

# ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM RELAÇÃO AO CUIDADO DE MULHERES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

## ATTITUDES AND PRACTICES OF PRIMARY CARE PHYSICIANS AND NURSES REGARDING THE CARE OF WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Ingrid Silva Reis Goveia<sup>1</sup>

Lucia Helena Almeida Gratão<sup>2</sup>

Liz Freire Cavalcante<sup>3</sup>

**Resumo:** O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) constitui uma das intercorrências mais frequentes na gestação, sendo caracterizado pela ocorrência de hiperglicemia identificada pela primeira vez durante a gravidez, sobretudo no segundo e terceiro trimestres. Nesse contexto, a assistência pré-natal qualificada e resolutiva, prestada por enfermeiros e médicos, por meio de atitudes e práticas adequadas, é fundamental para a promoção de uma maternidade segura e para a prevenção de complicações materno-fetais. Este estudo teve como objetivo analisar as atitudes e práticas de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) no Território Xerente, no município de Palmas, Tocantins, em relação à assistência prestada às gestantes com DMG. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação de questionário semiestruturado contendo questões abertas e fechadas. Os resultados evidenciaram que as atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros foram consideradas satisfatórias. Entretanto, foram identificadas fragilidades relacionadas a aspectos complexos da gestão em saúde, às condições socioeconômicas das gestantes e ao interesse individual no seguimento das orientações e do tratamento proposto. Conclui-se que o fortalecimento da gestão e das estratégias educativas pode contribuir para a melhoria da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Atitudes e Práticas; Diabetes Mellitus Gestacional; Pré-Natal.

**Abstract:** Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is one of the most frequent complications in pregnancy, characterized by the occurrence of hyperglycemia identified for the first time during pregnancy, especially in the second and third trimesters. In this con-

1 Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA -2024). Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Palmas (FAPAL - 2021) e Tecnóloga em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins (IFTO - 2017) E-mail: [ingridsgoveia@gmail.com](mailto:ingridsgoveia@gmail.com); Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1403298368828934>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3397-1335>.

2 Doutora em Ciências da Saúde: saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). E-mail: [luciagratao@gmail.com](mailto:luciagratao@gmail.com); Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1633980868639002>; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5817-5784>.

3 Mestre em Enfermagem - Universidade Estadual Paulista (UNESP - 2023). Pós-graduada em Gestão de Preceptorias pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (2023). Pós-Graduada em Gestão de Políticas Informadas por Evidência pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (2020). Pós-graduada em saúde pública pela Universidade Federal do Tocantins (2018). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (2014). E-mail: [lizfreire@gmail.com](mailto:lizfreire@gmail.com). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6236955949848235> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8550-7131>.

text, qualified and effective prenatal care, provided by nurses and physicians through appropriate attitudes and practices, is fundamental for promoting safe motherhood and preventing maternal-fetal complications. This study aimed to analyze the attitudes and practices of nurses and physicians in Primary Health Care (PHC) in the Xerente Territory, in the municipality of Palmas, Tocantins, regarding the care provided to pregnant women with GDM. This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, conducted using a semi-structured questionnaire comprising open and closed questions. The results showed that the physicians and nurses' attitudes and practices were considered satisfactory. However, weaknesses were identified in complex aspects of health management, the socioeconomic conditions of pregnant women, and individual interest in following the guidelines and the proposed treatment. It is concluded that strengthening management and educational strategies can improve the care provided.

**Keywords:** Attitudes and Practices; Gestational Diabetes Mellitus; Prenatal Care.

## Introdução

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como uma condição na qual a mulher desenvolve hiperglicemia pela primeira vez durante a gravidez, principalmente no segundo e no terceiro trimestre, e não atende aos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para diabetes no estado não gravídico (IDF, 2021).

Já o Diabetes Mellitus (DM) diagnosticado na gestação (overt diabetes), diferente da DMG, é definida quando a mulher, sem diagnóstico prévio de DM, apresenta hiperglicemia detectada na gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para a DM fora da gestação (SBD, 2019).

Durante o período gravídico, a mulher apresenta, como resposta fisiológica, resistência à insulina. Esse fator pode contribuir para o desenvolvimento da DMG devido à mudança no mecanismo de controle glicêmico, decorrente do consumo de glicose pelo embrião e pelo feto. Além disso, alguns hormônios produzidos pela placenta e outros aumentados em decorrência da gestação, tais como lactogênio placentário, cortisol e prolactina, podem reduzir a ação da insulina sobre seus receptores e, conseqüentemente, aumentar a produção de insulina nas gestantes saudáveis. Esse mecanismo, entretanto, pode não ser observado em gestantes que já estejam com a capacidade de produção de insulina no limite. Essas mulheres apresentam aumento insuficiente da produção de insulina e, assim, podem desenvolver diabetes durante a gestação (Martins e Brati, 2021).

Na primeira consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre) na Unidade de Saúde da Família (USF), entre os exames laboratoriais do 1º trimestre, deve-se solicitar glicemia de jejum, com o principal objetivo de detectar o diabetes pré-existente (overt diabetes). Se o valor encontrado for maior ou igual a 126 mg/dL, será considerado DM diagnosticado na gestação. Se a glicemia em jejum for maior ou igual a 92 mg/dL e menor que 126 mg/dL, será considerado DMG (SBD, 2019).

A hiperglicemia materna no Brasil é uma das condições mais comuns na gravidez; estima-se que cerca de 400 mil mulheres tenham hiperglicemia na gestação e que 18% das mulheres grávidas assistidas

no Sistema Único de Saúde (SUS) atinjam os critérios diagnósticos atuais de DMG. Os fatores de risco que mais se destacam são: obesidade, idade materna superior a 25 anos, história familiar e/ou pessoal positiva, gemelidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrossomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros (Brasil, 2022).

No Brasil, destacam-se as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019 – 2022), as quais abordam os Cuidados Obstétricos em Diabetes Mellitus Gestacional e o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde que propõe como os profissionais de saúde deveriam dar assistência no pré-natal das gestantes de alto risco e durante o puerpério, os documentos contêm ainda os protocolos de diagnóstico e conduta de diversas condições de saúde, além da DMG.

Em 2012, foi instituído o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense, sendo o único protocolo que trata sobre o pré-natal, parto e puerpério no estado do Tocantins; o mesmo preconiza que confirmado o diagnóstico de DMG, compete às USF registrar os resultados dos exames no prontuário e no cartão da gestante; encaminhar ao serviço de referência para pré-natal de alto risco; monitorar quanto ao tratamento e à participação nas consultas de pré-natal; fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal de alto risco (Tocantins, 2012).

E em 2023, em busca de uma assistência qualificada com impacto na redução da morbimortalidade durante a gestação, parto e puerpério e no fortalecimento da assistência ao pré-natal na Atenção Básica do município de Palmas-TO, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas, através da Superintendência de Atenção primária e Vigilância em Saúde (SUPAVS/SEMUS/TO) instituiu o Protocolo de Assistência ao Pré-Natal no município de Palmas-TO, que preconiza que as gestantes que forem diagnosticadas com DMG, devem ser encaminhadas para avaliação e conduta do pré-natal de Alto Risco, as quais devem ser reguladas via SISREG. Sendo assim, um pré-natal acompanhado na Atenção Primária por equipe multiprofissional, juntamente com a equipe de Alto Risco (Palmas, 2023).

Portanto, o conhecimento no atendimento inicial à gestante com DMG é crucial, constituindo um conjunto de informações pertinentes, já estabelecidas e integradas por toda a rede de assistência e por outros níveis de atenção, o que permite reduzir seus riscos. O rastreio adequado para DM durante a gestação pode evitar que esta condição cause danos ao binômio.

Realizar o estudo das atitudes e práticas é uma forma de identificar discrepâncias que podem prejudicar o cuidado à gestante, além de possibilitar a adoção de medidas adequadas para melhorar o atendimento. Sob esse ponto de vista, ao analisar as atitudes e práticas, avaliam-se as habilidades.

Diante desse contexto, questiona-se se o nível de atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos que realizam assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) é suficiente para o atendimento a mulheres com DMG. O objetivo deste estudo foi analisar as atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos na APS no Território Xerente do Município de Palmas-TO, em relação à assistência a gestantes com DMG.

## Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, que utiliza o questionário CAP (conhecimento, atitudes e práticas) autoaplicável de Rezende (2018).

O estudo foi desenvolvido no município de Palmas-TO, nas quatro USF do Território Xerente (USF Liberdade, USF Laurides Lima Milhomem, USF Taquari e USF José Lúcio de Carvalho), território com população estimada em 37.203 habitantes.

A população da pesquisa foi composta por enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família que atuam diretamente no atendimento no pré-natal às gestantes no território Xerente. A escolha dessa população justifica-se pelo caráter multiprofissional do cuidado, prestado tanto por médicos quanto por enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2024. Para tanto, foi aplicado o instrumento adaptado de Rezende (2018) que avalia conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção

básica em relação ao cuidado de mulheres com DMG. O instrumento contém 31 questões, sendo 3 abertas e 28 fechadas, dividido em 04 (quatro) partes sendo:

Parte I - Caracterização demográfica, formação e experiência profissional: foi composta por questões relativas à identificação, à formação acadêmica, à formação complementar (titulações) e à experiência profissional. Para a elaboração do presente estudo, o questionário de Rezende (2018) foi adaptado às características da amostra.

Parte II – Atitudes: foi composta por afirmativas desenvolvidas em uma escala Likert de 4 pontos. Esse tipo de escala possui características psicométricas e é utilizada em questionários para obter as preferências ou o grau de concordância dos sujeitos diante de um enunciado que exprime algo favorável ou desfavorável em relação a um tema (Rezende, 2018). Diante de cada assertiva, solicitou-se que o profissional assinalasse a opção que correspondia à sua opinião, com as seguintes opções: discordo totalmente, discordo parcialmente, concordo parcialmente e concordo totalmente.

Parte III – Práticas: consistiu por afirmativas em escala Likert de 4 pontos. Foi solicitado que o profissional escolhesse a assertiva que melhor se aproxima da frequência com que realiza determinada ação em sua prática: nunca, raramente, frequentemente ou sempre (Aquilante et al., 2012).

Parte IV – consistiu em uma questão aberta sobre as dificuldades que médicos e enfermeiros enfrentam na assistência a mulheres com DMG.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, o questionário foi aplicado integralmente a todos os profissionais das USF participantes. Foram excluídos do estudo 2 médicos e 1 enfermeiro que estavam de férias no período de coleta de dados, e 1 médico que não dispunha de tempo nem de disponibilidade para responder ao questionário. Sendo assim, participaram deste estudo 20 profissionais. Para manter os aspectos éticos íntegros, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes, bem como foi assinado. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Escola da Saúde Pública de Palmas–TO (FESP), sob o parecer nº 6.511.684.

Os dados foram tabulados em tabelas no Microsoft Office Excel 2016 para Windows. Para os dados obtidos da caracterização sociodemográfica (Parte I), foi realizada uma análise descritiva, com valores médios, mínimos e máximos para a idade e frequências absolutas e relativas para o restante das variáveis.

Quanto às respostas das Atitudes e Práticas (Parte II e Parte III), a utilização de uma escala Likert de quatro pontos permitiu realizar análises numéricas das pontuações atribuídas pelos respondentes. Para o cálculo do total de acertos dos profissionais, considerando as atitudes e práticas positivas, foi realizada análise descritiva com frequências absolutas e relativas de cada categoria. As respostas da questão aberta foram categorizadas e encaminhadas para análise descritiva, na qual foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

## Resultados e Discussão

A caracterização sociodemográfica dos participantes é apresentada nas tabelas 1 e 2. A média de idade dos participantes foi de 31,7 anos, com variação de 23 a 52 anos. Foram entrevistados 20 participantes, sendo 17 (85%) do gênero feminino e 3 (15%) do gênero masculino; deste total, 11 eram enfermeiros (55%) e 9 médicos (45%).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra estudada

IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Idade		
Média	31,7 anos	
Variação	23 – 52 anos	
Gênero		
Feminino	17	85,0
Masculino	3	15,0
Profissão		
Médico	9	45,0
Enfermeiro	11	55,0
Tempo de conclusão da graduação		
< 1 ano	5	25,0
1 a 5 anos	9	45,0
6 a 10 anos	5	25,0
>10 anos	1	5,0
Formação Complementar		
Sim	7	35,0
Não	13	65,0
Tempo de atuação na atenção básica		
< 1 ano	12	60,0
1 a 5 anos	6	30,0
6 a 10 anos	1	5,0
>10 anos	1	5,0

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2024

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

Considerando o tempo de formação, temos uma diferença significativa entre os profissionais. Podemos observar que 89% dos médicos entrevistados se formaram há menos de dois anos, o que pode impactar diretamente a formação complementar dos participantes, pois nenhum médico entrevistado possuía formação complementar.

Quanto ao tipo de especialização, 35% dos participantes realizaram algum tipo, dos quais 3 realizaram mais de um. Do total das especializações, um (5%) fez auditoria, um (5%) fez saúde coletiva, um (5%) fez Nefrologia / UTI Pediátrica e Neonatal, um (5%) fez Enfermagem Obstétrica / Centro Cirúrgico, dois (10%) fizeram urgência e emergência e um (5%) fez Nefrologia / Estética e Dermatologia. Todos os participantes que realizaram algum tipo de formação complementar são enfermeiros, e nenhum deles fez residência, mestrado ou doutorado.

Em relação ao tempo de atuação na APS, doze participantes (60%) trabalhavam há menos de um ano, o que indica que a maioria dos profissionais da atenção primária tem pouca experiência na assistência pré-natal a mulheres com DMG.

**Tabela 2.** Vínculo empregatício dos participantes

VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM O SUS	N	%
Bolsista	8	40,0
Contrato temporário prestação de serviço	5	25,0
Pessoa Jurídica	7	35,0
Servidor público estatutário	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2024

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

Todos os participantes possuíam contrato municipal. Quanto ao vínculo empregatício com o SUS, oito (40%) eram bolsistas, sete (35%) eram prestadores de serviço – Pessoa Jurídica, cinco (25%) eram contratados e nenhum dos participantes era concursado.

Os participantes desta pesquisa que relataram ser bolsistas fazem parte do Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para todos”, instituído em 2016. Esses desenvolvem atividades docente-assistenciais aplicadas à pesquisa operacional de campo nos territórios de vulnerabilidade social, às quais recebem uma bolsa de desenvolvimento científico aplicado à saúde (Palmas, 2016).

Já os médicos, em particular, têm preferido o vínculo empregatício por meio de pessoa jurídica constituída para esse fim, em substituição a uma relação formal de emprego.

**Tabela 3.** Frequência absoluta e relativa de atitudes positivas e negativas

QUESTÕES	N	%
09. É papel do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) da atenção básica realizar o acompanhamento pré-natal de mulheres com DMG		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
10. É papel do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) da atenção básica investigar os fatores de risco das gestantes para DMG.		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
11. É papel do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) da atenção básica solicitar exames laboratoriais na rotina pré-natal para diagnóstico do DMG		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
12. É papel do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) da atenção básica orientar dieta adequada e atividade física para mulheres com DMG.		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
13. É papel do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) da atenção básica orientar mulheres com DMG quanto a realização do perfil glicêmico.		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
14. É papel do (a) enfermeiro (a) da atenção básica solicitar periodicamente exames complementares para avaliação do crescimento e bem-estar fetal.		
Atitudes Positivas	17	85,0

QUESTÕES	N	%
Atitudes Negativas	3	15,0
15. É papel do (a) médico (a) da atenção básica solicitar periodicamente exames complementares para avaliação do crescimento e bem-estar fetal		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
16. É papel da atenção básica realizar o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
17. É papel da atenção básica encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade.		
Atitudes Positivas	3	15,0
Atitudes Negativas	17	85,0
18. 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		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0
19. É papel do (a) médico (a) e do (a) enfermeiro (a) realizar a assistência puerperal das mulheres que tiveram DMG.		
Atitudes Positivas	20	100,0
Atitudes Negativas	0	0,0

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2024

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

Quase a totalidade dos participantes apresentou atitudes positivas em relação às questões testadas nesta parte do questionário. Na questão 14, 15% dos profissionais apresentaram atitudes negativas, discordando do papel da enfermagem na APS de solicitar exames complementares para a avaliação do crescimento e do bem-estar fetal. No entanto, a Resolução do COFEN nº 195/1997 estabelece que o enfermeiro deve solicitar exames de rotina e complementares para uma assistência efetiva ao paciente, sem risco para o paciente, considerando o programa do Ministério da Saúde “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)”.

A questão 17 apresentou baixo índice de acertos: dezessete (85%) dos profissionais tiveram atitudes negativas, concordando totalmente ou parcialmente que é papel da APS encaminhar mulheres com DMG compensadas para uma atenção à saúde de maior complexidade, e apenas 3 (15%) dos profissionais discordaram totalmente ou parcialmente. Pode-se considerar que a falta de profissionais de saúde da equipe multiprofissional, com especificidades para compartilhar o cuidado de mulheres com DMG, dificulta a permanência dessas gestantes na APS. Também, devido ao Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense (2012), afirma-se que, após o diagnóstico de DMG, compete à APS encaminhar ao serviço de referência para pré-natal de alto risco.

Porém, em 2021, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, reuniu especialistas que são consultores da Organização e assessores técnicos do Ministério da Saúde e apresentou as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil conforme a viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região do nosso país, afirmando que a grande maioria das mulheres com DMG atingem controle adequado de sua glicemia com terapia nutricional e

exercício, e o acompanhamento do pré-natal delas poderá ser realizado em serviços de APS – Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Protocolo de assistência ao pré-natal municipal de Palmas–TO, publicado em 2023, ressalta que é papel da APS compartilhar o cuidado da gestante com glicemia em jejum entre 92 e 125 mg/dL, com diagnóstico prévio de diabetes mellitus, com a equipe de saúde de alta complexidade. Mas se a glicemia em jejum estiver entre 92 e 125 mg/dL, sem diagnóstico prévio à gestação, somente será compartilhado o cuidado com a equipe de saúde de alta complexidade se houver uso de insulina, ou seja, gestante descompensada.

Logo, a DMG é uma condição que pode ser controlada na APS, dependendo da avaliação do binômio no momento do diagnóstico e ao longo da gestação. Os fatores que determinam a continuidade do cuidado das mulheres com diabetes gestacional na APS são: tratamento não farmacológico, ausência de comorbidades, controle metabólico adequado, crescimento fetal e volume de líquido amniótico adequados, além do compartilhamento com a equipe multiprofissional (Brasil, 2021).

**Tabela 4.** Frequência absoluta e relativa de práticas positivas e negativas

QUESTÕES	N	%
20. Investigo nas consultas de pré-natal os fatores de risco para DMG		
Práticas Positivas	20	100,0
Práticas Negativas	0	0,0
21. Solicito glicemia de jejum para as gestantes no início do pré-natal.		
Práticas Positivas	20	100,0
Práticas Negativas	0	0,0
22. Solicito TOTG para as gestantes no início do pré-natal.		
Práticas Positivas	14	70,0
Práticas Negativas	6	30,0
23. Solicito glicemia de jejum para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.		
Práticas Positivas	6	30,0
Práticas Negativas	14	70,0
24. Solicito TOTG para as gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação.		
Práticas Positivas	20	100,0
Práticas Negativas	0	0,0
25. Oriento dieta adequada baseada no IMC e atividade física para mulheres com DMG.		
Práticas Positivas	17	85,0
Práticas Negativas	3	15,0
26. Oriento a realização do perfil glicêmico para mulheres com DMG		
Práticas Positivas	19	95,0
Práticas Negativas	1	5,0
27. Solicito periodicamente ultrassonografia para mulheres com DMG, a fim de avaliar o crescimento fetal.		
Práticas Positivas	19	95,0
Práticas Negativas	1	5,0
28. Realizo o compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc.		

QUESTÕES	N	%
Práticas Positivas	16	80,0
Práticas Negativas	4	20,0
29. Encaminhamento mulheres com DMG compensadas para atenção à saúde de maior complexidade.		
Práticas Positivas	2	10,0
Práticas Negativas	18	90,0
30. Solicito TOTG na consulta do puerpério para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG.		
Práticas Positivas	15	75,0
Práticas Negativas	5	25,0

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2024

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

A referida tabela expõe as práticas dos profissionais na APS, nas quais foram testadas 11 questões. Todos os profissionais participantes (100%) investigam, nas consultas de pré-natal, os fatores de risco para DMG, solicitam glicemia de jejum às gestantes no início do pré-natal e solicitam o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas de gestação.

Na questão 22, 6 (30%) participantes relataram práticas negativas em relação à solicitação de TOTG para gestantes no início do pré-natal, pois não há protocolos nacionais vigentes que orientem essa prática.

Quanto à questão 23, 70% dos participantes responderam que solicitam glicemia de jejum para gestantes entre 24 e 28 semanas de gestação, enquanto 30% não solicitam. As respostas dos participantes provavelmente se basearam no Manual Técnico de alto risco (Brasil, 2022), no qual, na impossibilidade de realização do TOTG-75g, diante de recursos escassos, pode-se repetir a glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas, mantendo os mesmos valores de referência usados no 1º trimestre. Vale ressaltar que todas as gestantes do SUS têm acesso a um laboratório para a realização de exames comuns e complementares. Logo, esta prática é considerada negativa, por existirem protocolos nacionais vigentes, incluindo o Manual técnico de alto risco, as diretrizes do rastreamento e diagnóstico do DMG no Brasil e o protocolo de assistência ao pré-natal de Palmas-TO, que afirmam que, para pacientes cuja glicemia apresentar valores <92 mg/dl, deverá ser realizado TOTG com 75g, entre 24 e 28 semanas, com avaliação da GJ, G1h e G2h.

Em relação à questão 25, 85% dos participantes responderam que frequentemente ou sempre orientam dieta adequada, baseada no IMC, e atividade física para mulheres com DMG, e os outros 15% raramente ou nunca. O Manual Técnico de Alto Risco (2022) traz que cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de DMG conseguirão controlar os seus níveis glicêmicos com essas medidas e as recomendações nutricionais básicas podem ser fornecidas pela equipe assistencial, caso não haja na APS nutricionista e educador físico.

Esse resultado pode estar relacionado ao compartilhamento do cuidado de mulheres com DMG com nutricionista, endocrinologista, educador físico, psicólogo, etc., visto que 16 (80%) dos participantes responderam que frequentemente ou sempre praticam tal compartilhamento, mas isso não impede que nas consultas assistenciais de pré-natal possam fazer recomendações básicas quanto à alimentação e à atividade física.

Dezenove participantes (95%) orientam a realização do perfil glicêmico para mulheres com DMG e solicitam, periodicamente, ultrassonografia para avaliação do bem-estar e do crescimento fetal.

Solicitar regularmente a realização de ultrassonografia em mulheres com DMG visa avaliar a saúde do feto ao longo dos diferentes trimestres de gestação. No segundo trimestre, é importante avaliar a estrutura fetal, enquanto, no terceiro trimestre, é fundamental monitorar o crescimento e o bem-estar fetal. Nas pacientes com DMG, é necessário antecipar os testes de avaliação do bem-estar fetal e realizá-los com intervalos menores, devido ao maior risco de morte fetal associado à hiperglicemia materna e a

complicações vasculares na gravidez (Golbert et al. 2020).

As respostas dos participantes em relação à questão 29 não diferem das respostas deles na seção Atitudes, e houve semelhança na proporção de práticas positivas e negativas quanto ao encaminhamento de mulheres com DMG compensadas por um serviço de saúde de maior complexidade.

Quanto à questão 30, 15 participantes (75%) solicitam TOTG na consulta do puerpério para reclassificação do diabetes após o parto das mulheres que tiveram DMG, e 5 participantes (25%) responderam que nunca ou raramente solicitam. Durante a aplicação do questionário, relataram que poucas mulheres retornam à consulta puerperal na APS e que outros nunca prestaram assistência puerperal devido ao pouco tempo de atuação, o que impossibilita a execução dessa prática.

Como pode ser observado na Tabela 5, a dificuldade mais relatada pelos participantes diz respeito à baixa adesão das gestantes em seguir hábitos saudáveis (nutricionais e de atividade física), dificultando o bom controle glicêmico.

**Tabela 5.** Frequência absoluta e relativa em relação às dificuldades na assistência pré-natal de mulheres com DMG

Dificuldades na assistência de pré-natal	N	%
Baixa adesão na realização do perfil glicêmico; Falta de contrarreferência no Hospital e Maternidade Dona Regina; Retorno para consulta de puerpério	1	5
Demora na regulação com equipe multiprofissional; condições financeiras das gestantes; frequência nas consultas de Pré-Natal agendadas; não oferta de glicosímetros e fitas e regulação da atenção à saúde de maior complexidade.	2	10,0
Aceitação da patologia	3	15,0
Falta da equipe multiprofissional	4	20,0
Demora na realização de exames de análises clínicas e imagens	5	25,0
Seguir hábitos saudáveis	7	35,0

**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2024

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

A demora na realização de exames de análises clínicas e de imagem foi relatada por 5 participantes (25%). Quatro (20%) dos participantes relataram a falta de uma equipe multiprofissional na atenção primária. Sendo que a equipe multiprofissional desempenha um papel de matriciamento na ESF, devendo participar ativamente do pré-natal (Palmas, 2023).

Outra dificuldade apontada é a aceitação da condição por parte das gestantes e de seus familiares, talvez pelo fato de não compreenderem os riscos da doença e suas particularidades durante o período gravídico.

Baixa adesão à realização do perfil glicêmico; falta de contrarreferência no Hospital e Maternidade Dona Regina - HMDR; retorno na consulta de puerpério; demora na regulação com a equipe multiprofissional; condições financeiras das gestantes; frequência nas consultas de Pré-Natal agendadas; não oferta de glicosímetros e fitas; e regulação da atenção à saúde de maior complexidade são outras dificuldades relatadas durante a pesquisa.

A condição financeira da gestante acarreta outras dificuldades, visto que, a depender das condições financeiras, provavelmente não terá uma alimentação adequada e, com a falta de glicosímetros na APS, também não terá condições de adquiri-los por meio privado, o que impede a realização do perfil glicêmico.

## Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram identificar que as atitudes e práticas de médicos e enfermeiros atuantes na assistência pré-natal a mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), no território Xerente, foram predominantemente positivas, apesar das fragilidades encontradas.

Entre as limitações encontradas em relação às atitudes e práticas, é importante destacar que as atitudes negativas em relação ao encaminhamento de gestantes com DMG para níveis de atenção à saúde de maior complexidade podem ser causadas pela falta de profissionais especializados na atenção primária, principalmente nutricionistas e profissionais de educação física, o que dificulta a permanência dessas gestantes na APS e, mesmo quando compensadas, o encaminhamento para o pré-natal de alto risco.

É importante ponderar se a racionalização do uso de ultrassonografia durante a gestação poderia impedir que mulheres com DMG compensadas e sem outras condições associadas fossem encaminhadas para o pré-natal de alta complexidade. Além disso, é imprescindível repensar, na gestão da saúde, a inclusão de outros tipos de ultrassom na assistência pré-natal na APS, não apenas o obstétrico simples, mas também o ultrassom morfológico.

Pode-se observar que as dificuldades dos médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária, em relação à DMG, são complexas e envolvem diretamente questões de gestão, além de estarem relacionadas às condições financeiras e adesão das gestantes ao tratamento e às orientações propostas.

Por fim, a assistência às mulheres com DMG na atenção primária requer uma visão abrangente, envolvendo gestores, médicos e enfermeiros. Para melhorar as práticas e atitudes, é crucial investir em qualificação contínua, garantir recursos adequados, promover a colaboração multidisciplinar e criar sistemas de monitoramento eficazes. Reconhecer o impacto psicológico e emocional e oferecer suporte aos profissionais é essencial. A promoção da educação das gestantes e a busca por inovações contribuem para uma assistência mais eficiente. Em suma, uma abordagem integrada e centrada na qualidade é essencial para otimizar o cuidado do DMG na atenção primária.

## 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. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/651426/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_obstetricos\\_diabetes\\_gestacional\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_obstetricos_diabetes_gestacional_brasil.pdf) ISBN 978-65-5993-130-9. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução n. 195, de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Rio de Janeiro: COFEN; 1997. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1951997/>. Acesso em: 06 jan. 2024.

GOLBERT, A. et al. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes. Clannad. p. 491, 2019-2020. Disponível em: <https://diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES- COMPLETA2019-2020.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2024.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2021. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf). Acesso em: 05 set. 2022.

MARTINS, A. M.; BRATI, L. P. Tratamento para o diabetes mellitus gestacional: uma revisão de literatura. Feminina. Artigo de revisão. 1. Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil. 2020. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224096/femina-2021-494-p251-256-tratamento-parao-diabetes-mellitus-g\\_OVEyeFi.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224096/femina-2021-494-p251-256-tratamento-parao-diabetes-mellitus-g_OVEyeFi.pdf). Acesso em: 08 set. 2022.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. PORTARIA CONJUNTA INST SEMUS/FESP Nº 12, DE 24 DE JUNHO DE 2016. Institui o Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para Todos” e dá outras providências. 1. ed. Diário Oficial do Município de Palmas. Ano VII Nº 1.533. pg. 10, 28 de junho de 2016.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal – Município de Palmas/TO. Coordenação Técnica – Ciclos de Vida. 1. ed. SEMUS/PALMAS/TO, 2023. 143p.

REZENDE, A. A. O. 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. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10566>. Acesso em: 01 set. 2022.

SILVA, M. A.; ALMEIDA, P. S.; COSTA, J. Proposta de Projeto Gráfico para a Revista “Desafios”: um modelo de formatação em Microsoft Word. Desafios. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins. Palmas, v. 4, n. 1, p. 19-29, 2023. DOI: <https://doi.org/00.00000/ama.v4i3.168715>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2019-2020. Copyright © 2019 by. Clannad editora científica. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes- Sociedade-Brasileira-de- Diabetes-2019-2020.pdf> . Acesso em: 08 set. 2022.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-natal e Puerpério. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 169p.

Recebido em 23 de fevereiro de 2025

Aceito em 06 de abril de 2026