



Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas e desfecho neonatal em um hospital regional do Distrito Federal entre os anos de 2021 e 2022

Epidemiological profile of diabetic pregnant women and neonatal outcome in a regional hospital of the Federal District between the years of 2021 and 2022

Perfil epidemiológico de mujeres embarazadas diabéticas y evolución neonatal en un hospital regional del Distrito Federal entre los años 2021 y 2022

Mariana Nascimento Batalha¹, Carolina Wanis Ribeiro de Sousa¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever os aspectos epidemiológicos de gestantes diabéticas e desfecho neonatal de pacientes em seguimento ecográfico no Ambulatório de Medicina Fetal e com os partos ocorridos em um Hospital Regional do Distrito Federal, no período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022. **Métodos:** Estudo epidemiológico de caráter observacional, retrospectivo sobre as gestantes com diabetes e com partos ocorridos em um Hospital Regional do Distrito Federal. **Resultados:** Observou-se que o tipo de diabetes mais comum diagnosticado na gestação é o gestacional, tratado inicialmente através da mudança do estilo de vida, seguido ao uso de insulina. A ultrassonografia durante a gestação demonstrou um grande número de fetos grandes para a idade gestacional e polidrâmnio devido à descompensação glicêmica. A resolução da maior parte das gestações foi por via alta e durante o termo. **Conclusão:** É necessário do acompanhamento multiprofissional a paciente portadoras de diabetes gestacional e o acesso ao pré-natal de alto risco, visando o controle glicêmico, diminuindo assim, o impacto gerado no binômio materno-fetal.

Palavras-chave: Diabetes gestacional, Diabetes *Mellitus*, Complicações do Diabetes, Gravidez em Diabéticas, Ultrassonografia.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological aspects of diabetic pregnant women and the neonatal outcome of patients undergoing ultrasound follow-up at the Fetal Medicine Outpatient Clinic and with births occurring at a Regional Hospital in the Federal District, from January 1, 2021 to December 31, 2022. **Methods:** Observational, retrospective epidemiological study on pregnant women with diabetes and births that occurred in a Regional Hospital in the Federal District. **Results:** It was observed that the most common type of diabetes diagnosed during pregnancy is gestational diabetes and that it is initially treated through lifestyle changes followed by the use of insulin. Ultrasonography during pregnancy demonstrated a large number of fetuses large for gestational age and polyhydramnios due to glycemic decompensation. The resolution of most pregnancies was via discharge and at term. **Conclusion:** Multidisciplinary monitoring is necessary for patients with gestational diabetes and access to high-risk prenatal care, aiming at glycemic control, thus reducing the impact generated on the maternal-fetal binomial.

Keywords: Gestational diabetes, Diabetes *Mellitus*, Complications of Diabetes, Pregnancy in Diabetics, Ultrasound.

¹Secretária de Saúde do Distrito Federal. Brasília – DF.

RESUMEN

Objetivo: Describir los aspectos epidemiológicos de las gestantes diabéticas y el desenlace neonatal de pacientes sometidas a seguimiento ecográfico en el Ambulatorio de Medicina Fetal y con parto ocurrido en un Hospital Regional del Distrito Federal, del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022. **Métodos:** Estudio epidemiológico observacional, retrospectivo, en gestantes con diabetes y partos ocurridos en un Hospital Regional del Distrito Federal. **Resultados:** Se observó que el tipo de diabetes más común diagnosticado durante el embarazo es la diabetes gestacional y que se trata inicialmente mediante cambios en el estilo de vida seguido del uso de insulina. La ecografía durante el embarazo demostró gran número de fetos grandes para la edad gestacional y polihidramnios por descompensación glucémica. La resolución de la mayoría de los embarazos fue mediante alta y a término. **Conclusión:** Es necesario un seguimiento multidisciplinario de las pacientes con diabetes gestacional y el acceso a cuidados prenatales de alto riesgo, visando el control glucémico, reduciendo así el impacto generado sobre el binomio materno-fetal.

Palabras clave: Diabetes gestacional, Diabetes *Mellitus*, Complicaciones de la diabetes, Embarazo en diabéticos, Ultrasonido.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é marcado por diversas mudanças fisiológicas, físicas e psicológicas, as quais têm repercussões variáveis a depender da gestante. Via de regra essas alterações são naturais e avançam sem incidentes. Entretanto, algumas gestantes apresentam anormalidades, com comorbidades, agravos e risco de danos ao desenvolvimento fetal e à saúde materna, podendo representar uma gravidez de alto risco (RIOS WLF, et al., 2019; ALVES TV e BEZERRA MMM, 2020; SANTOS TEM e QUINTILIO MSV, 2022). Dentre as anormalidades metabólicas gestacionais, a mais prevalente é a disglucemia, especialmente a hiperglicemia. A principal causa de hiperglicemia está associada ao diabetes que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), tem a classificação baseada na etiopatogenia da doença, podendo ser tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2), gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes (CASARIN DE, et al., 2022; RODACKI M, et al., 2022).

O tipo de DM mais comum é o DM2, doença crônica e progressiva, associada ao envelhecimento e à obesidade. Sua caracterização se dá pela resistência insulínica, frequentemente aliada à redução progressiva da secreção insulínica. O DM1 é causado pela destruição crônica das células β pancreáticas, associado à autoimunidade, sendo o mais comum entre crianças e jovens. O DMG é considerado aquela hiperglicemia que foi diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo persistir ou não após o parto (FEBRASGO, 2016).

Atualmente, considera-se utilizar uma subdivisão da DMG entre aquela que só foi percebida na gestação, mas que tem a existência pré-gestação presumida (Diabetes *Mellitus*) daquela cuja hiperglicemia persistente é uma manifestação transitória das alterações metabólicas provocadas pela gestação (Diabetes *Mellitus* Gestacional) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al., 2013; American Diabetes Association, 2015; FEBRASGO, 2016). Tal diferenciação se faz necessária clinicamente, visto que uma paciente com diabetes pré-gestacional pode apresentar interferências da hiperglicemia desde a organogênese, o que poderia culminar em malformações congênitas e abortamentos. Pacientes que desenvolvem diabetes durante a gestação tende a desenvolver resistência insulínica a partir da 20ª semana, o que poderia impactar no crescimento fetal (HOFF L, et al., 2015).

A prevalência média mundial de DMG é de cerca de 16,2%, de acordo com estudos populacionais das últimas décadas. Atualmente, há uma estimativa de que 84% dos casos de nascimentos provenientes de mulheres que apresentaram hiperglicemia durante a gestação (1 a cada 6 nascimentos) sejam decorrentes de DMG. O Brasil tem estatísticas conflitantes em relação à DMG, porém, especula-se uma prevalência no Sistema Único de Saúde (SUS) de aproximadamente 18% das gestações (BRASIL, 2012; FEBRASGO, 2016).

O diagnóstico da DMG envolve rastreamento e confirmação, seguindo diretrizes desde a primeira consulta pré-natal, com a identificação dos fatores de risco, ainda na anamnese. Além deste aspecto, a confirmação diagnóstica se dá após teste de glicemia em jejum com valores ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL realizado no primeiro trimestre da gestação. O diagnóstico também pode ser feito através da realização do Teste Oral de Tolerância à glicose (TOTG) após administrar 75g de carboidrato dextrosol, no período gestacional de 24^o à 28^o semana com pelo menos um dos valores do for \geq a 92 mg/dL no jejum, \geq a 180 mg/dL na primeira hora e \geq a 153 mg/dL na segunda hora (FEBRASGO, 2019; MARTINS AM, et al., 2021). As complicações causadas pela hiperglicemia na gestação afetam tanto a gestante (infecção urinária, hipertensão arterial, risco aumentado de hemorragia pós-parto e de diabetes no futuro, até a morte materna) como ao feto. Perpassam ainda por aborto espontâneo, malformações fetais, pré-eclâmpsia, natimortalidade, macrossomia, polidramnia, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatais (MENDES FS, 2019; BATISTA MHJ, et al., 2021). Associa-se que o diagnóstico de DMG é precedido pelo crescimento excessivo da circunferência abdominal do feto, entre 20 e 28 semanas, e que a obesidade materna intensifica esses efeitos (PRAZERES GDDCW, 2023).

São diversos fatores associados excesso de peso ao nascimento, dentre eles quadros maternos hiperglicêmicos, sobrepeso/obesidade e ganho excessivo de peso durante a gestação, por isso, existe uma grande prevalência decorrente Diabetes *Mellitus* (DM) durante a gravidez, seja ele pré-gestacional ou gestacional. O diagnóstico de feto grande para a idade gestacional (GIG), percentil >90 , e macrossomia fetal (Peso > 4000 g) é frequentemente realizado através das ultrassonografias durante o pré-natal, que avaliam o peso fetal estimado (PFE) e a circunferência abdominal, valores analisados através de uma tabela específica que compara com a idade gestacional (IG) (PIRES HAF et al., 2023). A diabetes gestacional apresenta algumas modalidades importantes para o tratamento. Primeiramente institui-se a mudança do estilo de vida, que consiste na associação entre adequação da dieta e a prática de exercícios físicos de leve a moderada intensidade, concomitante ao controle glicêmico, que deve ser realizado a cada duas semanas até trigésima sexta semana e de maneira semanal depois deste período. Caso haja falha do tratamento instituído inicialmente, é recomendado introduzir o uso de insulina subcutânea. (NOBRE CF, et al., 2023).

Os riscos e complicações oriundas do DMG têm gerado grande preocupação entre os profissionais da saúde, além de gastos públicos elevados. Nesse contexto, o presente trabalho objetivou descrever os aspectos epidemiológicos de gestantes diabéticas e desfecho neonatal de pacientes que foram acompanhadas ecograficamente no Ambulatório de Medicina Fetal de um Hospital Regional do Distrito Federal. Primou-se por trazer atualização e dados à comunidade técnico-científica que direcionam abordagens clínicas, melhoria da saúde e qualidade gestacional, bem como desenvolvimento de políticas de saúde adequadas à realidade da população.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter observacional, descritivo e retrospectivo de gestantes diabéticas que foram acompanhadas ecograficamente no Ambulatório de Medicina Fetal, e o desfecho dos recém-nascidos com partos ocorridos em um Hospital Regional do Distrito Federal.

População do estudo e amostragem

A população foi composta por gestantes portadoras de diabetes durante a gestação que estiveram em seguimento ecográfico no Ambulatório de Medicina Fetal e com parto ocorrido em um Hospital Regional do Distrito Federal. Foram estudadas 57 pacientes com diabetes durante a gestação atendidas na respectiva unidade hospitalar.

Critérios de seleção

Os critérios de inclusão adotados compreenderam: 1) gestantes que estavam em seguimento clínico, assistidas no período de 01/01/2021 a 31/12/2022; e, 2) partos ocorridos após 24^a semana gestacional. Como

critério de exclusão, adotou-se: 1) pacientes menores de 18 anos; e, 2) gestantes que não realizaram parto na unidade estudada.

Procedimentos analíticos

Os dados foram obtidos em prontuário eletrônico, com a delimitação temporal, considerando as seguintes variáveis: peso ao nascimento, idade gestacional, índice de líquido amniótico, incidência de complicações, tipo de tratamento para o diabetes, desfechos neonatais, indicações de parto cesáreo, acompanhamento em ambulatório de gestação de alto risco, complicações clínicas maternas, motivos de internação hospitalar.

A caracterização do perfil dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para as variáveis contínuas. A associação entre a faixa etária com as alterações na USG e do uso de insulina com o tipo de diabetes e macrosomia foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado de *Pearson* e Qui-quadrado *Post Hoc*. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos e legais

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação De Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS/SES/DF, através da Plataforma Brasil, em atendimento aos requisitos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do parecer: 6.233.725 e CAAE: 70535923.7.0000.5553. Previamente ao acesso aos dados de prontuários, como as mulheres atendidas não se encontravam mais em acompanhamento na unidade hospitalar estudada, foi feito contato com convite para participação da pesquisa, com formulário contendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para conhecimento e aceite em participar da análise. Posterior ao aceite, para garantia de confidencialidade e sigilo dos dados, não houve coleta de informação pessoal dos integrantes selecionados na pesquisa, sendo criado um código alfanumérico para cada participante.

RESULTADOS

Foi realizado análise comparativa entre as 57 pacientes estudadas. A média de idade entre elas compreendeu $33,61 \pm 6,37$ anos, sendo que entre essas pacientes avaliadas, 78,9% apresentaram idade abaixo de 40 anos durante a gestação e parto. Observa-se, na **Tabela 1**, a demonstração das características epidemiológicas da diabetes e as complicações associadas. A maioria das pacientes (68,4%) teve o diagnóstico de Diabetes Gestacional e os tratamentos mais utilizados foram dieta (40,4%) e insulina (52,6%).

Tabela 1 - Características da diabetes e complicações associadas nas pacientes avaliadas de um hospital regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.

Tipo de Diabetes	n (%)*
DM1	5 (8,8)
DM2	13 (22,8)
DMG	39 (68,4)
Comorbidades associadas	n (%)*
Sem comorbidades	24 (42,1)
Hipertensão arterial	23 (40,4)
Obesidade	2 (3,5)
Outros	8 (14,0)
Tratamento	n (%)*
Dieta	23 (40,4)
Metformina	9 (15,8)
Insulina	30 (52,6)

Legenda: *n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DM1 = Diabetes *Mellitus* 1; DM2 = Diabetes *Mellitus* 2; DMG = Diabetes *Mellitus* gestacional. **Fonte:** Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

Após o diagnóstico de diabetes gestacional, as pacientes necessitam de um atendimento especializado e maior número de consultas que é realizado através do Pré-natal de Alto Risco (PNAR), a maioria (64,9%) das pacientes do estudo tiveram esse acompanhamento. Do número de pacientes avaliadas, cerca de 25 (66,6%) necessitaram de internação, sendo que destas: 22 (57,9%) internações foram para controle glicêmico; 10 (26,3%) foram para controle glicêmico e pressórico; e, 2 (10,5%) por rotura prematura das membranas (ROPREMA). Frente ao número de internações por paciente, variou de uma (65,8%) a três (2,6%) vezes. Observou-se, ainda, que a maioria (42,1%) das pacientes não apresentaram comorbidades associadas, e as patologias concomitantes mais comuns foram Hipertensão Arterial (42,1%) e Obesidade (14%).

Avaliou-se também, a comparação entre o tipo de diabetes e o uso de insulina no tratamento (Tabela 2). Evidencia-se que os tipos de DM1 e DM2 se mostraram como uma variável correlacionada ($p < 0,05$) com o uso de insulina, enquanto DMG representou uma variável inversamente relacionada.

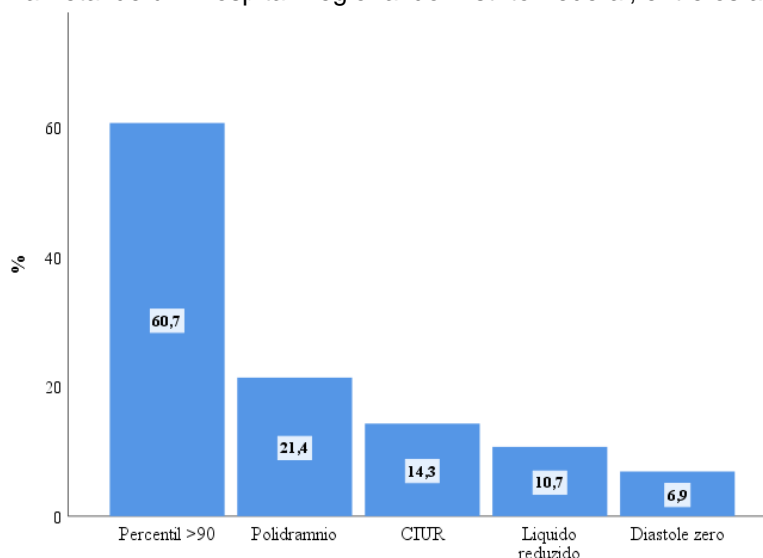
Tabela 2 - Resultado da associação entre o uso de insulina com o tipo de diabetes nas pacientes avaliadas de um Hospital Regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.

Tipo de Diabetes	Insulina		Total n (%)	p*
	Não n (%)	Sim n (%)		
DM1	0 (0,0)	5 (16,7)	5 (8,8)	0,02
DM2	1 (3,7)	12 (40,0)	13 (22,8)	0,01
DMG	26 (96,3)	13 (43,3)	39 (68,4)	<0,01

Legenda: *Qui-quadrado de *Pearson*; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DM1 = Diabetes *Mellitus* 1; DM2 = Diabetes *Meellitus* 2; DMG = Diabetes *Mellitus* gestacional. **Fonte:** Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

Foram identificadas algumas alterações durante o exame ecográfico realizado nas pacientes em seguimento clínico no Ambulatório de Medicina Fetal da unidade hospitalar estudada (Gráfico 1). As alterações mais frequentes foram: o peso acima do Percentil >90 (60,7%), correspondendo a um feto GIG; polidrâmnio (21,4%); crescimento intrauterino restrito (14,3%); líquido reduzido (10,7%); e, diástole zero (6,9%), respectivamente.

Gráfico 1 - Alterações nas ultrassonografias realizadas nas pacientes avaliadas em seguimento clínico no Ambulatório de Medicina Fetal de um Hospital Regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.



Legenda: CIUR = crescimento intra-uterino restrito.
Fonte: Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

A seguir, na **Tabela 3**, descreve-se aspectos relacionados ao parto e ao desfecho materno. Frente a essas variáveis se identificou que das pacientes avaliadas, o fim da gestação ocorreu de forma ideal, entre 37-41 semanas (64,9%); seguido de partos precoces, abaixo das 37 semanas, caracterizado como pré-termo (29,8%); e de partos após completar 40 semanas de gestação (5,3%), descritos na literatura e vivência clínica como pós-datismo.

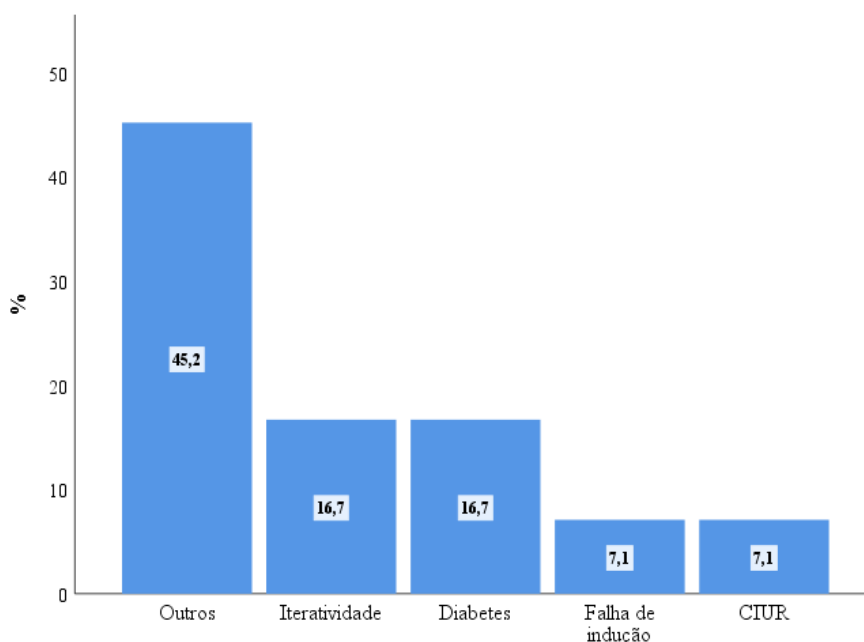
Tabela 3. Parto e desfecho materno nas pacientes avaliadas de um Hospital Regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.

Idade Gestacional	n (%)
Pós-data	3 (5,3)
Pré-termo	17 (29,8)
Termo	37 (64,9)
Tempo de internação da mãe	
Média ± DP	5,21 ± 2,91
UTI materna	
Não	57 (100,0)
Sim	0 (0,0)
Complicação pós-parto	
Não	45 (78,9)
Sim	12 (21,1)

Fonte: Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

A via mais comum de parto no estudo foi a cesariana (73,7%), das 57 pacientes avaliadas, sendo que destas 30 já tinham passado ao menos por uma cesariana anterior. As indicações de cesariana foram exemplificadas através do **Gráfico 2**, onde se observa que o fator diagnóstico diabetes esteve caracterizado, de forma empatada, como segundo critério preponderante para indicação clínica do parto cesariano (16,7%).

Gráfico 2 - Indicações de cesariana avaliadas de um Hospital Regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.



Legenda: CIUR = crescimento intra-uterino restrito.

Fonte: Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

Por sua vez, também se avaliou a associação entre a faixa etária materna e as alterações encontradas nas ultrassonografias, bem como as complicações após o parto, de acordo com índice de *Pearson*. Diante da análise, pode-se evidenciar que os dados catalogados e tratados não apresentaram correlação diretamente entre si.

Tabela 4 - Associação entre a faixa etária materna com as alterações nas ultrassonografias e complicações pós-parto, nas pacientes avaliadas de um Hospital Regional do Distrito Federal, entre os anos de 2021-2022.

	Faixa etária materna		Total	p*
	< 40 anos	≥ 40 anos		
Percentil >90	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	9 (39,1)	2 (40,0)	11 (39,3)	0,97
Sim	14 (60,9)	3 (60,0)	17 (60,7)	
Líquido reduzido	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	20 (87,0)	5 (100,0)	25 (89,3)	0,39
Sim	3 (13,0)	0 (0,0)	3 (10,7)	
Polidramnio	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	19 (82,6)	3 (60,0)	22 (78,6)	0,26
Sim	4 (17,4)	2 (40,0)	6 (21,4)	
CIUR	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	20 (87,0)	4 (80,0)	24 (85,7)	0,68
Sim	3 (13,0)	1 (20,0)	4 (14,3)	
Diástole zero	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	22 (91,7)	5 (100,0)	27 (93,1)	0,50
Sim	2 (8,3)	0 (0,0)	2 (6,9)	
Complicação pós-parto	n (%)	n (%)	n (%)	
Não	35 (77,8)	10 (83,3)	45 (78,9)	0,67
Sim	10 (22,2)	2 (16,7)	12 (21,1)	

Legenda: *Qui-quadrado de *Pearson*; n = frequência absoluta; % = frequência relativa. **Fonte:** Batalha MN e de Sousa CWB, 2024.

DISCUSSÃO

Após a análise dos dados presentes no trabalho, compreende-se que a hiperglicemia durante a gestação pode acarretar complicações e agravar comorbidades associadas já presentes previamente. Esse achado se correlaciona com outros estudos epidemiológicos já descritos na literatura-tecnocientífica brasileira, que evidenciam também que o desenvolvimento da diabetes gestacional traz essa influência (BOZATSKI BL et al., 2019; GUIMARÃES PFS e NOVAES CO, 2022).

Contrastando os dados desses estudos (BOZATSKI BL, et al., 2019; GUIMARÃES PFS e NOVAES CO, 2022), identificou-se similitude entre o perfil etário das pacientes que desenvolveram diabetes gestacional com o descrito levantado em nossos resultados. Vale ponderar que trabalho pioneiro sobre o tema, que visou a tabulação de dados e norte clínico sobre diabetes gestacional, já apontava preocupação com pacientes em faixa etária <40 anos (FAGULHA I, 2002). Acredita-se que essa idade se correlaciona com aspectos sociais das pacientes estudadas, tanto no quesito de mudança no perfil das mulheres, quanto em relação a fatores ambientais e alimentares submetidas (SOUZA WPDS, et. al., 2016; SILVANI J, 2019). Devido às inúmeras alterações geradas durante a gestação, é imprescindível um maior cuidado com pacientes portadoras da diabetes gestacional, orientações constantes e seguimento com uma equipe multiprofissional, a fim de objetivar alternativas eficazes para o tratamento como forma de promover a saúde do binômio materno fetal (JUNQUEIRA JMO, et al., 2021). A DMG figura como uma complicação prevalente e frequente durante a

gravidez, sendo definida como qualquer grau de intolerância à glicose, com primeiro reconhecimento durante a gestação (JUNQUEIRA JMO, et al., 2021). Eis a importância do acompanhamento e seguimento clínico, fato demonstrado na pesquisa, com quantitativo de 39 mulheres (68,4%) que obtiveram diagnóstico para esse tipo de DM e puderam ser tratadas, visando melhora no desfecho clínico.

Dentre as abordagens terapêuticas, o tratamento farmacológico foi indicado para 13 pacientes (43,3%) (Tabela 1), porém o aspecto de mudança nutricional associado à prática esportiva foi incentivado, como mecanismo não farmacológico para melhora da qualidade gestacional e prevenção. Dados remontam êxito neste tipo de protocolo, com incentivo pelo não farmacológico quando as evidências clínicas demonstram possibilidade de controle, sendo o farmacológico, uso de insulina, orientado para pacientes que não conseguem realizar esse manejo da DM1, DM2 pré gestacional e DMG após cerca de 2 semanas de insucesso inicial (ZAJDENVERG J, et al., 2023).

Esse controle glicêmico logo nos primeiros meses da gestação reduz a possibilidade de complicações derivadas da DMG (CASARIN DE, et al., 2022). Em virtude disto, buscou-se avaliar como a diabetes impacta nessas complicações para o público estudado (Gráfico 1), evidenciando que a presença de diabetes na gestação foi preponderante para complicações mais frequentes, como feto GIG, polidrâmnio, descompensação pressórica, pré-eclâmpsia, obesidade, restrição de crescimento e ruptura prematura das membranas ovulares.

Interessante observar, ainda, que em outras regiões do Brasil, os achados seguem corroborando com o avaliado pela presente pesquisa. Bozatski et. al. (2019), Guimarães PFS e Novaes CO (2022), em estudo epidemiológico realizado nas cidades de Itajaí/SC, Rio de Janeiro/RJ, respectivamente, que complicações como hipertensão, crescimento intra-uterino restrito, alterações no líquido amniótico e malformações fetais no ultrassom acometeram as mulheres acompanhadas.

Problemas como estes podem desencadear período de internação prolongado tanto para a mãe quanto para o feto, além de demandar maior procura pelos serviços de saúde e elevar os custos do cuidado/manejo (OLIVEIRA DC e MANDU ENT, 2015). Torna-se oportuno ponderar que, assim como o planejamento familiar é incentivado como mecanismo de ações e serviços no âmbito da saúde pública, a importância pelo cuidado da mulher previamente à gestação, no que tange hábitos de vida, deve ser reiterada.

Paiva LCA (2021) avaliou o perfil de gasto durante a gestação de pacientes que tinham comorbidades decorrentes da DMG em unidade hospitalar pública, identificando que os dispêndios são aproximadamente o dobro de uma gestação sem diabetes, com valores que variam de R\$ 3.500,00 à R\$9.500,00, a depender do tipo de parto e desfecho clínico. Esse fato retoma a necessidade de uma avaliação acurada da situação gestacional para mediação clínica, além de sinalizar um anseio por melhora na implementação de políticas públicas, com gestão racional dos gastos no Sistema Único de Saúde e consequente melhora a longo prazo do implemento dessa gestão.

Em prosseguimento aos achados na pesquisa, evidenciou-se que gestantes com DMG representaram 16,7% das mulheres com indicação para parto cesáreo (Gráfico 2), e que no total avaliado, esse tipo de parto representou quantitativo de 73,7%. No entanto, pesquisa similar, com amostragem próxima ao abordado neste trabalho, levantou percentual de 89,2% para partos cesáreos em pacientes com DMG (OLIVEIRA MIV, et al., 2009). Acredita-se que apesar dos indicadores demonstrarem grande percentual de procedimentos cesáreos, os dados desta pesquisa poderiam ser mais expressivos se a alimentação dos prontuários compreendesse informações mais detalhadas das avaliações, haja vista limitação, demanda e carência profissional no serviço público.

O momento do parto deve contemplar os riscos gerados pelo parto tardio - natimortos e toco-traumatismos pelo crescimento fetal excessivo e da indução precoce (prematividade). Pacientes com DMG controlada podem aguardar até 40 semanas + 6 dias desde que esse monitoramento seja efetivo. No entanto, pacientes com DMG e tratamento farmacológico, o parto deve ocorrer de 39 semanas até 39 semanas e 6 dias. Por sua vez, casos onde o controle glicêmico não é adequado, recomenda-se que o parto seja realizado após a maturidade, logo > 37 semanas (BRASIL, 2022).

Diante dos dados aportados neste trabalho, percebe-se que estratégias com ações de políticas públicas precisam ser implementadas de forma mais ostensiva no que concerne a diabetes no período gestacional. Educação em saúde continuada é um mecanismo eficaz, com a inclusão de equipes multidisciplinares, associado ao planejamento familiar, para prevenção e/ou controle da DMG. Estudos como este fomentam dados na literatura que podem direcionar aportes específicos e regionalização das demandas, com construção do perfil das gestantes, carecendo de continuação na catalogação de dados e pesquisa por parte da comunidade para atualização periódica do dinamismo clínico frente ao social.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, o tipo mais prevalente de diabetes, foi a diabetes gestacional e que grande parte das pacientes receberam a associação do tratamento nutricional, atividade física e o uso de insulina. Por conta da hiperglicemia gerada pela diabetes, houve uma forte prevalência de fetos grandes para a idade gestacional. A via de parto mais frequente foi a cesariana, uma vez que grande parte das pacientes já haviam sido submetidas previamente a essa via de parto. Existe um aumento da prevalência de hipertensão gestacional e obesidade nas pacientes estudadas, o que gera um impacto significativo durante a evolução da gestação com quadros de descompensação pressórica concomitante a descompensação glicêmica. A maioria das pacientes tiveram o parto entre 37 e 40 semanas de gestação, devido ao risco de idade gestacional prolongada, como forma de diminuir a natimortalidade. Portanto, é necessário ressaltar a importância do acompanhamento multiprofissional a paciente portadoras de diabetes gestacional e o acesso ao pré-natal de alto risco, visando o controle glicêmico, diminuindo assim, o impacto gerado no binômio materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. ALVES TV e BEZERRA MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Revista de psicologia*, 2020; 14(49): 114-126.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, v. 38, n. Suppl 1, p. S8-S16, 2015.
3. BATISTA MHJ, et al. Diabetes Gestacional: origem, prevenção e riscos. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(1): 1981 - 1995.
4. BOZATSKI BL, et al. Perfil Epidemiológico de Gestantes Diabéticas no Município de Itajaí, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2019; 48(2): 34–55.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012*
6. 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*
7. CASARIN DE, et al. Diabetes *Mellitus*: causas, tratamento e prevenção. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(2): 10062-10075.
8. MARTINS AM, et al. Tratamento para o Diabetes *Mellitus* Gestacional: Uma revisão de literatura. *Revista GepesVida*, 2021; 7: 16.
9. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO) et al. Rastreamento e diagnóstico de Diabetes *Mellitus* gestacional no Brasil. 2016.
10. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Femina: diabetes gestacional*. 11. ed. Brasil, 2019; 47.
11. HOFF L, et al. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico e manejo. *Acta méd.*, 2015; 8: 8.
12. JUNQUEIRA JMO, et al. Diabetes *Mellitus* gestacional e suas complicações – Artigo de revisão. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(12): 116574–116589.
13. MENDES FS. Diabetes *Mellitus* Gestacional: elaboração, adequação cultural e validação de material educativo para o autocuidado de gestantes. *Guia da gestante com diabetes gestacional*. Belo Horizonte/MG, 2019.
14. NOBRE CF, et al. Diabetes *Mellitus* Gestacional. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2023; 23(7): e13272.

15. PRAZERES GDDCW. Circunferência abdominal fetal, peso fetal e peso da gestante podem prever diabetes gestacional: modelo preditor de risco. 2023. Tese (Doutorado em Cirurgia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.
16. PIRES HAF, et al. Macrossomia fetal decorrente de diabetes na gestação e suas repercussões após o nascimento: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e medidas preventivas. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(9): 62816–62829.
17. RIOS WLF, et al. Repercussões do diabetes *Mellitus* no feto: alterações obstétricas e malformações estruturais. *Femina*, 2019; 307-316.
18. RODACKI M, et al. Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2021; 557753: 2022-1.
19. SANTOS TEM e QUINTILIO, MSV. Diabetes *Mellitus* e Atenção Farmacêutica. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2022; 5(10): 101-112.
20. GUIMARÃES PFS e NOVAES CO. Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas. *Research, Society and Development*, 2022; 11(10): e224111032376.
21. FAGULHA I. Diabetes e gravidez. Passado, presente e futuro. *Acta medica portuguesa*, 2022; 15(3): 221-31.
22. SOUZA WPDS, et al. Gravidez tardia: relações entre características sociodemográficas, gestacionais e apoio social. *Boletim de psicologia*, 2016; 66(144): 47-59.
23. SILVANI J. Impacto da compulsão alimentar na gravidez sobre o ganho de peso gestacional e peso no pós-parto em mulheres que tiveram Diabetes *Mellitus* gestacional estudo LINDA-BRASIL. 2019.
24. PAIVA LCA. Diferencial de custos da internação para o parto de gestantes com diabetes em uma maternidade pública de Salvador. Dissertação (Mestrado em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/Avaliação de Tecnologia em Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2021.
25. OLIVEIRA DC e MANDÚ ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery*, 2015; 19: 93-101.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. World Health Organization, 2013.
27. ZAJDENVERG L, et al. Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.