

**Apresentação de questionário para levantamento de conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde em relação ao cuidado de mulheres com diabetes mellitus gestacional**

**Presentation of a questionnaire to assess the knowledge, attitudes and practices of doctors and nurses towards primary healthcare for women with gestational diabetes mellitus**

DOI:10.34119/bjhrv3n6-011

Recebimento dos originais:03/10/2020

Aceitação para publicação:05/11/2020

**Anisia Aparecida Oliveira Rezende**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica  
Universidade Federal de São Carlos  
E-mail:anisiaap@gmail.com

**Fernanda Vieira Rodovalho Callegari**

Unidade Acadêmica Especial de Biotecnologia. Curso de Medicina. Universidade Federal de  
Catalão

**Bernardino Geraldo Alves Souto**

Departamento de Medicina. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica. Universidade Federal de São Carlos

**Pedro Ferreira Filho**

Departamento de Estatística. Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia. Universidade Federal  
de São Carlos

**Maristela Carbol**

Departamento de Medicina. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Gestão da Clínica. Universidade Federal de São Carlos

**RESUMO**

Objetivo: Apresentar um questionário validado para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde sobre cuidado de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Métodos: A partir de entrevistas com especialistas e consulta à literatura, elaborou-se um questionário fechado, o qual foi validado por seis médicos e seis enfermeiros com respectiva experiência assistencial; em seguida, esse questionário foi ajustado segundo esta validação e estruturado na forma do instrumento que se apresenta ao final deste artigo. Resultados: As entrevistas com especialistas e a consulta à literatura possibilitou criar um conjunto de 40 questões. Na validação pelos médicos e enfermeiros, identificaram-se problemas relacionados ao enunciado de algumas perguntas, a necessidade de ajustes nas questões relacionadas ao

diagnóstico do diabetes mellitus e a necessidade de acréscimo de perguntas sobre aspectos insuficientemente contemplados no documento inicial. Após as correções indicadas pela validação, consolidou-se um instrumento contendo 50 questões sobre conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o cuidado de gestantes com diabetes mellitus gestacional. Conclusões: Passou-se a dispor de um instrumento validado para avaliação da qualidade técnica assistencial prestada por médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde as grávidas com diabetes mellitus gestacional, potencialmente útil a interesses de gestão e pesquisa.

**Palavras-chave:** Conhecimentos, atitudes e práticas, questionário, diabetes mellitus gestacional, atenção primária à saúde, cuidado.

## ABSTRACT

**Objective:** To present a validated questionnaire aimed at assessing knowledge, attitudes and practices of doctors and nurses towards primary healthcare for women with gestational diabetes mellitus. **Methods:** Interviews with specialized professionals and in-depth literature review conducted to the elaboration of a questionnaire, which was then adjusted to fit validation requirements pointed by six doctors and six nurses with considerable experience in health assistance; the questionnaire was finally validated in the form of the instrument presented at the end of this article. **Results:** Interviews with specialized professionals and in-depth literature review conducted to the elaboration of an initial set of 40 questions. During the validation process by a group of selected doctors and nurses, problems related to the way some questions had been formulated were identified as well as the need for adjustments in questions about the diagnosis of diabetes mellitus and the need to add questions about aspects insufficiently contemplated in the initial document. Upon these rectification and additions, the questionnaire was finally validated, containing 50 questions about the knowledge, attitudes and practices of doctors and nurses towards primary healthcare for women with gestational diabetes mellitus. **Conclusions:** A validated instrument has been made available for evaluating the technical quality of primary care provided by doctors and nurses to women with gestational diabetes mellitus; it is potentially useful for management and research interests.

**Keywords:** Knowledge, attitudes and practices, questionnaire, gestational diabetes mellitus, primary healthcare, care.

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) é uma das complicações mais comuns da gravidez e um relevante problema de saúde pública demandante de assistência pela atenção primária à saúde.<sup>1</sup>No Brasil, estima-se uma prevalência do DMG em 18%<sup>2</sup>, um pouco acima da média mundial de 16,2%.<sup>3</sup>No entanto, sabe-se que a maioria das mulheres não é rastreada ou é rastreada inadequadamente para o diabetes durante a gestação.<sup>1</sup>

Nesse contexto, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs um conjunto de ações-chave para abordar o DMG, baseado na disponibilidade de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura disponíveis em cada país. O Brasil foi incluído na categoria dos países

de médio a elevado acesso a tais recursos. O objetivo desta proposta foi oportunizar a diminuição dos desfechos maternos, fetais e perinatais desfavoráveis, consequentes ao DMG.<sup>3</sup>

Entretanto, para além do rastreamento e diagnóstico, não há um protocolo, baseado em evidências, padronizado para o cuidado de mulheres com DMG; existem apenas recomendações baseadas em consensos da prática clínica.<sup>4</sup>

Não obstante, nem todo caso de DMG necessita de cuidados complexos, de modo que muitos podem ser acompanhados na atenção primária à saúde. Porém, há lacunas na qualificação profissional nesse nível da assistência.<sup>5</sup>

Portanto, para diagnosticar essas lacunas e planejar estratégias de capacitação é necessário avaliar o atendimento prestado às mulheres com DMG por profissionais da atenção primária à saúde. Entretanto, também não existe nenhum instrumento padronizado para esse tipo de avaliação específica.

Para atender essa necessidade, propõe-se aqui um questionário que foi validado especificamente para levantar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde sobre o cuidado de mulheres com DMG, de acordo com as diretrizes da FIGO.<sup>3</sup>

## **2 MÉTODOS**

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, mediante o parecer 1.406.902, tramitado na Plataforma Brasil sob número CAAE 52887415.7.0000.5504, foi elaborado e validado um questionário por meio da estratégia CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) sugerida por Kaliyaperumal<sup>6</sup>. Esta estratégia começa pela definição do domínio de interesse do questionário e seus referenciais. No caso deste trabalho, o domínio foi DMG segundo as recomendações da FIGO.<sup>3</sup> Em seguida, elaboram-se um conjunto de questões a respeito do domínio definido, destinadas a levantar conhecimentos, atitudes e práticas daqueles a quem se destina o questionário, em relação ao referencial escolhido. Esse conjunto de perguntas é submetido a um grupo de especialistas da área sobre o tema contemplado pelo questionário, de modo a qualificá-las e ajustá-las ao domínio e ao referencial escolhidos. Feito isto, aplica-se o questionário a uma amostra de sua população-alvo para que responda e critique cada questão. Numa etapa final, as respostas e críticas dadas pela amostra da população-alvo são analisadas à luz do referencial escolhido, com o interesse de adequar a inteligibilidade e a objetividade das perguntas. A intenção desta etapa final é validar o questionário para o levantamento mais fiel possível dos conhecimentos, atitudes e práticas a respeito do domínio de interesse do mesmo.<sup>6</sup>

Assim construídos, admite-se que questionários CAP tenham o potencial de possibilitar a descrição qualitativa de aspectos cognitivos, atitudinais e aplicados de profissionais em relação a uma área de competência específica, podendo ser utilizados para descrever o mesmo domínio em diferentes cenários. Portanto, possibilitam identificar necessidades e possibilidades de melhorias nos citados aspectos da competência a interesse da qualidade do produto da ação profissional. Se aplicado sobre a mesma população antes e depois da oferta de capacitações técnicas, possibilita avaliar o potencial efeito dessas ofertas no campo prático ao que se aplica a capacitação.

Considerando suas limitações, destaca-se que questionários CAP só permitem descrições sobre domínios muito específicos e baseados em referenciais exclusivos.<sup>6</sup> Além disso, são vulneráveis a impropriedades capazes de subtraírem sua efetividade em captar com exatidão as atitudes e práticas dos entrevistados.<sup>7</sup> Contra isto, é necessário rigor metodológico e grande isenção da equipe de criação do questionário.

Postas estas considerações, o produto que se apresenta foi desenvolvido em quatro etapas: na primeira foi definido o foco de interesse do questionário; na segunda foram elaboradas as questões conforme os focos de interesse, as quais foram submetidas aos especialistas da área; na terceira, o questionário foi testado e validado mediante a aplicação do mesmo no campo a que se destinava; na quarta, foi ajustado segundo o resultado do teste e da validação feitos em campo.

Operacionalmente, a primeira etapa de elaboração do questionário consistiu na identificação dos focos de interesse por meio de entrevistas com especialistas da área e pela busca de evidências sobre o tema na literatura. A segunda etapa contemplou a elaboração do questionário, auto-aplicável, contendo 40 questões fechadas contemplando os três elementos de interesse avaliativo: conhecimentos, atitudes e práticas. As questões foram submetidas ao grupo de especialistas, os quais as qualificaram e ajustaram segundo o domínio e ao referencial escolhidos.

Para a parte do questionário relativa aos conhecimentos, foram construídas quatorze questões que exigiam respostas dicotômicas entre verdadeiro e falso, e nove versavam sobre casos clínicos dispostos em vinhetas, seguidos por enunciados com alternativas de múltipla escolha com uma única alternativa correta, de acordo com o Manual “*Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences*” do *National Board of Medical Examiners*, dos Estados Unidos.<sup>8</sup> Para a parte do questionário relativa às atitudes e às práticas foram construídas respectivamente doze e nove questões que exigiam respostas afirmativas em escala tipo *Likert* de quatro pontos.<sup>9</sup>

A definição das respostas como corretas foi referenciada com base nos critérios da FIGO.

<sup>3</sup>A referência em critérios tem caráter qualitativo e não utiliza, portanto, escores de medição ou

ranqueamento. Este modelo de referência considera atributos determinantes da competência, os quais descrevem melhor a ação do profissional em serviço e o potencial efeito desta ação sobre a qualidade do serviço prestado.<sup>10,11</sup> Considerando que a articulação entre conhecimentos, atitudes e práticas é um dos requisitos de competência<sup>11,12</sup>, e que a metodologia CAP não contempla análise estatística quantitativa no processo de validação do questionário<sup>6</sup>, esse modelo referenciado por critério foi assumido como o que melhor atendia a necessidade e o desejo em relação ao questionário no âmbito dos objetivos deste estudo.

Para o cumprimento da terceira etapa, de validação do questionário, Kaliyaperumal<sup>6</sup> sugere a aplicação do instrumento a um total de dez colaboradores com vivência prática no objeto de interesse do questionário. Não obstante, o deste estudo, após ter sido qualificado e ajustado pelos especialistas, foi aplicado a doze respondentes: seis médicos e seis enfermeiros, aleatorizados entre os que prestavam atendimento de pré-natal na atenção primária à saúde do SUS do VIII Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo, no período de fevereiro a julho de 2017.

A amostragem aleatória simples se deu em duas fases: na primeira, sortearam-se os municípios onde atuavam os profissionais e a categoria profissional (médico ou enfermeiro); na segunda, aleatorizou-se um profissional dentro de cada município no conjunto da categoria sorteada na primeira fase.

Após responder o questionário CAP, os médicos e enfermeiros foram convidados a analisar criticamente as perguntas contidas no mesmo, com foco na inteligibilidade e na pertinência das questões, e em pontos relevantes do cuidado de gestantes com DMG na atenção primária à saúde que por ventura achavam que o questionário não havia contemplado.

Na quarta etapa, as respostas consideradas incorretas na parte de conhecimentos e os índices que não refletiram atitudes ou práticas adequadas foram tabulados e revistos à luz da crítica dos respondentes sobre a inteligibilidade das questões e a adequação das mesmas para a precisão das respostas. Esta tabulação e revisão serviram para avaliar se as incorreções tinham origem no próprio conhecimento, nas atitudes e nas práticas dos profissionais, ou se o problema era devido à interpretação das questões por formulação inadequada das mesmas.

Essa avaliação, por sua vez, apoiada em novas revisões da literatura feitas na etapa final, fundamentou os ajustes aplicados ao questionário, de sorte a concluir sua construção e validação para a aplicação prática indicada.

### 3 RESULTADOS

Entre os 12 profissionais da atenção primária à saúde que responderam e criticaram o questionário, havia cinco mulheres (41,7%) e sete homens (58,3%). A idade dos respondentes variou de 26 a 58 anos (média de 39,5) e a maioria concluiu a graduação em escola pública (58,3%). Quanto ao tempo de formado, variou de 1 a 34 anos (média de 16,5).

Na parte de conhecimentos, as questões referentes aos fatores de risco para DMG com índice de acerto  $\leq 50\%$  foram: questão 03 sobre deposição de gordura (16,7%), questão 08 sobre antecedente de aborto (50%) e questão 14 sobre estatura (16,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequências de acertos e erros por questão na parte de conhecimentos em relação aos fatores de risco para DMG.

Conteúdo	Enunciado da questão	Acertos	Erros
		N (%)	N (%)
Fatores de Risco	<b>1.Idade <math>\geq 35</math> anos</b>	9 (75)	3 (25)
	<b>2.Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual</b>	12 (100)	0
	3.Deposição periférica de gordura corporal	2 (16,7)	10 (83,3)
	<b>4.História familiar de Diabetes Mellitus em parentes de 1º grau</b>	11 (91,7)	1 (8,3)
	<b>5.Polidrâmnio na gravidez atual</b>	7 (58,3)	5 (41,7)
	6.Crescimento fetal excessivo na gravidez atual	8 (66,7)	4 (33,3)
	<b>7.Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gestação anterior</b>	7 (58,3)	5 (41,7)
	<b>8.Antecedente de aborto</b>	6 (50)	6 (50)
	<b>9.Antecedente de malformações</b>	7 (58,3)	5 (41,7)
	<b>10.Antecedente de morte fetal ou neonatal</b>	8 (66,7)	4 (33,3)
	<b>11.Antecedente de macrosomia</b>	8 (66,7)	4 (33,3)
	<b>12.Antecedente de Diabetes Mellitus Gestacional</b>	12 (100)	0
	<b>13.Síndrome dos ovários policísticos</b>	8 (66,7)	4 (33,3)
	<b>14.Estatura &lt; 1,50m</b>	2 (16,7)	10 (83,3)

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

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Observou-se que as questões 03 e 14 induziam a erros e foram modificadas no questionário validado. O baixo índice de acerto da questão 08 foi assumido como falta de conhecimento dos respondentes de forma que a questão foi mantida no questionário validado (Quadro 1).

Quadro1. Questionário validado para avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde em relação ao cuidado de mulheres com diabetes mellitus gestacional.

<b>Parte I: Conhecimentos</b>	
<b>Assinalar com X qual afirmativa você identifica como fator de risco para Diabetes Mellitus Gestacional.</b>	
1. Idade $\geq$ 35 anos	<b>X</b>
2. Sobrepeso, obesidade e ganho excessivo de peso na gravidez atual	<b>X</b>
3. Deposição central excessiva de gordura corporal	<b>X</b>
4. História familiar de Diabetes Mellitus em parentes de 1º grau	<b>X</b>
5. Polidrâmnio na gravidez atual	<b>X</b>
6. Crescimento fetal excessivo na gravidez atual	<b>X</b>
7. Hipertensão ou pré-eclâmpsia	<b>X</b>
8. Antecedente de aborto	<b>X</b>
9. Antecedente de malformações	<b>X</b>
10. Antecedente de morte fetal ou neonatal	<b>X</b>
11. Antecedente de macrossomia	<b>X</b>
12. Antecedente de Diabetes Mellitus Gestacional	<b>X</b>
13. Síndrome dos ovários policísticos	<b>X</b>
14. Estatura $<$ 1,50m	<b>X</b>
<b>Para os casos clínicos abaixo, escolha a alternativa correta.</b>	<b>Alternativa</b>
15. BAB com 25 anos, G2 P1 A0, 10 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde para iniciar seu pré-natal. Ao exame físico: altura – 1,60 m, IMC – 24 kg/m <sup>2</sup> , PA – 110X70 mmHg. 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 (75g 2h) imediatamente. d) Solicitar hemoglobina glicada imediatamente.	<b>b</b>
16. MCM com 37 anos, G2 P1 A0, 14 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde 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. Traz resultado de glicemia de jejum de 80mg/dL. Considerando o contexto da gestante MCM, qual a orientação mais adequada nesta consulta de pré-natal quando a disponibilidade técnica e/ou recurso financeiro são totais? 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 (75g 2h) entre 24 e 28 semanas.	<b>d</b>
17. CAC com 27 anos, G2 P1 A0, 16 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde 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. Traz resultado de glicemia de jejum de 91mg/dL. Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada nesta consulta de pré-natal quando a disponibilidade técnica e/ou recurso financeiro são totais? 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 (75g 2h) entre 24 e 28 semanas.	<b>d</b>
18. DEP com 36 anos, G2 P1 A0, 30 semanas, IMC – 27 kg/m <sup>2</sup> comparece ao retorno do pré-natal levando resultado de Teste Oral de Tolerância à Glicose (75g 2h) com os seguintes valores: Glicemia de jejum – 90mg/dL, 1 hora após – 170mg/dL e 2 horas após – 160mg/dL. 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.	<b>c</b>

<p>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).</p> <p>d) Orientar dieta adequada baseada no IMC, atividade física e iniciar tratamento farmacológico.</p>	
<p>19. PVP com 25 anos, G3 P2 A0, 28 semanas, IMC – 32 kg/m<sup>2</sup>, dieta rica em carboidratos. Diagnóstico de DMG há duas semanas com perfil glicêmico controlado neste período. Considerando o contexto da PVP, como deve ser o acompanhamento pré-natal?</p> <p>a) Acompanhamento periódico na atenção primária à saúde por médicos.</p> <p>b) Acompanhamento periódico na atenção primária à saúde por médicos e enfermeiros.</p> <p>c) Acompanhamento periódico na atenção primária à saúde por médicos e enfermeiros compartilhando o cuidado pré-natal com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.</p> <p>d) Acompanhamento periódico em ambulatório de gestação de alto risco por médicos e enfermeiros.</p>	<b>c</b>
<p>20. RMC com 26 anos, G2 P1 A0, 28 semanas de gestação com diagnóstico de DMG. Dieta balanceada e atividade física supervisionada. Traz resultado de ultrassom do 2º trimestre com peso fetal adequado para idade gestacional. Considerando o contexto da RMC, como deve ser a avaliação do crescimento fetal durante o pré-natal?</p> <p>a) Avaliação clínica periódica a partir do diagnóstico até o termo.</p> <p>b) Avaliação ultrassonográfica periódica a partir do diagnóstico até o termo.</p> <p>c) Avaliação clínica e ultrassonográfica periódica a partir do diagnóstico até o termo.</p> <p>d) Avaliação clínica, ultrassonográfica e de cardiocografia periódica a partir do diagnóstico até o termo.</p>	<b>c</b>
<p>21. CTS com 32 anos, G4 P3 A1, 32 semanas de gestação, IMC – 30 Kg/m<sup>2</sup>. Dieta balanceada e atividade física supervisionada. Perfil glicêmico controlado desde o diagnóstico de DMG há quatro semanas. Considerando o contexto da CTS, como deve ser a avaliação do bem-estar fetal durante o pré-natal?</p> <p>a) Avaliação periódica por <i>Doppler</i> das artérias uterinas e umbilicais.</p> <p>b) Avaliação periódica ultrassonográfica.</p> <p>c) Avaliação periódica por cardiocografia ou perfil biofísico ou <i>Doppler</i> das artérias uterinas e umbilicais.</p> <p>d) Avaliação periódica por cardiocografia ou perfil biofísico ou contagem dos movimentos fetais pela gestante.</p>	<b>d</b>
<p>22. PVP com 25 anos, G1 P0 A0, 38 semanas de gestação, IMC – 32 kg/m<sup>2</sup> com diagnóstico de DMG. Mantém dieta rica em carboidratos e perfil glicêmico alterado nas últimas duas semanas. Traz resultado de ultrassom realizado há um dia com peso fetal estimado em 3560g. Considerando o contexto da PVP, como deve ser a indicação de resolução da gestação?</p> <p>a) Induzir trabalho de parto entre 38 - 39 semanas de gestação.</p> <p>b) Induzir trabalho de parto entre 40 - 41 semanas de gestação.</p> <p>c) Oferecer cesárea eletiva entre 38 - 39 semanas de gestação.</p> <p>d) Oferecer cesárea eletiva entre 40 - 41 semanas de gestação.</p>	<b>a</b>
<p>23. FVC com 23 anos comparece à unidade da atenção primária à saúde para primeira consulta de puerpério 10 dias após parto vaginal. Apresentou DMG. Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada nesta consulta de puerpério quando a disponibilidade técnica e/ou recurso financeiro são totais?</p> <p>a) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar glicemia de jejum imediatamente.</p> <p>b) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (75g 2h) imediatamente.</p> <p>c) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar glicemia pós-prandial entre seis e doze semanas após o parto.</p> <p>d) Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (75g 2h) entre seis e doze semanas após o parto.</p>	<b>d</b>
<p><b>Parte II: Atitudes</b>  <b>Para cada questão abaixo escolha a melhor opção.</b>  <b>a) discordo totalmente, b) discordo parcialmente, c) concordo parcialmente, d) concordo totalmente.</b></p>	<b>Opção</b>

24. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde investigar fatores de risco das gestantes para DMG.	d
25. É papel do médico da atenção primária à saúde investigar fatores de risco das gestantes para DMG.	d
26. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde solicitar exames laboratoriais na rotina pré-natal para diagnóstico do DMG.	d
27. É papel do médico da atenção primária à saúde solicitar exames laboratoriais na rotina pré-natal para diagnóstico do DMG.	d
28. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde orientar dieta adequada baseada no índice de massa corporal e atividade física para mulheres com DMG.	d
29. É papel do médico da atenção primária à saúde orientar dieta adequada baseada no índice de massa corporal e atividade física para mulheres com DMG.	d
30. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde orientar mulheres com DMG quanto à realização do perfil glicêmico.	d
31. É papel do médico da atenção primária à saúde orientar mulheres com DMG quanto à realização do perfil glicêmico.	d
32. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde orientar periodicamente exames complementares para avaliação do crescimento e bem-estar fetal.	d
33. É papel do médico da atenção primária à saúde solicitar a necessidade periódica de exames complementares para avaliação do crescimento e bem-estar fetal.	d
34. É papel da atenção primária à saúde realizar o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.	d
35. É papel da atenção primária à saúde encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	a
36. É papel da atenção primária à saúde realizar a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	d
37. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde na consulta do puerpério orientar exames laboratoriais para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.	d
38. É papel médico da atenção primária à saúde na consulta do puerpério solicitar exames laboratoriais para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.	d
<b>Parte III: Práticas</b> <b>Para cada questão abaixo escolha a melhor opção.</b> <b>a) nunca, b) raramente, c) frequentemente, d) sempre.</b>	<b>Opção</b>
39. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.	d
40. Solicito glicemia de jejum para gestantes no início do pré-natal.	d
41. Solicito TOTG 75g 2h para gestantes no início do pré-natal.	a
42. Solicito glicemia de jejum para gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação quando o recurso financeiro e/ou disponibilidade técnica são totais.	a
43. Solicito TOTG 75g 2h para gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação quando o recurso financeiro e/ou disponibilidade técnica são totais.	d
44. Oriente os cuidados iniciais para mulheres com DMG com dieta adequada baseada no índice de massa corporal e atividade física para mulheres com DMG.	d
45. Oriente ultrassonografia periódica para mulheres com DMG, a fim de avaliar o crescimento fetal.	d
46. Oriente contagem dos movimentos fetais para mulheres com DMG, a fim de avaliar o bem-estar fetal.	d
47. Realizo o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.	d
48. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.	a
49. Realizo a gestão compartilhada do cuidado de mulheres com DMG que foram encaminhadas para atenção à saúde de maior complexidade.	d
50. Oriente TOTG 75g 2h na consulta do puerpério para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.	d

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Em relação aos casos clínicos, ainda na parte de conhecimentos, as questões com índice de acerto  $\leq 50\%$  foram: questões 16 e 17 sobre diagnóstico do DMG (50% e 41,7%, respectivamente) e questão 19 sobre cuidado no puerpério de mulheres que apresentaram DMG (16,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Frequências de acertos e erros por questão na parte de conhecimentos em relação ao diagnóstico do DMG, e aos cuidados durante o pré-natal e o puerpério.

Conteúdo da questão	Enunciado da questão	Acertos	Erros
		N (%)	N (%)
Diagnóstico do DMG BAB, 25 anos, G2 P1 A0, 10 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde para iniciar seu pré-natal. Ao exame físico: altura - 1,60 m, IMC - 24 Kg/m <sup>2</sup> , PA - 110X70 mmHg.	15. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para BAB? (Resposta esperada: Solicitar glicemia de jejum imediatamente).	10 (83,3)	2 (16,7)
Diagnóstico do DMG MCM, 37 anos, G2 P1 A0, 14 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde para iniciar seu pré-natal. Ela possui história de Síndrome de Ovário Policístico. Sua mãe é portadora de Diabetes <i>Mellitus</i> 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. Traz resultado de glicemia de jejum de 80mg/dL.	16. Para o diagnóstico do DMG, qual a orientação mais adequada para MCM? (Respostas esperada: Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas).	6 (50)	6 (50)
Diagnóstico do DMG CAC, 27 anos, G2 P1 A0, 16 semanas de gestação procura unidade da atenção primária à saúde 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. Traz resultado de glicemia de jejum de 91mg/dL.	17. Considerando o contexto da gestante CAC, qual a orientação mais adequada? (Respostas esperada: Solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre 24 e 28 semanas).	5 (41,7)	7 (58,3)
Cuidado no pré-natal DEP, 36 anos, G2 P1 A0, 30 semanas, IMC - 27 kg/m <sup>2</sup> comparece ao retorno do pré-natal levando resultado de Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) com os seguintes valores: Glicemia de jejum - 90mg/dL, 1 hora após - 170mg/dL e 2 horas após - 160mg/dL.	18. Considerando o contexto da gestante DEP, qual a orientação mais adequada? (Resposta esperada: 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).	8 (66,7)	4 (33,3)
Cuidado no puerpério FVC, 23 anos, comparece à unidade da atenção primária à saúde para 1ª consulta de puerpério 10 dias após parto vaginal. Apresentou DMG.	19. Considerando o contexto da FVC, qual a orientação mais adequada? (Resposta esperada: Orientar dieta adequada, atividade física e solicitar Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g 2h) entre seis e doze semanas após o parto).	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: Dados da Pesquisa, 2018.

As questões 16 e 17 apresentaram baixo índice de acerto devido à presença de alternativas que possivelmente confundiram os participantes, a depender das diretrizes utilizadas por eles. No entanto, como as questões foram elaboradas e corrigidas a partir das recomendações da FIGO, só era cabível uma resposta correta. Para testar o conhecimento baseado nas melhores evidências e não haver dúvidas de interpretação optou-se por modificar os enunciados destas duas questões no questionário validado (Quadro 1).

Quase todos os respondentes manifestaram atitudes adequadas em resposta às respectivas questões arroladas no questionário. Sete (58,3%) indicaram atitudes inadequadas ao discordar sobre o papel do profissional da enfermagem em realizar o diagnóstico de DMG (questão 22). Não foi possível definir a atitude do conjunto dos respondentes em relação ao encaminhamento, pela atenção primária, de mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade e porque metade concordou parcial ou totalmente e metade discordou da mesma forma (questão 28) (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência absoluta de respostas em cada opção na parte de atitudes.

Assertivas da parte de atitudes	Frequência absoluta				Atitudes adequadas
	Opções				
	1	2	3	4	
20. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	0	0	5	7	3 e 4
21. É papel do médico da atenção primária à saúde investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.	0	1	0	11	3 e 4
22. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	5	2	3	2	3 e 4
23. É papel do médico da atenção primária à saúde realizar o diagnóstico das gestantes para DMG.	0	0	1	11	3 e 4
24. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	0	1	2	9	3 e 4
25. É papel do médico da atenção primária à saúde orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.	0	0	1	11	3 e 4
26. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde orientar mulheres com DMG quanto à realização do perfil glicêmico.	1	1	4	6	3 e 4
27. É papel do médico da atenção primária à saúde orientar mulheres com DMG quanto à realização do perfil glicêmico.	0	0	1	11	3 e 4
28. É papel da atenção primária à saúde encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.	3	3	2	4	1 e 2
29. É papel da atenção primária à saúde 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
30. É papel do enfermeiro da atenção primária à saúde realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.	0	2	4	6	3 e 4
31. É papel do médico da atenção primária à saúde 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: Dados da Pesquisa, 2018.

O enunciado da questão 22 induziu os participantes ao entendimento de que se referia ao diagnóstico do DMG por enfermeiros, enquanto que o objetivo era voltado ao papel dos enfermeiros de apenas solicitar exames complementares para a realização desse diagnóstico. Assim, esta questão foi reformulada no questionário validado (Quadro 1).

Por não ter sido identificado problema de formulação na questão 28, a mesma foi mantida no questionário validado (Quadro 1).

A maioria das questões testadas na parte de práticas apresentou elevado índice de adequação das respostas. Sete (58,3%) participantes referiram práticas inadequadas em relação à solicitação da glicemia de jejum (GJ) para gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação (questão 35). As questões 36 (solicitar teste oral de tolerância à glicose para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação) e 38 (encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade) não apresentaram tendência de práticas adequadas ou inadequadas, uma vez que metade deles respondeu que nunca ou raramente e outra metade sempre ou frequentemente realizam as respectivas ações (Tabela 4).

Assertivas da parte de práticas	Frequência absoluta				Práticas adequadas
	Opções				
	1	2	3	4	
32. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG.	2	1	1	8	3 e 4
33. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.	0	0	3	9	3 e 4
34. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.	5	5	1	1	1 e 2
35. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	5	0	2	5	1 e 2
36. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.	4	2	3	3	3 e 4
37. Oriento os cuidados iniciais para mulheres com DMG.	1	1	2	8	3 e 4
38. Encaminho mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.	4	2	3	3	1 e 2
39. 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
40. 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: Dados da Pesquisa, 2018.

As questões 35 e 36 sobre diagnóstico de DMG apresentaram baixo índice de acerto porque, como comentado anteriormente, as respostas dependiam do protocolo utilizado pelos respondentes. Os enunciados destas questões sofreram modificações no questionário validado. A questão 38 foi mantida (Quadro 1).

Quanto às críticas dos respondentes ao questionário, quatro participantes relataram que as questões 16 e 17 referente aos conhecimentos sobre diagnóstico do DMG apresentavam mais de uma alternativa correta, dificultando a escolha da melhor resposta. Referiram que, por ainda não

haver consenso sobre rastreamento e diagnóstico do DMG e existir vários protocolos vigentes, as questões deveriam ser melhoradas para não haver dúvidas quanto à resposta correta, tendo sido feita a modificação no questionário validado. Não houve comentários dos participantes quanto à inteligibilidade das questões nas partes sobre atitudes e práticas.

No que se refere aos pontos relevantes que poderiam contemplar o questionário na parte de conhecimentos, os médicos e enfermeiros apontaram que deveriam ser elaboradas questões sobre acompanhamento pré-natal, avaliação do crescimento fetal, vigilância do bem-estar fetal e resolução da gestação em mulheres com DMG. Estas foram acrescentadas no questionário CAP validado, sendo enumeradas como questões 19, 20, 21 e 22, respectivamente (Quadro 1).

Na parte sobre atitudes, sugeriu-se a inserção de questões abordando solicitação e orientação de exames complementares para acompanhamento do crescimento e bem-estar fetal por médicos e enfermeiros, e o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas. Estas questões foram acrescentadas no questionário validado, enumeradas como questões 32, 33 e 34, respectivamente (Quadro 1).

Na parte sobre práticas, os respondentes indicaram o acréscimo dos mesmos tipos de questões sugeridas na parte de atitudes: solicitação de exames complementares no acompanhamento de mulheres com DMG para avaliar crescimento e bem-estar fetal e compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas da saúde. Estas questões foram acrescentadas no questionário CAP validado, enumeradas como questões 45, 46 e 47, respectivamente (Quadro 1).

#### **4 DISCUSSÃO**

Sobre a parte do questionário destinada à avaliação dos conhecimentos, o baixo índice de acerto nas questões sobre deposição de gordura (questão 03) e estatura (questão 14) mostrou problemas relacionados aos enunciados relativos aos quesitos sobre fatores de risco para DMG. Observou-se a presença de distratores que confundiram os participantes, levando-os a responder de forma incorreta estas questões. As orientações de Case e Swanson<sup>8</sup> recomendam que assertivas com respostas verdadeiras ou falsas devem ter enunciados precisos para que os respondentes possam revelar com maior fidelidade o conhecimento que têm.

Curiosamente, cinquenta por cento dos participantes erraram a questão sobre antecedente de aborto (questão 08) como fator de risco para DMG, uma vez que esta é uma evidência sedimentada na literatura.<sup>13,14,15,16,17,18</sup> Com o objetivo de testar futuramente o conhecimento de médicos e enfermeiros que realizam pré-natal na atenção primária à saúde e propiciar estratégias

de melhoria na assistência, esta questão foi mantida no questionário CAP validado porque o que se espera é que os profissionais da saúde reconheçam todos os fatores de risco que indicam uma mulher com DMG, especialmente aqueles que são consenso na literatura científica.

O baixo índice de acerto nas duas questões sobre diagnóstico do DMG (questões 16 e 17) na parte dos casos clínicos demonstrou que o problema estava na construção das questões porque, segundo a análise crítica dos participantes, mais de uma alternativa poderia estar correta. De fato, eles não estavam errados se consideramos que ainda existe falta de consenso na literatura sobre diagnóstico de diabetes na gestação e uma diversidade de diretrizes vigentes.<sup>5,13,19</sup> As diferentes interpretações dos participantes podem ter ocorrido devido à utilização de protocolos não atualizados ou a decisão empírica por recomendações mais adaptadas à sua realidade. Entretanto, esta ocorrência pode resultar em desfechos maternos e fetais aquém do ideal no curso da gestação e do parto, uma vez que muitas gestantes deixam de ser diagnosticadas apropriadamente. A esse respeito, a FIGO<sup>3</sup> propõe uma recomendação para o Brasil, de diagnosticar 100% dos casos DMG mediante a realização de teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75g entre 24 e 28 semanas de gestação. Se utilizassem, por exemplo, glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de gestação, que foi o que os profissionais consideraram como outra alternativa correta na questão original, teríamos 86% de diagnósticos.

Após a definição pelos pesquisadores da utilização da FIGO<sup>3</sup> como referência para a confecção das questões e estabelecimento das respostas corretas, que na época constituía-se a evidência mais atualizada para abordar o DMG, foram publicadas 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<sup>2</sup>, as quais se basearam principalmente nas diretrizes da FIGO<sup>3</sup> utilizadas como referência para a construção do questionário objeto deste estudo. Essas novas diretrizes passaram a ser recomendadas na assistência pré-natal da atenção primária à saúde de todos os municípios brasileiros, o que reforçou a atualidade do questionário aqui proposto.

Baseada nas orientações da FIGO<sup>3</sup>, a Organização Pan-Americana da Saúde<sup>2</sup> argumenta que é possível escolher uma das estratégias propostas para o diagnóstico do DMG conforme viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região do Brasil, de modo a cobrir entre 86% e 100% da respectiva necessidade diagnóstica. Para as gestantes com GJ <92 mg/dL, dosada abaixo de 20 semanas de gestação, solicitar TOTG com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas para que se detecte 100% dos casos de DMG, caso haja recurso financeiro e disponibilidade técnica

para isso. Na ausência desses recursos, solicitar GJ entre 24 e 28 semanas como uma alternativa para se detectar 86% dos casos.

Neste sentido, no questionário CAP validado foi incluída, nos enunciados das questões 16 e 17, a descrição “disponibilidade técnica e recursos financeiros suficientes” para não haver possibilidade de dúvida quanto à alternativa correta.

Ainda na parte de conhecimentos sobre casos clínicos, a minoria acertou a questão 19 sobre cuidado no puerpério de mulheres que apresentaram DMG. Como ocorreu com as questões sobre diagnóstico, as diferentes diretrizes levaram os participantes à dúvida sobre o melhor teste diagnóstico para a reclassificação do diabetes após o parto.

Embora a GJ seja mais fácil de ser realizada no puerpério, ela é menos sensível para detectar outras formas de alteração do metabolismo da glicose, comparado ao TOTG, a exemplo da intolerância à glicose.<sup>1</sup> Na presença de recurso financeiro e disponibilidade técnica suficientes, recomenda-se realização do TOTG com 75g de glicose entre seis e doze semanas após o parto de mulheres que apresentaram DMG.<sup>2,3</sup> Desta forma, esta questão também foi modificada no questionário CAP validado com a inclusão da frase “disponibilidade técnica e recurso financeiro suficientes”, possibilitando a escolha da resposta correta.

A análise crítica dos participantes em relação à parte de conhecimentos apontou que havia necessidade de acrescentar questões sobre como deveria ser o acompanhamento periódico do pré-natal de mulheres com DMG (questão 19), a avaliação do crescimento e bem-estar fetal (questões 20 e 21), e a indicação de resolução da gestação (questão 22).

Apesar destas temáticas não terem sido apontadas pelos especialistas como relevantes para avaliar conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais em relação à assistência pré-natal de mulheres com DMG, optou-se por incluir essas questões de 19 a 22 devido à importância dada às mesmas pela literatura científica. Vale destacar que as estas questões não foram submetidas posteriormente aos participantes pela suspeita de que o fato deles não a terem notado como relevantes poderia enviesar a respectiva crítica.

Talvez, os especialistas que apontaram os focos de interesse para a elaboração das questões na primeira etapa deste estudo não consideraram esses pontos importantes porque não há um protocolo específico, nem mesmo da FIGO, para a monitorização clínica do DMG, baseado em evidência científica. Portanto, para a formulação dessas perguntas adicionais e seu acréscimo no questionário CAP validado levaram-se em consideração as diretrizes baseadas no boletim prático do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (*ACOG*).<sup>4</sup>

Na rotina de cuidado pré-natal, é recomendado incluir visitas de profissionais especializados em cuidados com mulheres com DMG (obstetra, perinatologista, diabetologista, educador de diabetes, nutricionista, etc.) a cada uma a três semanas. Em relação ao enfermeiro, a avaliação clínica dorisco gestacional deverá proceder a cada uma a duas semanas, conforme a necessidade.<sup>4</sup>

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 cardiocografia ou do perfil biofísico, ou a contagem dos movimentos fetais de acordo com os protocolos locais.<sup>4</sup>

A hiperglicemia materna e macrossomia estão associadas a um risco maior de morte fetal intrauterina e outros eventos adversos.<sup>20</sup> 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 robustas na medida do desejado sobre esta conduta. Uma gravidez com bom controle glicêmico e com peso fetal estimado apropriado para idade gestacional poderia ser mantida até 40 a 41 semanas de gestação. A resolução da gestação por parto eletivo por meio de cesariana pode ser oferecida quando a melhor estimativa de peso fetal exceder 4000g, uma vez que existe um risco significativamente maior de distócia de ombro em feto com peso ao nascer acima de 3750g.<sup>4</sup>

Na parte do questionário relativa às atitudes, a questão 22, quando foi testada, tinha no seu enunciado se seria papel do profissional da enfermagem realizar o diagnóstico do DMG, apresentando deste modo respostas com índice de discordância >50%. A proposta foi avaliar o papel de médicos e enfermeiros na solicitação de testes diagnósticos para DMG e não o papel deles no diagnóstico propriamente dito desta condição, demonstrando que o enunciado não ficou claro para os participantes; portanto, o mesmo foi reformulado no questionário final.

A respeito desta questão 22, sua manutenção ajustada se justifica pela importância de se avaliar o papel dos profissionais da atenção primária à saúde no diagnóstico do DMG. É esperado que não só os médicos, mas, também os enfermeiros envolvidos na assistência pré-natal realizem continuamente avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais para o reconhecimento de complicações advindas de uma gestação.<sup>5</sup>

Ainda nesta parte, os participantes se mostraram divergentes quanto ao papel da atenção primária à saúde no encaminhamento de mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade (questão 28). Metade respondeu que concordava parcialmente ou totalmente com esta conduta e outra metade discordou parcialmente ou totalmente.

Tal divergência de opinião pode ter sido devido às diretrizes da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, sobre a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco de que o pré-natal de gestantes de risco pode ser realizado na atenção primária à saúde quando houver equipe especializada ou matriciamento.<sup>21</sup>

Os participantes que responderam que concordavam com o encaminhamento destas gestantes para uma atenção à saúde de maior complexidade, provavelmente foram aqueles que não dispunham de matriciamento feito pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).<sup>22</sup> O fato é que a recomendação técnica determina que o pré-natal de gestantes com DMG seja acompanhado por equipe especializada ou mediante matriciamento pelos NASF.<sup>21,22</sup> Na ausência destes, resta o recurso ao nível secundário da atenção à saúde.<sup>5,13,19</sup>

Aqueles que responderam que discordavam desta conduta podem ter seguido as orientações do manual técnico de gestação de alto risco. Este manual define que, na maioria dos casos, a presença de um ou mais fatores de risco não indica imediatamente recursos propedêuticos com tecnologias mais avançadas do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco; embora demandem maior atenção da equipe de saúde, muitas vezes traduzidas por uma maior frequência de consultas e visitas domiciliares, ações educativas direcionadas à especificidade dos problemas e intervenções junto à família e à comunidade.<sup>5</sup>

Portanto, pessoas com DMG podem ser cuidadas na atenção primária à saúde, a depender da avaliação integral no momento do diagnóstico e da evolução clínica ao longo da gestação. Os fatores que podem determinar a manutenção de mulheres com DMG na atenção primária à saúde são o monitoramento do perfil glicêmico e a normalidade do teste da proteinúria; ganho ponderal esperado para idade gestacional de acordo com o índice de massa corporal; pressão arterial dentro da normalidade; e crescimento e bem-estar fetal favoráveis.<sup>4</sup> Além disso, observações da prática clínica mostram que muitas mulheres com DMG compensadas são mantidas na atenção primária à saúde devido à ausência ou insuficiência de uma rede de atenção à saúde de maior complexidade para o acompanhamento desses casos.<sup>5</sup>

Apesar da questão 28 ter sido elaborada a partir das recomendações da FIGO, referências nacionais<sup>5, 21,22</sup> auxiliaram no processo de validação da mesma, indicando a necessidade de sua manutenção no questionário CAP validado.

A análise crítica feita pelos participantes sugeriu acrescentar, na parte de atitudes do questionário, perguntas sobre o papel dos profissionais na solicitação de exames complementares para avaliar crescimento e bem-estar fetal (questões 32 e 33), e o papel da atenção primária à saúde no compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com profissionais de outras áreas da

saúde (questão 34). Assim, novas questões (questões 32 a 34) foram elaboradas para esta parte do questionário, dispensando-se a reavaliação das mesmas pelos participantes.

Na parte do questionário sobre práticas, as questões que apresentaram baixo índice de assertividade foram relativas à solicitação de GJ entre 24 e 28 semanas de gestação (questão 35), TOTG com 75g de glicose entre 24 e 28 semanas de gestação (questão 36) e encaminhamento de mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade (questão 38). Os motivos que justificaram as repostas dos participantes são os mesmos já discutidos. Nesse sentido, providenciou-se respectiva reformulação dessas perguntas no questionário final.

A análise crítica dos participantes sobre esta parte do questionário suscitou o acréscimo de questões versando, também, sobre solicitação de exames complementares para avaliar crescimento e bem-estar fetal (questões 45 e 46) e compartilhamento do cuidado com profissionais de outras áreas da saúde (questão 47). Assim sendo, estas questões (questões 45 a 47) foram incluídas no questionário CAP validado, todavia não foram reavaliadas pelos participantes.

## **5 CONCLUSÕES**

O DMG é uma prioridade em cuidado individual e coletivo de saúde devido à sua significativa dimensão clínica e epidemiológica. Ao mesmo tempo, passível de cuidado no ambiente da atenção primária à saúde. No entanto, esse cuidado convive com dificuldades derivadas da organização e funcionamento do modelo assistencial, de questões socioeconômicas e culturais, da ausência de linhas de cuidado efetivas, da falta de um protocolo clínico fundamentado em evidências científicas robustas, e do desconhecimento sobre a qualidade técnica do cuidado individual pela gestão dos serviços, entre outras.

Nesse conjunto de dificuldades relacionadas ao cuidado integral de pessoas com DMG, interessou-se pela descrição dos conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde a respeito do cuidado pré-natal que prestam a mulheres com esse agravo.

Na ausência de um instrumento específico para o levantamento dos dados necessários a essa descrição, decidiu-se criá-lo na forma de um questionário com perguntas significativas para um levantamento referenciado por critério. Supõe-se que este questionário seja útil para as etapas exploratórias do planejamento e da qualificação técnica do cuidado individual de pessoas com DMG orientado por atributos de competência.

O processo de construção do citado questionário baseou-se em uma metodologia específica contemplada pela literatura científica. Esta metodologia amplia a abordagem do questionário para além das questões teóricas relacionadas ao cuidado de pessoas com DMG. Assim, alcança aspectos

da realidade influentes sobre as respectivas atitudes e práticas dos profissionais, bem como da articulação que os sujeitos fazem entre esses aspectos e os conhecimentos técnicos que têm. Importante salvaguardar as limitações relacionadas à especificidade do domínio de abordagem e do referencial de correção.

Assim, produziu-se um questionário com perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde em relação ao cuidado de pessoas com DMG, segundo o que é esperado pela FIGO.<sup>3</sup> Também, sobre a vivência desses profissionais com esse tipo de cuidado e com a aplicação das recomendações no ambiente em que atuam e que influenciam suas práticas e atitudes.

Desse modo, reflexões relacionadas ao cotidiano real da assistência de saúde, à formação profissional e à disponibilidade de evidência científica, influentes sobre aspectos clínicos e epidemiológicos do DMG, ponderaram o processo de formulação de várias perguntas do questionário. Assim, inclui no levantamento dos conhecimentos, das atitudes e das práticas dos médicos e enfermeiros, questões relacionadas ao cuidado centrado na pessoa e a outros consensos e diretrizes não conflitantes com os da FIGO.<sup>3</sup>

O resultado final foi um questionário validado que, apesar da sua limitação em enxergar diretamente o cuidado individual por não ser um instrumento de observação participante nem de alcance longitudinal, pode servir ao levantamento da qualidade técnica da assistência prestada por médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde das gestantes com DMG. Além disso, contempla a adesão desses profissionais aos consensos e diretrizes disponíveis, especialmente o da FIGO<sup>3</sup>; conseqüentemente pode ser útil ao planejamento de estratégias de educação profissional, à elaboração e atualização de protocolos clínicos e aos objetivos de pesquisa ligados ao tema do DMG.

Uma crítica cabível ao produto aqui apresentado diz respeito à falta de uma quinta etapa para reavaliação de 10 novas questões formuladas posteriormente à revisão feita pelos participantes na terceira etapa, ainda que as mesmas tenham sido acrescentadas com base em avaliação prévia feita por eles e na literatura.

Considerando que o questionário é de caráter qualitativo, o mesmo não pretende dimensionar a proporção de erros e acertos dos respondentes mediante escores. Portanto, sua aplicação deverá considerar se os conhecimentos, atitudes e práticas dos respondentes estão ou não satisfatórios em relação ao desejado para o serviço que o utilizar, segundo critérios do próprio serviço. Isso significa que a interpretação do mesmo, depois de aplicado, deve ter caráter formativo

e propósito longitudinal relacionado à qualificação da atenção ao DMG prestada por médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Practice Bulletin n. 190: Gestational diabetes mellitus. *ObstetGynecol.* 2018; 131:e49-e64. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002501
2. OPAS (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: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>> Acesso em 18 jun. 2020.
3. Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, Roura C, McIntyre HD, Morris JL, Divakar H. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynecol Obstet.* 2015; 131:173-211. DOI: 10.1016/S0020-7292(15)30033-3
4. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin n. 137: Gestational diabetes mellitus. *ObstetGynecol.* 2013; 122(2):406-16. DOI: 10.1097/01.AOG.0000433006.09219.f1
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 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 18 Jun. 2020.
6. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination.* 2004; 4; (1): 7-9. Disponível em: <[http://v2020eresource.org/content/files/guideline\\_kap\\_Jan\\_mar04.pdf](http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf)> Acesso 18 Jun. 2020.
7. Ferreira Jr. S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(1): 100-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100010>
8. Case SM, Swanson DB. Constructing written test questions for the basic and clinical sciences. National Board of Medical Examiners(3rd ed.). Philadelphia, PA: 2002. Disponível em: <<http://www.nbme.org/publications/item-writing-manual.html>> Acesso em 18 jun. 2020.
9. Alexandre JWC, Andrade DF, Vasconcelos AP, Araújo MAS, Batista MJ. 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, 21 a 24 de out de 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 18 Jun. 2020.
10. Miranda Jr UJP, Tatsch JFS, Braga CS, Spengler Jr SL, Novaes MRCG. Avaliação Critério-Referenciada em Medicina e Enfermagem: Diferentes Concepções de Docentes e Estudantes de uma Escola Pública de Saúde de Brasília, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica.* [online]. 2018;42(3):67-77. ISSN 1981-5271. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170083.r1>

11. Chirelli MQ, Nassif JV. Avaliação critério-referenciada: acompanhamento do estudante no currículo orientado por competência. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP). 2019;7(14): 169-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2019.v.7.n.14.264>
12. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o Conceito de Competência. *RAC, Edição Especial*. 200;183-196. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>> Acesso em 17 jun. 2020.
13. FEBRASCO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). Manual de orientação de gestação de alto risco. Rio de Janeiro (RJ): FEBRASGO; 2011. Disponível em: [https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/gestacao\\_alto-risco\\_30-08.pdf](https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/gestacao_alto-risco_30-08.pdf)> Acesso em 18 jun. 2020.
14. Negrato CA, Montenegro Júnior RM, Mattar R, Zajdenverg L, Francisco RPV, Pereira BG, Sancovski M, Torloni MR, Dib AS, Viggiano CE, Golbert A, Moisés ECD, Favaro MI, Calderon IMP, Fusaro S, Piliakas VDD, Dias JPL, Gomes MB, Jovanovic L. Dysglycemias in pregnancy: from diagnosis to treatment. Brazilian consensus statement. *Diabetology&MetabolicSyndrome*. 2010; 2(27):1-14. Disponível em: <<https://dmsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1758-5996-2-27>> Acesso em 18 Jun. 2020.
15. SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). Epidemiologia e impacto global do diabetes mellitus. In: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017. p. 12-18. Vários autores. Vários coordenadores. ISBN: 978-85-93746-02-4. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso 18 Jun. 2020.
16. ADA (American Diabetes Association). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl. 1):S13–S27. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>
17. Metzger BE, Gabbe SG, Person B, Lowe LP, Dyer AR, Oats JJN, Buchanan TA. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care*. 2010; 33(3):676-82. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc09-1848>
18. Dickens LT, Thomas CC. Updates in Gestational Diabetes Prevalence, Treatment, and Health Policy. *CurrDiab Rep*. 2019; 19(6):33. DOI: 10.1007/s11892-019-1147-0
19. Secretaria Estadual de Saúde Estado de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Calife K, Lago T, Lavras, C. (Orgs.). Atenção à gestante e à puérpera no SUS. SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: 2010; 234. Disponível em: <<https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>> Acesso 18 Jun. 2020.

20. Carreiro MP, Nogueira AI, Ribeiro-Oliveira A. Controversies and Advances in Gestational Diabetes - An Update in the Era of Continuous Glucose Monitoring. *J Clin Med.* 2018; 7(2). DOI: 10.3390/jcm7020011

21. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)> Acesso 18 Jun. 2020.

22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Primária   Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Primária   Saúde, n. 27. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 152p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)> Acesso 18 Jun. 2020.