

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i66p6335-6348>

# Perfil de mulheres acometidas pelo diabetes mellitus gestacional com insulinoterapia em uma maternidade federal

Profile of women affected by diabetes mellitus gestacional with insulinotherapy in a federal maternity

Perfil de mujeres afectadas por diabetes mellitus gestacional con insulinoterapia en una maternidad federal

## RESUMO

Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres, na presença do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) em uso de insulina, em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Método: Estudo descritivo, quantitativo, transversal e documental, constituído de 126 prontuários. A coleta de dados foi realizada de março a outubro de 2020. Resultados: A amostra teve maior percentual (57,94%) do DMG com necessidade de uso de insulina em mulheres jovens, não tabagistas (94,44%), nem etilistas (92,06%), sedentárias (84,92%), obesas (65,85%), múltiparas (75,40%), com número mínimo de 6 consultas de pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde e, cesariana como principal via de nascimento (74,61%). Houve presença de comorbidades associadas à DMG (52,38%), mas com baixo percentual de complicações durante a gestação (23,81%) e ausência de natimortalidade. Conclusão: Faz-se necessário que mais estudos sejam realizados na unidade, com o intuito de desvelar mais fatores associados ao perfil de gestantes com DMG e a realização de cesarianas.

**DESCRITORES:** Diabetes Gestacional; Gravidez de Alto Risco; Complicações na Gravidez; Insulina.

## ABSTRACT

Describe the sociodemographic and obstetric profile of woman, in the presence of Gestational Diabetes Mellitus (GDM) using insulin, in a Federal Maternity Hospital in the State of Rio de Janeiro. Method: Descriptive, quantitative, transversal and documentary study, consisting of 126 records. Data collection was carried out from March to October 2020. Results: The sample had a higher percentage (57.94%) of GDM with need for insulin use in young women, non-smokers (94.44%), or alcoholics (92.06%), sedentary (84.92%), obese (65.85%), multiparous (75.40%), with a minimum number of 6 prenatal consultations recommended by the Ministry of Health and cesarean section as the main route of birth (74.61%). There were comorbidities associated with GDM (52.38%), but with a low percentage of complications during pregnancy (23.81%) and absence of stillbirth. Conclusion: It is necessary that more studies be performed in the unit, in order to unveil more factors associated with the profile or pregnant women with GDM and the performance of cesarean sections.

**DESCRIPTORS:** Gestational Diabetes; High-Risk Pregnancy; Pregnancy Complications; Insulin.

## RESUMEN

Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de la mujer, en presencia de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) con insulina, en una Maternidad Federal del Estado de Rio de Janeiro. Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y documental, compuesto por 126 registros. La recolección de datos se llevó a cabo de marzo a octubre de 2020. Resultados: El porcentaje más alto (57,94%) de DMG que requirió uso de insulina en mujeres jóvenes, no fumadoras (94,44%) o alcohólicas (92,06%), sedantes (84,92%), obesas (65,85%), múltiparas (75,40%), con un mínimo de 6 consultas prenatales recomendadas por el Ministerio de Salud y la cesárea como principal modalidad de parto (74,61%). Existen comorbilidades asociadas al DMG (52,38%), además de un bajo porcentaje de complicaciones durante el embarazo (23,81%) y ausencia de nacimiento y muerte. Conclusión: Es necesario que se realicen más estudios en la unidad, con el fin de revelar más factores asociados al perfil de gestantes con DMG y la realización de cesáreas.

**DESCRIPTORES:** Diabetes Gestacional; Embarazo de Alto Riesgo; Complicaciones del Embarazo; Insulina.

RECEBIDO EM: 15/01/2021 APROVADO EM: 25/02/2021

**Amanda Helena Gil Alves**

Especialista em Enfermagem Neonatal e Pediátrica pelo Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM. Residente em Saúde Perinatal pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ.

ORCID: 0000-0001-9097-3313

**Geiza Martins Barros**

Doutoranda em Ciências da Saúde (Fiocruz). Mestre em Ciências da Saúde (Fiocruz). Especialista em Enfermagem Obstétrica, neonatal e pediátrica.

ORCID: 0000-0002-1269-5845

**INTRODUÇÃO**

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma doença de grande impacto gestacional. Está entre as complicações mais frequentes deste período e possui sua incidência crescente nos últimos anos<sup>(1)</sup>. O DMG diferencia-se do Diabetes Mellitus (DM) por se tratar da hiperglicemia detectada pela primeira vez na gestação, sendo menos definitiva que o DM tipo I e tipo II pelo potencial de desaparecimento após o parto<sup>(2)</sup>. Vale ressaltar que somos o país que ocupa o quarto lugar no ranking das maiores taxas de adultos com DM.

Atualmente, a prevalência de DMG no Sistema Único de Saúde (SUS) é de aproximadamente 18%<sup>(3)</sup>. Além disso, estima-se que um em cada seis nascimentos, ocorra em mulheres com algum tipo de hiperglicemia na gestação, dentre estes, o DMG está presente em 84% dos casos<sup>(4)</sup>.

O DM é definido por um transtorno metabólico, em que ocorrem hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, acarretando uma deficiência na secreção e/ou ação da insulina<sup>(2)</sup>. Tendo classificações diversas, dentre elas, o DM tipo I em que ocorre deficiência absoluta de insulina; DM tipo II descrito como deficiência relativa à ação da insulina; DM diagnosticado na gestação quando a gestante sem diagnóstico prévio de DM apresenta hiperglicemia na gestação que atingem os critérios de DM em adultos de acordo com critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o DMG de fato<sup>(2-4)</sup>.

Acredita-se que o principal fator de risco para o surgimento do DM tipo II e síndromes metabólicas em mulheres, deve-se ao prévio histórico obstétrico de DMG.

Desta forma, o DMG estabelece um expressivo problema que pode comprometer a saúde da mulher, além do período gestacional. Soma-se ao risco dos desfechos perinatais desfavoráveis, o elevado risco de desenvolvimento da doença no futuro e aumento de sua prevalência, acompanhada a crescente epidemia de obesidade, observada em vários países<sup>(5)</sup>.

Estudos demonstram que cerca de 5 a 18% de mulheres grávidas em todo o mundo, que possuem o diagnóstico de DMG, necessitam de cuidados adequados para que os níveis de glicose no sangue permaneçam controlados a fim de diminuir o risco de macrosomia e demais efeitos em longo prazo para as mães e seus filhos<sup>(5-6)</sup>.

Deste modo, o controle adequado da glicemia materna aumenta as possibilidades de um bom prognóstico para mãe e o bebê pela capacidade de conduzir a um recém-nascido vivo, com adequado crescimento, a termo e, sem distúrbios respiratórios e metabólicos decorrentes da hiperglicemia materna<sup>(7)</sup>.

Diante ao contexto da importância de se manter o controle glicêmico materno na presença do DMG, assim como a sua prevenção, este estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres na presença do Diabetes Mellitus Gestacional em uso de insulina, acompanhadas em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

**MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e documental, com abordagem quantitativa<sup>(8)</sup>. A amostra compreendeu os registros de dados das mulheres diagnosticadas com DMG e o tratamento a base de insulina, durante o pré-natal e mantiveram acompanhamento assistencial (pré-natal, parto e pós-parto) no ano de 2019 (janeiro a dezembro) de uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, unidade onde se realizou o estudo. Esta unidade trata-se de uma instituição especializada que dispões de assistência ambulatorial e hospitalar, que oferece cuidado às gestantes e aos recém-

**Atualmente, a prevalência de DMG no Sistema Único de Saúde (SUS) é de aproximadamente 18%. Além disso, estima-se que um em cada seis nascimentos, ocorra em mulheres com algum tipo de hiperglicemia na gestação, dentre estes, o DMG está presente em 84% dos casos.**

-nascidos de alto risco. Neste estudo não houve critérios de exclusão.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (CAAE 26332119.2.0000.5275). Foram selecionados para este estudo 126

prontuários maternos e excluídos 192 prontuários por não atenderem aos critérios de seleção. A coleta de dados foi realizada de março a outubro de 2020.

Foi construído pela pesquisadora um instrumento de coleta de dados, dividido

em I- Características sociodemográficas das mulheres com DMG e II- Características obstétricas das mulheres com DMG, contendo 26 variáveis no presente estudo.

Para análise dos dados foi utilizado o software StatisticaPackage for Social Sciences(SPSS) versão 24. Para responder os objetivos deste estudo foram realizadas estatísticas descritivas com discriminação das frequências absolutas e relativas, apresentados por meio de tabelas.

No que se refere aos aspectos éticos, esta pesquisa respeitou as normas estabelecidas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, que abrangem referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, equidade, justiça e beneficência, que dispõem assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao Estado e aos sujeitos da pesquisa<sup>(9)</sup>.

Deste modo, por se tratar de um estudo não intervencionista, no qual foram utilizados dados dos sistemas de informações institucionais e de prontuários dos pacientes, tendo em vista, que os dados foram manuseados e analisados de forma anônima e sem identificação nominal dos participantes da pesquisa, foi solicitado à dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Comitê de Ética e Pesquisa, através da Plataforma Brasil.

## RESULTADOS

Observou-se que das 126 mulheres que compuseram a amostra do estudo, 97,62% eram brasileiras, 57,94% tinham entre 20 a 34 anos, 44,44% eram solteiras, 46,82% se autodeclararam pardas, 46,03% possuíam o ensino médio completo e superior incompleto, 61,11% tinham emprego com remuneração, 94,44% não eram tabagistas, 92,06% não eram etilistas e 96,03% não faziam uso de drogas ilícitas e, 84,92% não eram praticantes de atividades físicas (Tabela 1).

Além disso, 75,40% das mulheres eram multíparas, 65,88% foram classificadas com IMC pré-gestacional de obesidade, sendo que 69,84% apresentaram IMC

Tabela 1: Descrição das Características Sociodemográficas das mulheres com DMG

		N	%
Nacionalidade	Brasileira	123	97,62
	Outras	3	2,38
Faixa etária	20 a 34 anos	73	57,94
	35 anos ou mais	53	42,06
Estado Civil	Solteira	56	44,44
	Casada	50	39,69
	Divorciada	2	1,59
	União Estável	9	7,14
Cor e Raça	Sem registro	9	7,14
	Branca	37	29,37
	Preta	26	20,63
	Parda	59	46,82
	Amarela	2	1,59
Escolaridade	Sem registro	2	1,59
	Sem instrução e fundamental incompleto	16	12,7
	Fundamental completo e médio incompleto	33	26,19
	Médio completo e superior incompleto	58	46,03
	Superior completo	6	4,76
Ocupação	Sem registro	13	10,32
	Emprego com remuneração	77	61,11
	Sem remuneração	42	33,33
Tabagista	Sem registro	7	5,56
	Não	119	94,44
	Sim	6	4,76
Etilista	Sem registro	1	0,8
	Não	116	92,06
	Sim	9	7,14
Drogas ilícitas	Sem registro	1	0,8
	Não	121	96,03
	Sim	4	3,17
Prática de atividade física	Sem registro	1	0,8
	Não	107	84,92
	Sim	10	7,94
	Sem registro	9	7,14

Tabela 2: Descrição das características obstétricas das mulheres com DMG

		N	%
Paridade	Primíparas	31	24,6
	Múltíparas	95	75,4
Classificação do IMC Pré-gestacional	≥ 18,5 e < 24,9 - Adequado	4	3,17
	≥ 25 e < 29,9 - Sobrepeso	39	30,95
	≥ 30 - Obesidade	83	65,88
Nº de consultas no pré-natal	< 6 consultas	27	21,43
	≥ 6 consultas	97	76,98
	Sem registro	2	1,59
Início do pré-natal	1º trimestre	34	26,98
	2º trimestre	60	47,62
	3º trimestre	32	25,4
Idade gestacional do diagnóstico de DMG	1º trimestre	3	2,38
	2º trimestre	64	50,8
	3º trimestre	58	46,02
	Sem registro	1	0,8
Tipo de insulina	Regular	5	3,97
	NPH	73	57,93
	Outras	1	0,8
	Regular e NPH	47	37,3
Comorbidade presentes na gestação além do DMG	Não	60	47,62
	Sim	66	52,38
	Hipertensão	39	30,95
	Hipotireoidismo	11	8,73
	Doenças pulmonares	2	1,59
Quais comorbidades?	Hipertensão e Hipotireoidismo	6	4,76
	Neuropatias e outras	1	0,79
	Não se aplica	60	47,62
	Outras doenças	7	5,56
Complicações maternas durante a gestação	Não	96	76,16
	Sim	30	23,81
	Descontrole glicêmico	6	4,76
Quais complicações?	Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia/ Elevação Pressórica	18	14,29
	Outras	6	4,76
	Descontrole glicêmico e Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia/ Elevação Pressórica	4	3,17
	Não se aplica	92	73,02

Tabela 2: Descrição das características obstétricas das mulheres com DMG (continuação)

		N	%
Via de parto	Cesárea	70	55,56

final de obesidade. No pós parto, 33,33% fizeram a reavaliação da glicemia a partir da 6ª semana e, 19,85% apresentaram glicemia de Jejum e/ou Teste Oral com 75g de glicose normal.

No que se refere ao pré-natal, 76,98% realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, 47,62% iniciaram o pré-natal somente no 2º trimestre, 50,80% foram diagnosticadas como DMG no 2º trimestre, e a maioria (57,93%) fez uso da insulina NPH de forma isolada.

Pouco mais da metade (52,38%) das gestantes tinham comorbidades presentes na gestação, além do DMG, sendo a mais frequente a hipertensão arterial com 30,95%. Um percentual de 23,81% apresentou complicações maternas durante a gestação, onde, 14,29% foram por distúrbios relacionados ao aumento da pressão arterial. Vale ressaltar que não tiveram óbitos fetais na amostra estudada e 91,27% dos nascimentos ocorreram no período estimado para o nascimento (a termo).

A via de parto mais frequente foi a cesariana com 74,61%. O parto normal (mais conhecido como transpélvico na unidade) teve uma taxa de 25,39%, sendo 18,25% após indução, ou seja, a gestante não entrou em trabalho de parto espontaneamente. A ocitocina no pós-parto foi realizada em 92,86%. (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

### Características Sociodemográficas das mulheres com DMG

De acordo com os dados da tabela 1, da amostra estudada observou-se que mais da metade das mulheres (57,94%) tinham faixa etária entre 20 e 34 anos. Esse dado é equivalente ao estudo que avaliou a prevalência deste fator aos desfechos da Síndrome Hipertensiva da Gravidez (SHG) e o DMG<sup>(10)</sup>. Segundo o Ministério da saúde (MS) a hiperglicemia na gestação vem com o avançar da idade e em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos<sup>(4-11)</sup>.

Com relação ao estado civil, neste estudo, 46,83% das mulheres possuíam companheiro. Outro estudo que avaliou

Via de parto	Transpélvico	9	7,14
	Cesárea com indução	24	19,05
	Transpélvico com indução	23	18,25
Ocitocina pós-parto	Não	0	0
	Sim	117	92,86
Óbito fetal	Sem registro	9	7,14
	Não	126	100
Idade gestacional do parto	Sim	0	0
	Pré-termo	11	8,73
Reavaliação da glicemia a partir da 6ª semana após o parto	Termo	115	91,27
	Sim	42	33,33
	Sem registro	84	66,67
Glicemia de jejum e/ou Teste Oral com 75g de glicose	Normal	25	19,85
	Glicemia de jejum alterada	8	6,35
	Intolerância a glicose	4	3,17
	Diabetes Mellitus	3	2,38
	Sem registro	86	68,25

o perfil e o conhecimento sobre o DMG também evidenciou um importante percentual de mulheres com companheiros (75%). Neste mesmo estudo todas as mulheres possuíam algum grau de escolaridade, enquanto que no presente estudo 12,70% se autodeclararam sem instrução e/ou fundamental incompleto<sup>(12)</sup>. Deste modo, vale ressaltar a importância do grau de escolaridade, tendo em vista que a baixa escolaridade pode comprometer de forma significativa a adesão ao tratamento proveniente da dificuldade de ler e entender a prescrição, elevando os riscos à saúde<sup>(13)</sup>.

Ao analisar a cor da pele autodeclarada, foi observado a predominância de 69,04% de mulheres que se autodeclararam não brancas, enquanto outros estudos demonstraram a prevalência do DMG em mulheres brancas<sup>(12-14)</sup>. Nesta pesquisa, 61,11% das mulheres possuíam emprego com remuneração na gestação atual e 11,9% e 3,17% utilizaram drogas lícitas e ilícitas, respectivamente, durante a gestação.

Ademais, o presente estudo mostrou que maioria das mulheres (84,92%) não praticavam atividade física. Vale ressaltar a importância da prática de atividade física, uma vez que na ausência de contraindicações, esta prática se mostra favorável, por

reduzir a glicemia e contribuir significativamente com a redução do ganho excessivo de peso materno<sup>(12)</sup>.

### Dados obstétricos e clínicos

A tabela 2 demonstrou que 75,40% das mulheres eram consideradas múltiplas, aqui, classificadas com pelo menos um parto em gestação anterior<sup>(15)</sup>. Um estudo que avaliou o diabetes gestacional em uma população do SUS demonstrou que a ocorrência do DMG em múltiplas é duas vezes maior quando comparadas as primigestas<sup>(16)</sup>.

No que tange o IMC, 96,83% das mulheres apresentaram-se em sobrepeso e obesidade, corroborando com este achado um estudo que comparou os desfechos obstétricos de gestantes com e sem DMG demonstrou que a maioria da amostra estudada eram de sobrepeso e obesidade<sup>(17)</sup>. Tais dados estão de acordo com outros da literatura, que afirmam o sobrepeso e obesidade como fatores de risco para o desenvolvimento do DMG<sup>(11-18)</sup>.

A assistência ao pré-natal de alto risco tem como principal objetivo reduzir de forma significativa os riscos e as possíveis consequências adversas que as gestantes estão expostas no decorrer da gestação<sup>(19)</sup>.

Deste modo, o MS preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal<sup>(20)</sup>. Somando a isso, neste estudo foi possível identificar que 76,98% das gestantes realizaram o número de consultas maior ou igual ao preconizado pelo MS.

Ainda que não exista um consenso entre as sociedades médicas internacionais, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), juntamente com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), com a OPAS e o MS, no que tange à padronização de rastreamento, foi estabelecido uma proposta conjunta de uniformizar o rastreamento e diagnóstico do DMG no país<sup>(18)</sup>.

De acordo com a literatura apresentada, acrescentando um estudo que teve como objetivo avaliar a prevalência do DMG e comparar os resultados obstétricos e perinatais, tal estudo demonstrou a prevalência do diagnóstico de DMG no segundo trimestre de gestação, desta forma, no presente estudo houve concordância com tal estudo por demonstrar que a maioria dos diagnósticos de DMG ocorreram no segundo trimestre de gestação<sup>(1)</sup>.

Após o diagnóstico de DMG é necessário uma mudança no estilo de vida (atividade física e dieta individualizada), a fim de atingir metas glicêmicas mais satisfatórias. Quando, apenas essas medidas, não são suficientes para atingir tal objetivo, torna-se indicado o uso da insulinoterapia como tratamento de primeira escolha. Assim, as insulinas humanas mais utilizadas e disponíveis no SUS são a insulina Neutral Protamine Hagedorn (NPH) de ação intermediária, e a insulina Regular de ação rápida<sup>(2-7)</sup>. Diante disso, neste estudo houve a prevalência da insulina NPH de forma isolada (57,93%), entretanto houve associação da insulina Regular e NPH em 37,30% das pacientes.

Observou-se também que 52,38% das gestantes, possuíam alguma comorbidade na gestação além do DMG, sendo destas 30,95% a Hipertensão Arterial Crônica (HAC) e 8,73% o hipotireoidismo. Tais dados corroboram com um estudo de São Paulo que identificou a predominância da hipertensão como

doença pré-existente em gestantes, constando ainda um número considerável referente ao hipotireoidismo (21).

Salienta-se ainda que as complicações maternas durante a gestação foram identificadas em 23,81% das gestantes. Dentre estas, a prevalência de 14,29% relacionadas às Doenças Hipertensiva Específicas da Gestação (DEHG) e apenas 4,76% referente ao descontrole glicêmico. Um estudo sobre a relação entre a hipertensão e o DMG, ressalta que o DMG está associado a complicações maternas tais como: hipertensão induzida pela gestação, aumento de cesáreas e complicações neonatais. Vale destacar que os valores glicêmicos, relativamente elevados podem ocasionar risco tanto para a gestante quanto para o bebê (22).

Neste estudo o parto normal (mais conhecido como transpélvico na unidade) teve uma taxa de 25,39%, sendo 18,25% após indução. No entanto, as gestantes com controle glicêmico adequado podem aguardar a evolução do parto espontâneo (15). Embora a indicação da via de parto tratar-se de uma recomendação obstétrica, vale ressaltar que o DMG não é uma indicação absoluta de cesariana. Podendo ser realizado de forma eletiva por meio de indução do trabalho de parto ou cesáreo quando há indicação materna ou fetal (23).

A taxa de cesariana, neste estudo, foi de 74,61%, incluindo os partos que chegaram a realizar o processo de indução (19,05%) no qual houve preparo do colo uterino através do uso do misoprostol, mas que tiveram como desfecho a cesaria-

na. Outros estudos demonstraram que o número de cesariana, nestes casos, ainda é superior quando comparado ao parto normal (17,19-24).

Ademais, a OMS recomenda o uso de uterotônicos a todas as parturientes durante a terceira fase do parto, a fim de prevenir a hemorragia pós-parto. Recomenda-se o uso da Ocitocina por via intramuscular como uterotônico de primeira escolha, desta forma, neste estudo foi observado que 92,86% das pacientes fizeram uso deste fármaco (25).

No que se refere ao óbito fetal, um estudo realizado no Equador observou que o maior número de óbitos fetais e mortalidade neonatal ocorrem com maior frequência em mulheres com diabetes gestacional quando comparado com aquelas sem diabetes gestacional (26). No entanto, na amostra deste estudo não houve óbitos fetais, tais dados corroboram com o estudo que comparou os desfechos materno-fetais de gestantes com e sem DMG (17).

No que tange a idade gestacional, neste estudo a maioria dos partos ocorreram a termo, sendo apenas 8,73% partos prematuros. Tais dados assemelham-se com estudos que demonstram a redução do parto prematuro na presença do DMG. A redução dos partos prematuros observada pode ser decorrente da viabilidade do diagnóstico precoce do DMG, da assistência ao pré-natal de alto risco e o elevado número de consultas (17-24).

Segundo a literatura, a maioria das mulheres manifestam valores normais de glicemia após o parto. Entretanto, a incidência de DM tipo 2 e/ou de intolerância

a glicose varia de 3 a 65%. Portanto, é de suma importância a reavaliação da glicemia seis semanas após o parto, através do TOTG com 75g de glicose em situações de viabilidade financeira, por ser um teste considerado padrão-ouro para o diagnóstico de DM após a gestação (15-4). Diante disto, nesta pesquisa foi identificado que apenas 33,33% das parturientes retornaram para avaliação seis semanas após o parto. Tais dados demonstram que a reavaliação das mulheres com DMG após o parto ainda são baixas, corroborando com o que é relatado pela literatura (4).

## CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe como aspecto relevante o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres diagnosticadas e tratadas, em uma maternidade escola do RJ, com DMG, onde identificou-se maior percentual do DMG com necessidade de uso de insulina em mulheres não brancas, jovens, múltiparas, com IMC pré-gestacional de obesidade, presença de comorbidades associadas e cesarianas como principal via de nascimentos. Estas gestantes tiveram, em contrapartida, adequado número de consultas pré-natal, ausência de natimortos e pequena taxa de complicações de saúde durante a gestação.

Diante destes dados, faz-se necessário que mais estudos sejam realizados na unidade, com o intuito de explorar, com maior profundidade, os fatores associados ao diagnóstico de DMG e a realização de cesarianas. ■

## REFERÊNCIAS

1. Massa AC, Rangel R, Cardoso M, Campos A. Diabetes gestacional e o impacto do actual rastreio. Acta Médica Portuguesa 2015 fev. [acesso em 2020 out. 15] Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.5345>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: SAS. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. 2013. [acesso em 2019 de ago. 04] Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetesmellitus\\_cad\\_36.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetesmellitus_cad_36.pdf).
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro: Protocolo para o manejo de diabetes gestacional. [acesso em: 2019 set. 10] Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/530-protocolo-febrasgo-para-o-manejo-de-diabetes-gestacional>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: OPAS. Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. 2017. [acesso em 2019 ago. 04] Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/rastreamento-e-diagnosti->

## REFERÊNCIAS

- co-diabetes-mellitus-gestacional-no-brasil.pdf.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. *Revista Femina* Volume 47, Número 11, 2019. [acesso em 2020 de out 15] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina>
  - Shen, Song-ying et al. Do pregnant women with gestational diabetes need continuous glucose monitoring? *Diabetes Care* 2020 junho; 43 (6): 1178 - 1184. [acesso 2019 nov. 10] Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-2527>
  - Organização Pan-Americana da saúde; Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de diabetes. Tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. 2019. [acesso em 2019 ago. 04] Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>.
  - Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. *Ver Para Med* 2009. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.- Vol.1, no.1 (1979) - Belém ISSN 0101-5907.
  - Brasil, Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466/2012. [Acesso em: 2020 nov.19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
  - Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome Hipertensiva da Gravidez e Diabetes Mellitus Gestacional em uma maternidade pública de uma capital do nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015, vol.24, n.3, pp.441-451. ISSN 2237-9622. [acesso em 2020 de nov. 08] Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300010>.
  - Brasil, Ministério da Saúde; Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres 2016 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf).
  - Morais AM, Rempel C, Delving LKOB, Moreschi C. Perfil e conhecimento de gestantes sobre o Diabetes Mellitus Gestacional – *Rev. Epid. Controle de infecção* 2019 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i2.12082>
  - Moreschi C, Rempel C, Carreno I, Silva DS, Pombo CNF, Cano MRL. Prevalência e perfil das pessoas com diabetes cadastradas no sistema de Atenção Básica - *Rev. Bras. em Promoção da Saúde* 2015 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p184>
  - Rossett TC, Wittmann T, Rotta K, Gonçalves RA, Pescador MVB. Prevalência do Diabetes Mellitus Gestacional em um ambulatório de alto risco do oeste do Paraná. *FagJournalOf Health (FGH)* 2020 2(2), 195-204. - [acesso 2020 de nov. de 08] Disponível em: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.193>
  - Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental - Exame físico obstétrico* pg. 139 cap. 6 - 14ª edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
  - Santos PA, Madi JM, Silva ER, Vergani DOP, Araújo BF, Garcia RMR. Diabetes gestacional na população atendida pelo sistema público de saúde no Brasil. Prevalência e fatores de risco – 2020. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2020, vol.42, n.1, pp.12-18. Epub Mar 27, 2020. ISSN 1806-9339. [acesso em 2020 de nov. 23] Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700797>.
  - Silva RR, Souza MLR, Oliveira LC, Silva TR, Bertoli JPP, Silva JC. Desfechos Materno-fetais de Gestantes com e sem Diabetes Mellitus Gestacional. *Arquivo Catarinenses de Medicina, [S.l.]*, v. 48, n.3, p.79-92, set. 2019. ISSN 18064280.
  - Sociedade Brasileira de Diabetes – 2019/2020 Diabetes Mellitus Gestacional pag. 269 [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
  - Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Atenção ao pré-natal de alto risco: 2012. [acesso em 2020 nov. 08] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
  - Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Atenção ao pré-natal de baixo risco: 2013. [acesso em 2019 set. 10] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).
  - Queiroz IS, Bertolin DC, Werneck AL. Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem UFPE online, [S.l.]*, v. 13, n. 5, p. 1202-1207, maio 2019. ISSN 1981-8963. [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238773/32112>
  - Ferreira JPPFA - Hipertensão gestacional e diabetes gestacional e a relação entre elas [Dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior – 2019 [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/8708>
  - Sociedade Brasileira de Diabetes – 2017/2018. Avaliação e tratamento do Diabetes Mellitus Gestacional. pag. 217 [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
  - Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Neonatal outcomes according to different therapies for gestational diabetes mellitus – *Jornal de Pediatria* 2017. Vol. 93, Issue 1, Pages 87-93 [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.04.004>
  - Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto – 2014 [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf;sequence=12](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12)
  - Amador PD, Salgado AS, Torres CR. Complicaciones materno-neonatales em pacientes con diabetes gestacional, Hospital Gineco- Obstetrico Enrique C. Sotomayor – 2015. Universidade Católica de Guayaquil - [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3401>