridged for Primary Care Providers. **Clin Diabetes**, v.34, n.1, p.3-21, 2016c.

ARTAL, R. et al. A lifestyle intervention of weight-gain restriction: diet and exercise in obese women with gestational diabetes mellitus. **Appl Physiol Nutr Metab.**, US National Library of Medicine National Institutes of Health. v.32, n.3, p.596–601, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510701>>. Acesso em: 21 out. 2017.

BARRETO, C. N. Atenção pré-natal na voz de gestantes. **Revista de Enfermagem**, UFPE on line, Recife, 7(5):4354-63, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11674/0>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Assistência pré-natal. 3ª ed. Brasília: (DF); 2000. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 569/2000, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)

\_\_\_\_\_. Portaria N° 569/2000, de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília. Ministério da Saúde; 2000. Disponível em [http://www.spp.org.br/Portaria\\_569\\_GM.pdf](http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília, 152 p., 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília, 2012a. 318 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 06 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília, 2012b. 302 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 04 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012c. 114 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.020, de 29 de maio de 2013. Princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília, 2013a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)>. Acesso em: 07 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade:** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2013b. 138 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Cadernos HumanizaSUS. v.4, 2014. 465 p. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em: 13 ago. 2017.

BERTRAM, D. **Likert Scales.** Calgary, Alberta, Canada: 2007.

BONIN, C. D. B. et al. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.102, n.4, p.364-373, Apr. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/> >. Acesso em: 07 out. 2017.

BRANCHTEIN, L. et al. Short stature and gestational diabetes in Brazil. Brazilian Gestational Diabetes Study Group. **Diabetologia**, v.43, p.848-851, 2000. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10952456>>. Acesso em: 06 set. 2017.

BUCHANAN, T. et al. Use of fetal ultrasound to select metabolic therapy for pregnancies complicated by mild diabetes. **Diabetes Care**, v.17, p.275-83, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8026282>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CASE, S. M.; SWANSON, D. B. **Constructing Written Test Questions For the Basic and Clinical Sciences.** 3 Ed. National Board of Medical Examiners, 2003. Disponível em: < [http://www.nbme.org/PDF/ItemWriting\\_2003/2003IWGwhole.pdf](http://www.nbme.org/PDF/ItemWriting_2003/2003IWGwhole.pdf) >. Acesso em: 07 out. 2017.

CATALANO, P. M. et al. Inadequate weight gain in overweight and obese pregnant women: what is the effect on fetal growth? **Am J Obstet Gynecol**, v.211, n.2, p.137.e1–7, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24530820>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CASTRO, C. A. **A importância da atividade física na gravidez para a saúde de mãe e filho.** 24f. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário de Formiga UNIFOR. Curso de Educação Física. Formiga, MG. 2013. Disponível em: < <https://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/handle/123456789/225>>. Acesso em: 06 jul. 2017.



CHODICK, G. The risk of overt diabetes mellitus among women with gestational diabetes: a population-based study. **Diabet Med**, v.27, n.7, p.779-785, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636958>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. ACOG Committee Opinion No. 435: postpartum screening for abnormal glucose tolerance in women who had gestational diabetes *mellitus*. **Obstet Gynecol**, v.113, p.1419-1421, 2009.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS OBSTETRICS. Practice Bulletin n. 137: gestacional diabetes *mellitus*. **Obstet Gynecol**, v.122, n.2, p.406-16, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23969827>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1993. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)>. Acesso em: 6 jan.2018.

CUNHA, M.A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v.13, n.1, p.145-153, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **Revista Gestão Organizacional**. v.6, 2013. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1386>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

DAVIES, G. A. L. et al. Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period. Canadian Journal of Applied Physiology = **Revue Canadienne de Physiologie Appliquée**, v.28, n.41, p.330-341, 2003. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/10582353\\_Joint\\_SOGCCSEP\\_Clinical\\_Practice\\_Guideline\\_Exercise\\_in\\_Pregnancy\\_and\\_the\\_Postpartum\\_Period](https://www.researchgate.net/publication/10582353_Joint_SOGCCSEP_Clinical_Practice_Guideline_Exercise_in_Pregnancy_and_the_Postpartum_Period)>. Acesso em: 20 out. 2018.

DETSCH, J. C. M. et al. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.55, n.6, p.98- 389, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n6/a05v55n6.pdf> >. Acesso em: 07 agos. 2018.

DONOVAN, L. et al. Screening Tests for Gestational Diabetes: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med**, v.159, p.115-122, 2013. Disponível em: <<http://annals.org/aim/fullarticle/1691699>>. Acesso em: 04 out. 2018.

DRS VIII. Departamento Regional de Saúde – Franca. **Vigilância epidemiológica**. São Paulo: DRS, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/institucional/grupo-de-vigilancia-epidemiologica>>. Acesso em: 09 set. 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de orientação gestação de alto risco**. Brasília: FEBRASGO, 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2015.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM). Pejotização de médicos na mira da Receita Federal. 17 de junho de 2016. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br/noticia/5190>>. Acesso: 03 mar. 2018.

FRANCISCO, R. P. V.; TRINDADE, T. C. Diabetes Gestacional. In: ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. **Protocolos assistenciais**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, v.51, p.243, 2011.

GOMES, L. A.; BRITO, D.S.. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**. v.5, n.3, p.64-70, 2012. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5\\_v5n3.pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/rev/rev5_v5n3.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2018.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<file:///C:/Users/maris/Downloads/Gest%C3%A3o%20do%20cuidado%20-%20complementar.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS CONSENSUS PANEL. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. **Diabetes Care**, v.33, p.676-82, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827530/>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

JÁCOME, E. M. et al. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v.57, n.2, p.189-198, 2011. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v02/pdf/06\\_artigo\\_deteccao\\_cancer\\_mama\\_conhecimento\\_atitude\\_pratica\\_medicos\\_enfermeiros\\_estrategia\\_saude\\_familia\\_mossoro\\_RN\\_brasil.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/06_artigo_deteccao_cancer_mama_conhecimento_atitude_pratica_medicos_enfermeiros_estrategia_saude_familia_mossoro_RN_brasil.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2018.

JOSVIAK, N. D. **Estudo de associação entre o gene da sucrase-isomaltase (SI) e diabetes mellitus tipo 1 e gestacional**. Mestrado (Genética). Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/34184/R%20-%20D%20-%20NALINI%20DRIELI%20JOSVIAK.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

HOD, M. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Initiative on gestational diabetes *mellitus*: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. **Int J Gynaecol Obstet**, 131, p.173-211, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26433807>>. Acesso em: 10 out. 2017.

JOHNSON, B. AERA Division D: Measurement and Research Methodology Forum, 2002. Southalabama. Disponível em: <https://aeragsnewsletter.wordpress.com/division-d-measurement-research-methodology/>. Acesso em: 10 out. 2017.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1, p.7-9, 2004. Disponível em: <[http://v2020eresource.org/content/files/guideline\\_kap\\_Jan\\_mar04.pdf](http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2017.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista Escola Enfermagem - USP**, v.47, n.1, p.15-21, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100002)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

LANDERDAHL, M.C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 105-11, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2017.

LANGER, O. et al. The proceedings of the diabetes in pregnancy study group of North America 2009 conference. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v.23, n.3, p.196-198, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20136368/>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

LIRA, L. Q. de; DIMENSTEIN, R. Vitamina A e diabetes gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.3, p.355-9, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302010000300023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302010000300023&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 out. 2017.

LOPES, D.P.L. Intervenção de enfermagem na prevenção dos factores de risco na gestação. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem. Escola Superior de Saúde. 10 Julho de 2014. Disponível em: <<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3517/1/Lopes.2014.Interven%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem%20na%20preven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20factores%20de%20risco%20na%20gesta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MALATHY, R. et al. Effect of a Diabetes Counseling Programme on Knowledge, Attitude and Practice among Diabetic Patients in Erode District of South India. **Journal of Young Pharmacists**, v.3, n.1, p.65-72, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094563/>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

MARTINELLI, K. G. et al.. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.36, n.2, p.56-64. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032014000200056&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

MAXIMO, L. et al. **Matriciamento como Ferramenta para o processo de Trabalho em Equipe em uma unidade de Saúde da Família**, Brasil: relato de experiência. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/278786073\\_MATRICIAMENTO\\_COMO\\_FERRAMENTA\\_PARA\\_O\\_PROCESSO\\_DE\\_TRABALHO\\_EM\\_EQUIPE\\_EM\\_UMA\\_UNIDADE\\_DE\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_BRASIL\\_RELATO\\_DE\\_EXPERIENCIA](https://www.researchgate.net/publication/278786073_MATRICIAMENTO_COMO_FERRAMENTA_PARA_O_PROCESSO_DE_TRABALHO_EM_EQUIPE_EM_UMA_UNIDADE_DE_SAUDE_DA_FAMILIA_BRASIL_RELATO_DE_EXPERIENCIA)>. Acesso em: 10 mar.2017.

MEMON, M. S. et al. An assessment of knowledge, attitude and practices (KAP) towards diabetes and diabetic retinopathy in a suburban town of Karachi. **Pak J Med Sci**, v.31, n.1, p.183-188, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25878640>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>> Acesso em: 05 mai. 2015.

METZGER, B. E. et al. Summary and recommendation of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v.30, n.2, p.251-260, 2007. Disponível em: <[http://care.diabetesjournals.org/content/30/Supplement\\_2/S251](http://care.diabetesjournals.org/content/30/Supplement_2/S251)>. Acesso em: 02 fev. 2017.

METZGER, B. E. et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. The HAPO Study cooperative research group. **N Engl J Med**, v.358, n.19, p.1991-2002, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628620/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

METZGER, B. E. et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. **Diabetes Care**, v.33, n.3, p.676-82, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20190296>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. **Rev. Bras. de Educação Médica**, v.33, p.104-110, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a11v33s1.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

MOYER, V. A. et al. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann Intern Med**, v.160, p.414-420, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24424622>>. Acesso em: 10 out. 2017.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: COHN, A. **Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009. p.67-92.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). National Institutes of Health Consensus Development Conference: Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus. 2013 march. Disponível em: <<https://consensus.nih.gov/2013/docs/ProgramAbstractsBook.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

NATIONAL DIABETES INFORMATION CLEARINGHOUSE. What I need to know about Gestational Diabetes. 2013. **U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**. Disponível em: <<http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/Diabetes/gestational-diabetes/Pages/index.aspx>> Acesso em: 15 set. 2015.

NATIONAL DIABETES EDUCATION PROGRAM. It's never too early to prevent diabetes. Disponível em: <<https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/ndep/am-i-at-risk/gdm/Pages/index.aspx>> Acesso em: 21 out. 2015.

NEGRATO, C. A. et al. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, v.2, n.27, p.1-14, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867808/>>. Acesso em: 05 set. 2015.

NEUMANN, N. A.; et al. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.6, n.4, p.307-318, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2003000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 04 abr. 2016.

NICOLAU, A. I. O. et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.14, n.1, p.164-170, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10702>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; SOUSA, M. H. Conhecimento e atitude sobre HPV e vacinas. *Rev. Saúde Pública*, v.48, n.1, p.123-133, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100123&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100123&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 02 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de **Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2017. 32p. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5294:opas-oms-e-instituicoes-brasileiras-lancam-publicacao-com-recomendacoes-para-facilitar-diagnostico-de-diabetes-gestacional&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5294:opas-oms-e-instituicoes-brasileiras-lancam-publicacao-com-recomendacoes-para-facilitar-diagnostico-de-diabetes-gestacional&Itemid=839)>. Acesso em: 09 out. 2017.

PETRY, C. J. **Gestacional diabetes: origins, complications and treatment**. CRC Press. Londres, Nova York. Taylor & Francis Group, 2013.

PHALOPRAKARN, C.; TANGJITGAMOL, S. Risk assessment for preeclampsia in women. *J Perinat Med*, v.37, n.6, p.617-21, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19591558>>. Acesso em: 03 mar.2017.

PRACTICE BULLETIN No. 137: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, v.122, n.2, p.406-416, 2013. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23969827&isFromRelatedArticle=Y>>. Acesso em: 05 set. 2017.

PRIDJIAN, G.; BENJAMIN, T. D. Update on Gestational Diabetes. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, v.32, p.67-255, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685552>>. Acesso em: 4 jul. 2017.

RENÓ, E. A relação contratual de médicos x hospitais e a desconsideração da personalidade jurídica pela RFB. 06 de março de 2017. Disponível em: <<https://pt.linkedin.com/pulse/rela%C3%A7%C3%A3o-contratual-de-m%C3%A9dicos-x-hospitais-e-da-jur%C3%ADdica-elaine-ren%C3%B3>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

ROCHA, A. C. P. **Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família em relação à incontinência urinária feminina**. 2015. 113 f. Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6930?show=full>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Diagnosis and treatment of gestational diabetes. **Scientific Impact Paper**, n.23, 2011. Disponível em: <[https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip\\_23.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip_23.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.4, p.652-60, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0110/pdfs/IS30\(1\)011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0110/pdfs/IS30(1)011.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

SAS INSTITUTE INC. **Base SAS® 9.4 Procedures Guide: Statistical Procedures**. 2º edition. Cary, NC: SAS Institute Inc. 2013. Disponível em: <<https://support.sas.com/documentation/cdl/en/proxstat/66703/PDF/default/proxstat.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. Calife, K.; Lago, T.; Lavras, C. (Orgs.). São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus do the WHO criteria make a difference? Brazilian Gestational Diabetes Group. **Diabet Medic**, v.17, p.376-80, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10872537>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SILVA, R. M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p.635-642, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000300009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 07 set. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus**. In: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. (Org) OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. São Paulo, GEN |Grupo Editorial Nacional, AC Farmacêutica, São Paulo, 2015a. p. 1-4. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd2015.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação**. In: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. (Org) OLIVEIRA,

J.E.P.; VENCIO, S. São Paulo, GEN |Grupo Editorial Nacional, AC Farmacêutica, São Paulo, 2015b. p. 192-197. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd2015.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2016.

\_\_\_\_\_. **Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus.** In: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. (Org) OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. São Paulo, GEN Grupo Editorial Nacional, AC Farmacêutica, São Paulo, 2016a. p.3-6. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech [et. al.]; organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016b. p.69-73. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 27 nov.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. **Diabetes Mellitus Tipo 2: Insulinização.** (Org) MACEDO, G.; MOURA, F.; SORIANO, E.A.; RIBAS, D.F. Andrada NC. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Brasília: SBEM, 2011. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2\\_insulinizacao.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/diabetes_mellitus_tipo_2_insulinizacao.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2017.

SPONG, C. Y. et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. **Obstet Gynecol**, v.118, n.(2 Pt 1), p.323-33, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160133/>>. Acesso em: 21 set. 2016.

THANGARATINAM, S. et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. **BMJ**, v.344, p.1-15, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22596383>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, p.403-414. 2009.

TOVAR, A. et al. Postpartum screening for diabetes among women with a history of gestational diabetes mellitus. **Preventing Chronic Diseases**, v.8, n.6, p.124, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221566/>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

TRUJILLO, J. et al. Fasting plasma glucose to avoid a full OGTT in the diagnosis of gestational diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**, v.105, n.3, p.322-326, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25037441>>. Acesso em: 27 out. 2016.

VAN GENDEREN, P. J. J. et al. The knowledge, attitudes and practices of wintersun vacationers to the Gambia toward prevention of malaria: is it really that bad? **Malaria Journal**, v.13, n.74, 2014. Disponível em: <<https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-13-74>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.10, n.3, p.359-367, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009)>. Acesso em: 23 nov. 2016.

ZIEGLER, A. et al. Long-term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes in women with recent gestational diabetes *mellitus*. **Diabetes**, v.61, p.3167-3171, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23069624>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

ZUGAIB M. Diabetes *mellitus*. In: **Zugaib Obstetrícia**. 2a ed. Porto Alegre: Manole; p.892-904, 2012.

WEISSGERBER, T. L.; MUDD, L. M. Preeclampsia and Diabetes. **Curr Diab Rep**, v.15, n.3, p.579, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644816>>. Acesso em: 09 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation**. Geneva, World Health Organization, 1999. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO\\_NCD\\_NCS\\_99.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf)>. Acesso em: 07 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation**. Geneva, World Health Organization, 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes\\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. World Health Organization Guideline. **Diabetes Res Clin Pract**, v.103, n.3, p.341-363, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia\\_In\\_Pregnancy/en/](http://www.who.int/diabetes/publications/Hyperglycaemia_In_Pregnancy/en/)>. Acesso em: 19 nov. 2016.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO CAP).

“Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional.”

#### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO.

1. Utilize somente caneta esferográfica azul ou preta para preenchimento do questionário.
2. Procure não deixar itens sem resposta.
3. A parte I contém questões abertas e fechadas. Para a maioria das questões fechadas você deve assinalar com um **X** apenas uma alternativa. As questões fechadas nas quais poderão ser assinaladas mais de uma resposta estão identificadas pelo termo **PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO**.
4. A parte II possui apenas questões fechadas, sendo que da 1ª a 14ª questão deve ser assinalado com um **X** e da 15ª a 20ª questão deve ser assinalada apenas uma única alternativa.
5. As partes III e IV possuem apenas questões fechadas, em que se deve assinalado com um **X**.
6. A questão V é dissertativa. Procure escrever com letra legível.
7. A última parte consiste em uma avaliação do questionário para validá-lo nessa etapa do estudo piloto.

**Agradecemos sua colaboração!**

**PARTE I – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.**

IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
1. Idade	
2. Sexo	Masculino
	Feminino
3. Profissão <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>	Médico(a)
	Enfermeiro(a)
4. Em qual Instituição de Ensino Superior você concluiu a graduação?	
5. Em que ano você concluiu a graduação?	
FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	
6. Possui algum (uns) destes processos de formação complementar concluído(s)? <i>(Poderá escolher mais de uma opção OU não assinalar caso não possua)</i>	
Especialização (carga horária de 360h) – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia
	Não cursei
	Outra
	Qual?
Residência – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia
	Não cursei
	Outra
	Qual?
Outra pós-graduação <i>lato sensu</i> (por exemplo: aprimoramento, aperfeiçoamento, etc.)?	Não
	Sim
	Outra

		Qual?
Mestrado – área:		Medicina de Família e Comunidade
		Saúde da Família
		Saúde Pública/ Saúde Coletiva
		Ginecologia e Obstetrícia
		Não cursei
		Outra
		Qual?
Doutorado – área:		Medicina de Família e Comunidade
		Saúde da Família
		Saúde Pública/ Saúde Coletiva
		Ginecologia e Obstetrícia
		Não cursei
		Outra
		Qual?
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>		
7. Qual o seu agente contratante? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		Municipal
		Estadual
		Federal
8. Qual é seu tipo de vínculo empregatício com o SUS? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		Servidor público estatutário
		Cargo comissionado
		Contrato temporário prestação de serviço
		Empregado público CLT
		Contrato CLT
		Outro(s):
		Qual?
9. Qual a forma de ingresso? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		Concurso público
		Processo seletivo
		Indicação
		Outra forma:
		Qual?

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
10. Quando você iniciou sua atuação na <i>Atenção Básica</i> ?	Mês:
	Ano:
11. Você atua ou já atuou na saúde suplementar (privado/convênio)?	Sim
	Não
12. Quando você iniciou sua atuação na saúde suplementar privado/convênio)?	Mês
	Ano:
13. Na AB onde você atua, quem é responsável pela assistência pré-natal?	Enfermeiro
	Médico
	Enfermeiro e Médico

## PARTE II: CONHECIMENTOS

Assinalar com X quais questões abaixo você identifica como fator de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):		
14.	Idade $\geq$ 35 anos	
15.	Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual	
16.	Deposição periférica de gordura corporal	
17.	História familiar de Diabetes Mellitus em parentes de 1º grau	
18.	Polidrâmnio na gravidez atual	
19.	Restrição de crescimento fetal na gravidez atual	
20.	Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação anterior	
21.	Antecedente de aborto	
22.	Antecedente de malformações	
23.	Antecedente de morte fetal ou neonatal	
24.	Antecedente de macrossomia	
25.	Antecedente de Diabetes Mellitus Gestacional	
26.	Síndrome dos ovários policísticos	
27.	Estatutura $>$ 1,50m	

**BAB com 25 anos, G2 P1 A0, 10 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ao exame físico: altura – 1,60 m, IMC – 24 kg/m<sup>2</sup>, PA – 110X70 mmHg.**

**28. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para BAB?**

- Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
- Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
- Solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação.
- Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas de gestação.

**MCM com 37 anos, G2 P1 A0, 14 semanas de gestação procura unidade de saúde na atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ela possui história de Síndrome de Ovário Policístico (SOP). Sua mãe é portadora de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Na gestação anterior o feto nasceu com 4,5 Kg. Ao exame físico: IMC - 25 Kg/m<sup>2</sup> e PA - 120X70 mmHg.**

**29. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para MCM?**

- Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
- Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
- Solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação.
- Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas de gestação.

**CAC com 27 anos, G2 P1 A0, 16 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal vindo de outra cidade. Não apresentou intercorrências na gestação anterior. Ao exame físico: IMC - 23 Kg/m<sup>2</sup> e PA - 120X80 mmHg. Trouxe resultado de glicemia de jejum de 85 mg/dL.**

- 30. Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada?**
- Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
  - Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
  - Solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação.
  - Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas de gestação.

**DEP com 36 anos, G2 P1 A0, 32 semanas, IMC – 27 kg/m<sup>2</sup> trouxe resultado de Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) com os seguintes valores: glicemia de jejum – 90 mg/dL, 1 hora – 170 mg/dL e 2 horas – 160 mg/dL.**

- 31. Considerando o contexto da gestante DEP, qual a orientação mais adequada?**
- Encerrar a investigação para DMG.
  - Orientar dieta adequada baseado no IMC, atividade física e realizar perfil glicêmico em 14 dias.
  - Orientar dieta adequada baseado no IMC, atividade física e iniciar hipoglicemiante oral.
  - Orientar dieta adequada baseado no IMC, atividade física e iniciar insulina.

**FVC com 23 anos apresentou DMG, mudou de cidade e agora procura unidade de saúde da atenção básica para consulta puerperal. O parto foi realizado há 4 semanas.**

- 32. Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada?**
- Orientar dieta adequada e atividade física.
  - Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
  - Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 6 e 12 semanas após a gestação.
  - Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar glicemia de jejum entre 6 e 12 semanas após a gestação.

**PARTE III: ATITUDES**

**Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a sua opinião.**

Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
33. É papel do enfermeiro (a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.				
34. É papel do(a) médico(a) investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.				
35. É papel do(a) enfermeiro(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.				
36. É papel do(a) médico(a) realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.				
37. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.				
38. É papel do (a) médico (a) orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.				
39. É papel do (a) enfermeiro (a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.				
40. É papel do(a) médico(a) orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.				
41. É papel da atenção básica encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.				
42. É papel da atenção básica fazer a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.				
43. É papel do (a) enfermeiro (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.				
44. É papel do (a) médico (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.				

#### PARTE IV: PRÁTICAS

Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a frequência com que você realiza determinada ação.

Afirmativas	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
45. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.				
46. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.				
47. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.				
48. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação				
49. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.				
50. Oriento os cuidados iniciais para mulheres com DMG.				
51. Mantenho assistência pré-natal na atenção básica de mulheres com DMG compensadas.				
52. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.				
53. Faço a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para atenção à saúde de maior complexidade.				
54. Realizo a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.				





## APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO CAP.

1. Segundo a sua compreensão, alguma questão foi formulada de forma a ter mais de uma interpretação diferente?

Em caso afirmativo, qual(is) questão(ões)?

2. Tem algo importante em relação à assistência ao Diabetes *Mellitus* Gestacional na **seção Conhecimentos** que você acha que não foi perguntado?

Em caso afirmativo, o que seria importante que fosse perguntado?

3. Tem algo importante em relação à assistência ao Diabetes *Mellitus* Gestacional na **seção Atitudes** que você acha que não foi perguntado?

Em caso afirmativo, o que seria importante que fosse perguntado?

4. Tem algo importante em relação à assistência ao Diabetes *Mellitus* Gestacional na **seção Práticas** que você acha que não foi perguntado?

Em caso afirmativo, o que seria importante que fosse perguntado?

## APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO CAP VALIDADO.

“Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional.”

### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO.

8. Utilize somente caneta esferográfica azul ou preta para preenchimento do questionário.
9. Procure não deixar itens sem resposta.
10. A parte I contém questões abertas e fechadas. Para a maioria das questões fechadas você deve assinalar com um **X** apenas uma alternativa. As questões fechadas nas quais poderão ser assinaladas mais de uma resposta estão identificadas pelo termo **PODE ESCOLHER MAIS DE UMA OPÇÃO**.
11. A parte II possui apenas questões fechadas, sendo que da 14<sup>a</sup> a 27<sup>a</sup> questão deve ser assinalado com um **X** e da 28<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> questão deve ser assinalada apenas uma única alternativa.
12. As partes III e IV possuem apenas questões fechadas, em que se deve assinalado com um **X**.
13. A questão V é dissertativa. Procure escrever com letra legível.
14. A última parte consiste em uma avaliação do questionário para validá-lo nessa etapa do estudo piloto.

**Agradecemos sua colaboração!**

**PARTE I – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.**

IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
1. Idade	
2. Sexo	Masculino
	Feminino
3. Profissão <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>	Médico(a)
	Enfermeiro(a)
4. Em qual Instituição de Ensino Superior você concluiu a graduação?	
5. Em que ano você concluiu a graduação?	
FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	
6. Possui algum (uns) destes processos de formação complementar concluído(s)? <i>(Poderá escolher mais de uma opção OU não assinalar caso não possua)</i>	
Especialização (carga horária de 360h) – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia
	Não cursei
	Outra
	Qual?
Residência – área:	Medicina de Família e Comunidade
	Saúde da Família
	Saúde Pública/ Saúde Coletiva
	Ginecologia e Obstetrícia
	Não cursei
	Outra
	Qual?
Outra pós-graduação <i>lato sensu</i> (por exemplo: aprimoramento, aperfeiçoamento, etc.)?	Não
	Sim
	Outra

		Qual?
Mestrado – área:		Medicina de Família e Comunidade
		Saúde da Família
		Saúde Pública/ Saúde Coletiva
		Ginecologia e Obstetrícia
		Não cursei
		Outra
		Qual?
Doutorado – área:		Medicina de Família e Comunidade
		Saúde da Família
		Saúde Pública/ Saúde Coletiva
		Ginecologia e Obstetrícia
		Não cursei
		Outra
		Qual?
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>		
7. Qual o seu agente contratante? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		<b>Municipal</b>
		<b>Estadual</b>
		<b>Federal</b>
8. Qual é seu tipo de vínculo empregatício com o SUS? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		<b>Servidor público estatutário</b>
		<b>Cargo comissionado</b>
		<b>Contrato temporário prestação de serviço</b>
		<b>Empregado público CLT</b>
		<b>Contrato CLT</b>
		<b>Outro(s):</b>
	Qual?	
9. Qual a forma de ingresso? <i>(Poderá escolher mais de uma opção)</i>		Concurso público
		Processo seletivo
		Indicação
		Outra forma:
		Qual?

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
10. Quando você iniciou sua atuação na <i>Atenção Básica</i> ?	Mês:
	Ano:
11. Você atua ou já atuou na saúde suplementar (privado/convênio)?	Sim
	Não
12. Quando você iniciou sua atuação na saúde suplementar privado/convênio)?	Mês
	Ano:
13. Na AB onde você atua, quem é responsável pela assistência pré-natal?	Enfermeiro
	Médico
	Enfermeiro e Médico

## PARTE II: CONHECIMENTOS

Assinalar com X quais questões abaixo você identifica como fator de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):		
14.	Idade $\geq$ 35 anos	X
15.	Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual	X
16.	Deposição central excessiva de gordura corporal	X
17.	História familiar de Diabetes Mellitus em parentes de 1º grau	X
18.	Polidrâmnio na gravidez atual	X
19.	Crescimento fetal excessivo na gravidez atual	X
20.	Hipertensão ou pré-eclâmpsia	X
21.	Antecedente de aborto	X
22.	Antecedente de malformações	X
23.	Antecedente de morte fetal ou neonatal	X
24.	Antecedente de macrosomia	X
25.	Antecedente de Diabetes Mellitus Gestacional	X
26.	Síndrome dos ovários policísticos	X
27.	Estatura < 1,50m	X

**BAB com 25 anos, G2 P1 A0, 10 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ao exame físico: altura – 1,60 m, IMC – 24 kg/m<sup>2</sup>, PA – 110X70 mmHg.**

**28. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para BAB nesta consulta de pré-natal?**

- a) Solicitar glicemia pós-prandial imediatamente.
- b) Solicitar glicemia de jejum imediatamente.**
- c) Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
- d) Solicitar hemoglobina glicada imediatamente.

**MCM com 37 anos, G2 P1 A0, 14 semanas de gestação procura unidade de saúde na atenção básica para iniciar seu pré-natal. Ela possui história de Síndrome de Ovário Policístico (SOP). Sua mãe é portadora de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Na gestação anterior o feto nasceu com 4,5 Kg. Ao exame físico: IMC - 25 Kg/m<sup>2</sup> e PA - 120X70 mmHg. Trouxe resultado de glicemia de jejum de 80 mg/dL.**

**29. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para MCM nesta consulta de pré-natal?**

- a) Solicitar glicemia pós-prandial imediatamente.
- b) Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
- c) Solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação.
- d) Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas.**

**CAC com 27 anos, G2 P1 A0, 16 semanas de gestação procura unidade de saúde da atenção básica para iniciar seu pré-natal vindo de outra cidade. Não apresentou intercorrências na gestação anterior. Ao exame físico: IMC - 23 Kg/m<sup>2</sup> e PA - 120X80 mmHg. Trouxe resultado de glicemia de jejum de 91 mg/dL.**

**30. Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada nesta consulta de pré-natal?**

- a) Solicitar glicemia pós-prandial imediatamente.
- b) Solicitar glicemia de jejum imediatamente.
- c) Solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação.
- d) **Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas.**

**DEP com 36 anos, G2 P1 A0, 30 semanas, IMC – 27 kg/m<sup>2</sup> trouxe resultado de Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) com os seguintes valores: Glicemia de jejum – 90 mg/dL, 1 hora após – 170 mg/dL e 2 horas após – 160 mg/dL.**

**31. Considerando o contexto da gestante DEP, qual a orientação mais adequada nesta consulta de pré-natal?**

- a) Encerrar a investigação para DMG.
- b) Orientar dieta adequada baseada no IMC e atividade física.
- c) **Orientar dieta adequada baseada no IMC, atividade física e monitorar a glicemia três a quatro vezes ao dia (jejum e uma a duas horas após as refeições).**
- d) Orientar dieta adequada baseada no IMC, atividade física e iniciar tratamento farmacológico.

**PVP com 25 anos, G3 P2 A0, 28 semanas, IMC – 32 kg/m<sup>2</sup>, dieta rica em carboidratos. Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional há 2 semanas com perfil glicêmico controlado neste período.**

**32. Considerando o contexto da PVP, como deve ser o acompanhamento pré-natal?**

- a) Acompanhamento periódico na atenção básica por médicos.
- b) Acompanhamento periódico na atenção básica por médicos e enfermeiros.
- c) **Acompanhamento periódico na atenção básica por médicos e enfermeiros compartilhando o cuidado pré-natal com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.**
- d) Acompanhamento periódico em ambulatório de gestação de alto risco por médicos e enfermeiros.

**RMC com 26 anos, G2 P1 A0, 28 semanas de gestação com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Dieta balanceada e atividade física supervisionada. Ultrassom no 2º trimestre com peso fetal adequado para idade gestacional.**

**33. Considerando o contexto da RMC, como deve ser a avaliação do crescimento fetal durante o pré-natal?**

- a) Avaliação clínica periódica a partir do diagnóstico até o termo.
- b) Avaliação ultrassonográfica periódica a partir do diagnóstico até o termo.
- c) **Avaliação clínica e ultrassonográfica periódica a partir do diagnóstico até o termo.**
- d) Avaliação clínica, ultrassonográfica e de cardiocotografia periódica a partir do diagnóstico até o termo.



**CTS com 32 anos, G4 P3 A1, 32 semanas de gestação, IMC – 30 Kg/m2. Atividade física diária e dieta balanceada. Perfil glicêmico controlado desde o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional há 4 semanas.**

**34. Considerando o contexto da CTS, como deve ser a avaliação do bem estar fetal durante o pré-natal?**

- a) Avaliação periódica por doppler das artérias uterinas e umbilicais.
- b) Avaliação periódica ultrassonográfica.
- c) Avaliação periódica por cardiotocografia ou perfil biofísico ou doppler das artérias uterinas e umbilicais.
- d) Avaliação periódica por cardiotocografia ou perfil biofísico ou contagem dos movimentos fetais pela gestante.**

**PVP com 25 anos, G1 P0 A0, 38 semanas de gestação, IMC – 32 kg/m2 com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Mantém dieta rica em carboidratos e perfil glicêmico alterado nas últimas duas semanas. Trouxe resultado de ultrassom realizado hoje com peso fetal estimado em 3560g.**

**35. Considerando o contexto da PVP, como deve ser a indicação de resolução da gestação?**

- a) Induzir trabalho de parto entre 38 - 39 semanas de gestação.**
- b) Induzir trabalho de parto entre 40 - 41 semanas de gestação.
- c) Oferecer cesárea eletiva entre 38 - 39 semanas de gestação.
- d) Oferecer cesárea eletiva entre 40 - 41 semanas de gestação.

**FVC com 23 anos apresentou Diabetes Mellitus Gestacional e comparece à unidade de saúde da atenção básica para primeira consulta 10 dias após parto vaginal.**

**36. Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada nesta consulta de puerpério?**

- a) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar glicemia de jejum imediatamente.
- b) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) imediatamente.
- c) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar glicemia pós-prandial entre seis e doze semanas após o parto.
- d) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre seis e doze semanas após o parto.**

### PARTE III: ATITUDES

Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a sua opinião.

Afirmativas	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
37. É papel do(a) médico(a) da atenção básica realizar o acompanhamento pré-natal de mulheres com DMG.				X
38. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica realizar o acompanhamento pré-natal de mulheres com DMG.				X
39. É papel do(a) médico(a) da atenção básica investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.				X
40. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.				X
41. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar exames laboratoriais na rotina pré-natal para diagnóstico do DMG.				X
42. É papel do(a) enfermeiro(a) solicitar exames laboratoriais na rotina pré-natal para diagnóstico do DMG.				X
43. É papel do(a) médico(a) da atenção básica orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.				X
44. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.				X
45. É papel do(a) médico(a) da atenção básica orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.				X
46. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.				X
47. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar periodicamente exames complementares para avaliação do crescimento e bem estar fetal.				X
48. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar periodicamente exames complementares para avaliação do crescimento e bem estar fetal.	X			
49. É papel da atenção básica realizar o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com				X

nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.				
50. É papel da atenção básica encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	X			
51. É papel da atenção básica realizar a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.				X
52. É papel do(a) médico(a) da atenção básica solicitar exames laboratoriais na consulta do puerpério para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.				X
53. É papel do(a) enfermeiro(a) da atenção básica solicitar exames laboratoriais na consulta do puerpério para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.				X

## PARTE IV: PRÁTICAS

**Assinale cada afirmativa com um X de acordo com a frequência com que você realiza determinada ação.**

Afirmativas	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
54. Realizo o acompanhamento pré-natal de mulheres com DMG.				X
55. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.				X
56. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.				X
57. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.	X			
58. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	X			
59. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.				X
60. Oriento dieta adequada baseada no IMC e atividade física para mulheres com DMG.				X
61. Oriento a realização do perfil glicêmico para mulheres com DMG.				X
62. Solicito periodicamente ultrassonografia para mulheres com DMG, a fim de avaliar o crescimento fetal.				X
63. Oriento a contagem dos movimentos fetais para mulheres com DMG, a fim de avaliar o bem estar fetal.				X
64. Realizo o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.				X
65. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.	X			
66. Realizo a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para atenção à saúde de maior complexidade.				X
67. Solicito TOTG na consulta do puerpério para a reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.				X



## APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

Eu, Anísia Aparecida Oliveira Rezende, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar lhe convido a participar da pesquisa intitulada “Elaboração e validação de um questionário para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional”, sob orientação da Profª Drª Maristela Carbol.

Esta pesquisa apresenta uma metodologia que prevê a validação de um questionário que foi elaborado com questões referentes aos conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional. A validação do questionário tem como objetivo avaliar a facilidade de compreensão das questões pelos participantes, a importância dos tópicos contidos nas questões e até que ponto as questões são compreendidas e interpretadas pelos diferentes participantes.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa por ser médico ou enfermeiro que atua na assistência pré-natal dos municípios das Regiões de Saúde Alta Mogiana e Alta Anhanguera. Nós procuramos escolher momento, local e condições adequadas para convidá-lo a participar desta pesquisa, tomando as devidas providências e cautelas para evitar e/ou reduzir qualquer tipo de dano para você.

A sua participação nesta pesquisa se refere a responder um questionário autoaplicável, estruturado com questões fechadas e abertas, o qual está dividido em cinco partes, sendo a parte I composta por questões relacionadas às características pessoais como idade, sexo, formação acadêmica, complementar e atuação profissional, as partes II, III e IV são compostas, respectivamente, por questões diversas que abordam conteúdos referentes aos seus conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional. Após responder este questionário você irá avaliá-lo sobre o quanto as questões foram adequadamente compreendidas por você e o quanto o questionário foi capaz de levantar os pontos de interesse desta pesquisa.

As perguntas contidas no questionário não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, a sua participação nesta pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem conhecimentos e as próprias atitudes e práticas na assistência às gestantes na atenção básica. Sua participação em responder o questionário poderá, também, trazer algum tipo de constrangimento e intimidação, pelo fato da pesquisadora ser gestora do Ambulatório de Especialidade Médica de Franca, onde você geralmente encaminha gestantes com Diabetes *Mellitus* Gestacional. Diante dessas situações, você terá garantidas pausas no momento de responder o questionário e liberdade de não responder as perguntas quando as considerar constrangedoras.

O benefício da sua participação nesta pesquisa se refere à validação de um questionário que tem como objetivo avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional. A análise das respostas dos questionários possibilita obter um diagnóstico e a partir daí propor intervenções na gestão do cuidado em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes *Mellitus* Gestacional. Ainda, servirá como oportunidade para você construir novos conhecimentos e refletir sobre sua atuação profissional e as dificuldades para exercê-la. Ademais, este questionário validado poderá ser utilizado para fins científicos para que os próprios pesquisadores e outros cientistas possam usufruí-lo para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde em relação ao cuidado de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional em outros serviços.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento sem necessidade de dar nenhuma explicação você pode desistir de participar desta pesquisa e retirar seu consentimento. A sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo na relação com os pesquisadores e/ou com os gestores da unidade de saúde a qual pertence ou com a Secretaria Municipal de Saúde do seu município, bem como, com a Universidade Federal de São Carlos.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira para participar desta pesquisa. Você está assegurado que todas as informações coletadas serão confidenciais e mantidas em sigilo, pois o seu nome não constará em nenhum documento.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou em qualquer momento. Os pesquisadores responsáveis, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maristela Carbol poderá ser encontrada no Departamento de Medicina/UFSCar, Rod. Washington Luís, Km 235, São Carlos/SP; Fone: (16) 3351-8340 e pelo seguinte e-mail: [maristela@carbol.com.br](mailto:maristela@carbol.com.br) e a pós-graduanda Anísia Aparecida Oliveira Rezende poderá ser encontrada no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) na Rua Dr. Alcindo Ribeiro Conrado, 1395, Franca/SP; Fone: (16) 3707-4400 e pelo seguinte e-mail: [anisiaap@gmail.com](mailto:anisiaap@gmail.com).

Eu \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, os procedimentos de coleta dos dados por meio das repostas dos questionários que serão aplicados, os riscos e os benefícios da minha participação nesta pesquisa. O pesquisador responsável me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

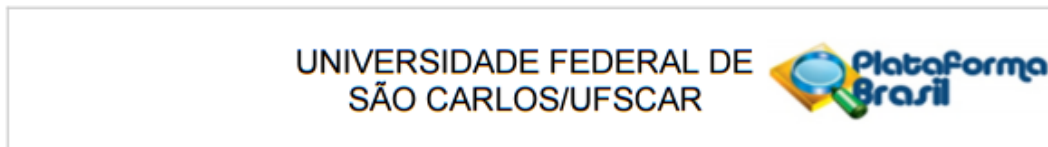
\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadores Responsáveis:  
Pós-graduanda Anísia Aparecida Oliveira Rezende

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maristela Carbol

## 8 ANEXOS

### ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UFSCAR.



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da atenção básica em relação à assistência de gestantes com diabetes mellitus gestacional.

**Pesquisador:** Anisia Aparecida Oliveira Rezende

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52887415.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.406.902

##### Apresentação do Projeto:

No contexto da saúde pública brasileira, os profissionais de saúde em suas áreas específicas ou equipes multi, inter e transdisciplinar têm demonstrado grande preocupação com a saúde da população. Nesta ação praticamente global, uma parcela expressiva de profissionais ou equipes de saúde têm se voltado para uma atenção particular aos pacientes com Diabetes Mellitus (DM). O DM é uma doença crônica relevante em nível mundial, sendo entendida como um conjunto de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica em decorrência da destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação e/ou distúrbios da secreção da insulina. Essa doença resulta na elevada prevalência de morbidades decorrentes de complicações agudas e crônicas, alta taxa de hospitalização e mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais de forma que o DM é considerado um problema de saúde global.

A pesquisa será desenvolvida nas unidades de saúde da atenção básica dos municípios da Alta Anhanguera e Alta Mogiana, pertencentes ao DRS VIII do município de Franca do estado de São Paulo. A população alvo será formada de médicos e enfermeiros que atuam na assistência pré-natal da Atenção Básica dos seus respectivos municípios. Para a coleta de dados dos enfermeiros e médicos da Atenção Básica será utilizado

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 1.406.902

um instrumento em forma de questionário autoaplicável, semiestruturado, apresentando a maioria das questões fechadas e uma questão aberta.

Espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa sirvam para identificar os fatores que podem estar influenciando a atuação dos profissionais da saúde da atenção básica na assistência às gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional, oferecendo subsídios para intervenções junto às equipes de saúde local e no âmbito da gestão municipal de saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral:

- Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da AB em relação à assistência de gestantes com DMG.

Específico:

- Descrever as características sociodemográficas dos enfermeiros e médicos da AB;
- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros e médicos da AB sobre fatores de riscos, métodos de rastreamento e diagnóstico, cuidado inicial e recomendações pós-parto para DMG;
- Verificar atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da AB quanto ao encaminhamento de gestantes com DMG ao pré-natal de alto risco;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e médicos da AB e os seus conhecimentos;
- Analisar a associação entre os conhecimentos e as atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da AB;
- Identificar as dificuldades da assistência compartilhada de gestantes com DMG entre a AB e o pré-natal de alto risco.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As perguntas contidas no questionário não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, a sua participação nesta pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem conhecimentos e as próprias atitudes e práticas na assistência às gestantes na atenção básica e também constrangimento e intimidação, pelo fato da pesquisadora ser gestora do Ambulatório de Especialidade Médica de Franca, onde você geralmente encaminha gestantes com diabetes mellitus gestacional. Diante dessas situações, você terá garantidas pausas no momento de responder o questionário, liberdade de não responder as perguntas quando as considerar constrangedoras e interromper a sua

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.406.902

participação em responder o questionário a qualquer momento.

O benefício da sua participação nesta pesquisa se refere à análise por parte dos pesquisadores sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos participantes em relação à assistência de gestantes com diabetes mellitus gestacional. A partir dos dados coletados os pesquisadores poderão propor intervenções na gestão do cuidado criando novas estratégias e possibilidades para o trabalho em equipe no intuito de melhorar a assistência pré-natal na atenção básica. Esta pesquisa servirá como oportunidade para você construir novos conhecimentos e refletir sobre sua atuação profissional e as dificuldades para exercê-la. Ademais, os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos para que outros profissionais da saúde possam usufruí-los na assistência pré-natal de gestantes com diabetes mellitus gestacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância científica.

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

Folha de rosto preenchida corretamente.

Apresenta as autorizações de todos os locais em que a pesquisa será desenvolvida, ou seja, nas unidades de saúde da AB dos municípios da Alta Anhanguera: Ipuá, Morro Agudo, Nuporanga, Orlandia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra e Alta Mogiana: Aramina, Buritzal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis, pertencentes ao DRS VIII do município de Franca do estado de São Paulo, Brasil. Projeto de pesquisa de acordo e completo.

TCLE apresentado de acordo com as exigências da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Projeto segue os preceitos éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_634992.pdf	20/12/2015 18:48:42		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.406.902

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2015 21:31:03	Anisia Aparecida Oliveira Rezende	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf	19/12/2015 20:57:51	Anisia Aparecida Oliveira Rezende	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	19/12/2015 20:53:43	Anisia Aparecida Oliveira Rezende	Aceito
Outros	Questionario.docx	16/12/2015 22:11:15	maristela carbol	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/12/2015 20:14:13	Anisia Aparecida Oliveira Rezende	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.PDF	14/12/2015 17:14:02	Anisia Aparecida Oliveira Rezende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 12 de Fevereiro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## **ANEXO B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE GUARÁ DA REGIÃO DE SAÚDE ALTA MOGIANA.**

### **CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Guará informo que o projeto de pesquisa intitulado "**Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica dos municípios do DRS VIII sobre Diabetes Mellitus Gestacional**", apresentado pelo (a) pesquisador (a), Anisia Aparecida Oliveira Rezende, e que tem como objetivo principal avaliar conhecimentos, atitudes dos enfermeiros e médicos da atenção básica em relação à assistência de gestantes com diabetes mellitus gestacional (DMG), de forma que os resultados possam fornecer informações valiosas para melhorar os cuidados com essa doença, diminuindo os riscos de morbidade e mortalidade materna, peri e neonatal, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução **466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

#### Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Nanci Moreira da cunha

Cargo: Gestor Municipal de Saúde de Guará

Telefone para contato (16) 38319835

Email (se possuir): secretaria.saude@guara.sp.gov.br

Franca 02 de novembro de 2015.

Assinatura:  \_\_\_\_\_  
(Gestor Municipal de Saúde de Guará)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Obs: A carta de autorização do município de Guará do Colegiado Alta Mogiana representa os demais municípios deste Colegiado.

## ANEXO C: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO MUNICÍPIO DE MORRO AGUDO DA REGIÃO DE SAÚDE ALTA ANHANGUERA.

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Morro Agudo informo que o projeto de pesquisa intitulado "**Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Médicos e Enfermeiros da Atenção Básica dos municípios do DRS VIII sobre Diabetes Mellitus Gestacional**", apresentado pelo (a) pesquisador (a), Anisia Aparecida Oliveira Rezende, e que tem como objetivo principal avaliar conhecimentos, atitudes dos enfermeiros e médicos da atenção básica em relação à assistência de gestantes com diabetes mellitus gestacional (DMG), de forma que os resultados possam fornecer informações valiosas para melhorar os cuidados com essa doença, diminuindo os riscos de morbidade e mortalidade materna, peri e neonatal, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução **466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Sebastião Cognetti

Cargo: Gestor Municipal de Saúde de Morro Agudo

Telefone para contato: (16) 38511581/38511488

Email (se possuir): saúde@morroagudo.sp.gov.br

Franca 02 de novembro de 2015.

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Gestor Municipal de Saúde de Morro Agudo)

*Sebastião Cognetti*  
Secretário Municipal da Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

Obs: A carta de autorização do município de Morro Agudo do Colegiado Alta Anhanguera representa os demais municípios deste Colegiado.