



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

AMANDA HELENA GIL ALVES

**PERFIL DE MULHERES ACOMETIDAS PELO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL  
EM USO DE INSULINA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

AMANDA HELENA GIL ALVES

<http://lattes.cnpq.br/0061893049411194>

**PERFIL DE MULHERES ACOMETIDAS PELO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL  
EM USO DE INSULINA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal apresentado a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Saúde Perinatal.

Orientador: Geiza Martins Barros  
<http://lattes.cnpq.br/7541151984964312>

Rio de Janeiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE-ESCOLA



AMANDA HELENA GIL ALVES

**PERFIL DE MULHERES ACOMETIDAS PELO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL  
EM USO DE INSULINA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

Artigo apresentado ao Programa de  
Residência Multiprofissional em  
Saúde Perinatal da Maternidade-  
Escola da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos  
requisitos obrigatórios para obtenção  
do título de Enfermeira Especialista  
em Saúde Perinatal.

Aprovado em 28 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Geiza Martins Barros  
Ms. Geiza Martins Barros

Ms. Cristiane Barbosa Batista Saavedra  
Ms. Cristiane Barbosa Batista Saavedra

Dr. Saint Clair Gomes Júnior  
Dr. Saint Clair Gomes Júnior

Obs.: "Assinada conforme Resolução CEPG n. 02 de abril de 2020 art. 1, parágrafo 6º, inciso V,

## 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, retrospectivo e documental, constituído de 126 prontuários. **Principais 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

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%), ausência de natimortalidade e, dentre as indicações das cesarianas as mais frequentes descritas foram cesárea prévia, iteratividade, falha de indução e sofrimento fetal. **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 realização de cesarianas.

**Descritores:**

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Descrição das Características Sociodemográficas das mulheres com DMG

**Tabela 2** –

## **LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS**

DMG= Diabetes Mellitus Gestacional

DM= Diabetes Mellitus

SUS= Sistema Único de Saúde

OMS= Organização Mundial de Saúde

GIG= Grande para Idade Gestacional

RN= Recém-Nascidos

IMC= Índice de Massa Corpórea

SPSS= Statistica Package for Social Sciences

SHG= Síndrome Hipertensiva da Gravidez

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

MS= Ministério da Saúde

SBD= Sociedade Brasileira de Diabetes

FEBRASGO= Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

TOTG= Teste Oral de Tolerância a Glicose

NPH= Neutral Protamine Hagedorn

HAC= Hipertensão Arterial Crônica

## **APRESENTAÇÃO DA PESQUISA**

O presente artigo trata-se do perfil de mulheres acometidas pelo Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) em uso de insulina em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, o seu principal objetivo foi descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres na presença do DMG em uso de insulina, acompanhadas em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. O estudo presente estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro com CAAE nº CAAE 26332119.2.0000.5275 e nº de parecer 3.823.079. O estudo foi submetido para apreciação e possível publicação na Revista Coletiva (Barueri), desta forma, a partir

## APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

**Tipo de pesquisa:** Pesquisa Quantitativa

**Título da pesquisa:** Perfil de mulheres acometidas pelo Diabetes Mellitus Gestacional em uso de insulina em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**Palavras chaves:** Diabetes gestacional; Gravidez de alto risco; complicações na gravidez; insulina.

### **Autores:**

- Amanda Helena Gil Alves. Orcid nº 0000-0001-9097-3313. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal. Maternidade Escola da UFRJ. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

- Geiza Martins Barros. Orcid nº 0000-0002-1269-5845. Instituto Fernandes Figueira. Materno Infantil. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

### **Contribuições:**

**Análise estatística:** Amanda Helena Gil Alves; **Coleta de dados:** Amanda Helena Gil Alves;

**Conceitualização:** Amanda Helena Gil Alves, Geiza Martins Barros; **Gerenciamento do projeto:** Geiza Martins Barros; **Investigação, Metodologia, Redação: PreparO do original, revisão e**

**edição:** Amanda Helena Gil Alves E Geiza Martins Barros; **Software:** Amanda Helena Gil Alves; **Supervisão e validação:** Geiza Martins Barros; **Visualização:** Amanda Helena Gil Alves.

**Autor correspondente:** Amanda Helena Gil Alves. E-mail: amanda.giil.alves@gmail.com

**Objetivo:** 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, retrospectivo e documental, constituído de 126 prontuários. **Principais 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

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%), ausência de natimortalidade e, dentre as indicações das cesarianas as mais frequentes descritas foram cesárea prévia, iteratividade, falha de indução e sofrimento fetal. **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 realização de cesarianas.

**Financiamento:**



## 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 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 crescimento, a termo e, sem distúrbios respiratórios e metabólicos decorrentes da hiperglicemia materna <sup>(7)</sup>

Dentre os desfechos indesejáveis associados ao DMG, está à maior morbidade perinatal e, algumas das complicações maternas associadas, tais como a hipertensão, pré-eclâmpsia, polihidrâmnia e complicações neonatais como hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório, prematuridade e hiperbilirrubinemia<sup>(8)</sup>.

Estudos realizados no Sul do país demonstraram um risco aumentado para recém-nascidos tais estudos evidenciam resultados divergentes quando comparados com a prematuridade ambos referem não haver aumento significativo de RN com APGAR baixo no primeiro e quinto minuto de vida<sup>(9-10)</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

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e documental, com abordagem quantitativa<sup>(11)</sup>. A amostra compreendeu os registros de dados das mulheres diagnosticadas com DMG e o (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. 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). Deste modo, foi requisitado à Gerência de risco, a lista com o nome dos prontuários independentemente do tipo de diabetes no ano de 2019, tendo em vista que este setor é responsável pela aferição das prescrições de insulina da unidade. Após o levantamento do número dos prontuários foi solicitado ao setor de arquivo da instituição a liberação dos prontuários para análise. Foram solicitados para análise 318, sendo selecionados para o estudo 126 prontuários maternos e excluídos 192 prontuários por não atenderem aos critérios de seleção tais como: mulheres diagnosticadas com DMG e o (pré-natal, parto e pós-parto) no ano de 2019. 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. A seguir as variáveis que compuseram cada categoria:

I- Nacionalidade, idade, estado civil, cor e raça, escolaridade, ocupação, tabagista, etilista, drogas ilícitas, prática de atividade física;

II- Paridade, classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) pré-gestacional, número de consultas de insulina, comorbidade presente na gestação além do DMG, complicações maternas durante a gestação, IMC final, via de parto, intervenção no parto transpélvico, ocitocina pós-parto, óbito fetal, idade gestacional do parto, intercorrências no parto, reavaliação da glicemia a partir da 6ª semana após o parto, resultado da glicemia de jejum e/ou teste oral de tolerância a glicose a 75g de glicose.

As respostas das variáveis do estudo foram extraídas do prontuário através das seguintes

enfermagem na classificação de risco, histórico de enfermagem na admissão, boletim cirúrgico e/ou de parto transpélvico.

Para análise dos dados foi utilizado o software *Statistica Package 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>(12)</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

## 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**).

**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	
Cor e Raça	Sem registro	9	
	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	12,70
	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	0,80
	Não	116	92,06
	Sim	9	7,14
Drogas ilícitas	Sem registro	1	0,80
	Não	121	96,03
	Sim	4	3,17
Prática de atividade física	Sem registro	1	0,80
	Não	107	84,92
	Sim	10	7,94
	Sem registro	9	7,14

Além disso, 75,40% das mulheres eram múltiparas, 65,88% foram classificadas com IMC pré-gestacional de obesidade, sendo que 69,84% apresentaram IMC 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 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%. As principais razões para a indicação desta via foram: 11,90% cesárea prévia, 11,90% iteratividade, 9,51% falha de indução e 7,94% sofrimento fetal. 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. Estas mulheres tiveram como principal assistência ao trabalho de parto os denominados métodos não farmacológicos para o alívio da dor (19,04%) e, durante o parto as principais intercorrências foram: 9,52% lacerações e alterações relacionadas ao aumento do sangramento vaginal pós-parto imediato 3,17%. A ocitocina no pós-parto foi realizada em 92,86%. **(Tabela 2)**

**Tabela 2: Descrição das características obstétricas das mulheres com DMG**

		n	%
Paridade	Primíparas	31	24,60
	Múltiparas	95	75,40
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	25,40
Idade gestacional do diagnóstico de DMG	1º trimestre	3	2,38
	2º trimestre	64	50,80
	3º trimestre	58	46,02
	Sem registro	1	

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

		n	%
Tipo de insulina	Regular	5	3,97
	NPH	73	57,93
	Outras	1	0,80
	Regular e NPH	47	37,30
Comorbidade presentes na gestação além do DMG	Não	60	47,62
	Sim	66	52,38
Quais comorbidades?	Hipertensão	39	30,95
	Hipotireoidismo	11	8,73
	Doenças pulmonares	2	1,59
	Hipertensão e Hipotireoidismo	6	4,76
	Neuropatias e outras	1	0,79
	Não se aplica	60	47,62
Complicações maternas durante a gestação	Outras doenças	7	5,56
	Não	96	76,16
	Sim	30	23,81
Quais complicações?	Descontrole glicêmico	6	4,76
	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
IMC final	Adequado	7	5,56
	Sobrepeso	31	24,60
	Obesidade	88	69,84
Via de parto	Cesárea	70	55,56
	Transpélvico	9	7,14
	Cesárea com indução	24	19,05
	Transpélvico com indução	23	18,25
	Não se aplica	32	25,32
Indicação do parto cesáreo	Diabetes Mellitus Gestacional - DMG	3	2,38
	Doença hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG	4	3,17
	Hipertensão Arterial Crônica - HAC	1	0,80
	Cesárea prévia	15	11,90
	Crescimento intrauterino restrito - CIIUR associado à outra indicação	1	0,80
	Apresentação fetal (pélvico e/ou córmica)	1	0,80
	Iteratividade	15	11,90
	Trigemelar associado à outra indicação	1	0,80
	Gemelar associado à outra indicação	1	0,80
	Sofrimento fetal	10	7,94
	Cesárea a pedido	3	2,38
	Falha de indução	12	9,51
	Parada de progressão	4	3,17
	Macrossomia associada à outra indicação	2	1,59
	Cesárea prévia associada à outra patologia	11	8,73
	Gemelar	3	2,38
	Iteratividade associada à outra patologia	5	3,95
HAC associada à outra indicação	1	0,80	
Macrossomia	1	0,80	
Não se aplica	32	25,32	

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

		n	%
Intervenções no parto transpélvico e/ou trabalho de parto	Não	13	10,31
	Sim	32	25,40
	Não se aplica	81	64,29
Quais intervenções?	Métodos não farmacológicos para alívio da dor	12	9,51
	Analgesia de parto	2	1,59
	Ocitocina antes do parto	2	1,59
	Métodos não farmacológicos para alívio da dor e analgesia de parto	10	7,94
	Métodos não farmacológicos para alívio da dor, analgesia de parto e ocitocina antes do parto	2	1,59
	Métodos não farmacológicos para alívio da dor e ocitocina antes do parto	2	1,59
	Método não farmacológico para alívio da dor, ocitocina antes do parto e episiotomia	2	1,59
	Não se aplica	94	74,60
	Ocitocina pós-parto	Não	0
Sim		117	92,86
Sem registro		9	7,14
Óbito fetal	Não	126	100,00
	Sim	0	0,00
Idade gestacional do parto	Pré-termo	11	8,73
	Termo	115	91,27
Intercorrências no parto	Não	108	85,71
	Sim	18	14,29
Quais intercorrências no parto?	Distócia de ombro	1	0,80
	Laceração	12	9,52
	Outras	1	0,80
	Hemorragia, sangramento e atonia uterina	4	3,17
	Não se aplica	108	85,71
Reavaliação da glicemia a partir da 6ª semana após o parto	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



## 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>(13)</sup>. No entanto, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) o aumento do risco para a hiperglicemia na gestação vem com o avançar da idade e em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos <sup>(4-14)</sup>. Este dado pode estar relacionado à prevalência de gravidez em mulheres mais jovens, uma vez que, um estudo de revisão integrativa contendo pesquisas de 2009 a 2019 também evidenciou a idade materna avançada como um fator de risco para o DMG <sup>(15)</sup>.

Com relação ao estado civil, neste estudo, 46,83% das mulheres possuíam companheiro. Outro estudo que avaliou 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>(16)</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>(17)</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>(16-18)</sup>. Todavia, estudos mostraram ser complexa a associação da etnia ao DMG na população brasileira devido a miscigenação inerente <sup>(19)</sup>.

Um estudo realizado no Hospital de Braga (Portugal) sobre os fatores de risco para o DM em mulheres com antecedentes de DMG evidenciou que a maioria das mulheres não tinham emprego com remuneração. Nesta pesquisa, 61,11% das mulheres possuíam emprego com remuneração na gestação atual <sup>(20)</sup>.

Neste estudo foi identificado que 11,9% e 3,17% utilizaram drogas lícitas e ilícitas, respectivamente, durante a gestação. O estudo citado anteriormente, que apresentou a idade materna avançada como fator de risco para DMG também identificou o uso de drogas como fator de risco relacionado ao DMG <sup>(15)</sup>.

Ademais, o presente estudo mostrou que maioria das mulheres (84,92%) não praticavam atividade física, em concordância com um estudo que avaliou o perfil e o conhecimento das práticas 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>(16)</sup>. A prática de atividade física e o estado nutricional pré-gestacional podem estar associados à proteção de riscos relacionados ao DMG <sup>(15)</sup>.

### **Dados obstétricos e clínicos**

A tabela 2 demonstrou que 75,40% das mulheres eram consideradas múltiparas, aqui, classificadas com pelo menos um parto em gestação anterior <sup>(21)</sup>. Um estudo que avaliou o diabetes gestacional em uma população do SUS demonstrou que a ocorrência do DMG em múltiparas é duas vezes maior quando comparadas as primigestas <sup>(22)</sup>.

No que tange o IMC, 96,83% das mulheres apresentaram-se em sobrepeso e obesidade, com e sem DMG demonstrou que a maioria da amostra estudada eram de sobrepeso e obesidade <sup>(10)</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>(14,15-23)</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>(24)</sup>. Deste modo, o MS preconiza o mínimo de seis consultas de pré-natal <sup>(25)</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.

Todavia, vale ressaltar que 25,40% das gestantes iniciaram o pré-natal na unidade de estudo no terceiro trimestre de gestação, no qual foram referenciadas, por ser uma unidade de referência, em sua área programática, de pré-natal de alto risco. Esta transição do pré-natal de risco habitual para o alto risco pode implicar na quantidade inferior de consultas recomendadas pelo MS quando comparadas aquelas que iniciaram no primeiro e segundo trimestre de gestação.

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

rastreamento e diagnóstico do DMG no país. Em situações de viabilidade financeira todas as gestantes devem realizar a glicemia de jejum no início do pré-natal para o diagnóstico de DMG e/ou DM diagnosticado na gestação e caso o resultado do exame evidencie valores inferiores a 92mg/dL, deve-se repetir o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG) com 75g de glicose entre 24 a 28 semanas de idade gestacional <sup>(23)</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 insulino terapia como tratamento de primeira escolha. Assim, as insulinas humanas mais

intermediária, indicada para controle da glicemia de jejum e glicemia pré-prandial e a insulina Regular de ação rápida para controle da glicemia pós-prandial <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 <sup>(26)</sup>.

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 glicêmicas. 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 <sup>(27)</sup>.

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 <sup>(21)</sup>

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 <sup>(28)</sup>.

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 que o número de cesariana, nestes casos, ainda é superior quando comparado ao parto normal (10,24-29).

Devido ao elevado número de cesariana, foi acrescentado neste estudo à análise de suas indicações. Ainda que a literatura mencione a cesárea prévia como uma das principais causas de indicação da cesariana subsequente, estudos demonstram a segurança do parto vaginal após uma cesárea prévia <sup>(24-30)</sup>. Nesta amostra, observou-se que 20,63% das indicações foram por cesárea prévia isolada ou associada à outra patologia. Um estudo realizado em um hospital no Sul do Brasil identificou que não ter cesárea prévia fez-se um fator protetor, visto que foi 80% menos prevalente em tal estudo <sup>(30)</sup>.

As mulheres tiveram como principal assistência ao trabalho de parto os denominados métodos não farmacológicos para o alívio da dor (19,04%) e, durante o parto as principais intercorrências foram: 9,52% lacerações e alterações relacionadas ao aumento do sangramento vaginal pós-parto imediato 3,17%. Um estudo realizado em uma maternidade de Belo Horizonte revelou que os métodos não farmacológicos para alívio da dor são práticas úteis, por demonstrar a satisfação das mulheres com seu parto, através das condições ofertadas para seu enfrentamento e os efeitos relacionados à duração do trabalho de parto, a redução do número de cesarianas e de partos vaginais instrumentados. Além disso, a oferta da analgesia medicamentosa de parto demonstrou ser uma prática inapropriada quando utilizada no primeiro estágio do parto <sup>(31)</sup>.

Dentre as intercorrências do parto transpélvico, um estudo realizado em Santa Catarina demonstrou a prevalência da laceração perineal, fato semelhante ao deste estudo que obteve predominância de tal intercorrência em 9,52% das parturientes <sup>(32)</sup>.

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 <sup>(33)</sup>.

No que se refere ao óbito fetal, um estudo realizado no Equador observou que o maior

com diabetes gestacional quando comparado com aquelas sem diabetes gestacional <sup>(34)</sup>. 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 <sup>(10)</sup>.

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 <sup>(10-29)</sup>.

Segundo a literatura, a maioria das mulheres manifesta 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 <sup>(21-4)</sup>. 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 <sup>(4)</sup>

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo trouxe como aspecto relevante o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres diagnosticadas e tratadas, em uma Maternidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 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, com 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, pequena taxa de complicações de saúde durante a gestação e uso frequente de tecnologias de cuidados, como os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto.

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

## 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.febrasgo.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-diagnostico-diabetes-mellitus-gestacional-no-brasil.pdf>
- 5- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Rastreamento e Número 11, 2019. [acesso em 2020 de out 15] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina>
- 6- Shen, Song-ying et al. Do pregnant women with gestational diabetes need continuous glucose monitoring? Diabetes Care 2020 junho; 43 (6): 1178 - 1184. [acesso 2020 nov. 10] Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-2527>
- 7- 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>
- 8- Mimoso G, Oliveira G. Mobilidade Neonatal na Diabetes Gestacional. 2017 abr. Acta Médica Portuguesa. Vol. 30 Edição 9, p589-598. 10p. [acesso em 2020 de out 15] Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.8033>
- 9- Amaral AR, Silva JC, Ferreira BS, Silva MRE, Bertini AMA. Impacto do diabetes

- Médica [acesso em 2020 de nov. 10] Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.1.19272>
- 10- 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.
  - 11- 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.
  - 12- Brasil, Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466/2012. [Acesso em: 2020 nov.19]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
  - 13- 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>.
  - 14- Brasil, Ministério da Saúde; Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres 2016 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf).
  - 15- 2019. p.15-19 - SBN: 978-85-7247-837-3 [acesso em 2020 de dez 12] Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/28746>
  - 16- 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>
  - 17- 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>
  - 18- Rossett TC, Wittmann T, Rotta K, Gonçalves RA, Pescador MVB. Prevalência do



- Journal Of Health (FGH) 2020 2(2), 195-204. - [acesso 2020 de nov. de 08] Disponível em: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i2.193>
- 19- Bolognani CV, Souza SS, Calderon IMP. Diabetes Mellitus Gestacional - Enfoque nos novos critérios diagnósticos. Com. Ciências Saúde - 22 Sup. 1: S31-S42, 2011 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/136936>
- 20- determinação de fatores de risco para Diabetes Mellitus. Rev Port. Endo. Diab. Met. 2015 vol. 10 pg. 8-13 [acesso 2020 de nov. de 08]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpedm.2014.05.004>
- 21- Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental - Exame físico obstétrico pg. 139 cap. 6 – 14ª edição – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- 22- 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>.
- 23- 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>
- 24- Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Atenção ao pré-natal de alto risco: 2012. [acesso em 2020 nov. 08] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Atenção ao pré-natal de baixo risco: 2013. [acesso em 2019 set. 10] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
- 26- Queiroz IS, Bertolin DC, Werneck AL. Complicações e doenças pré-existentes em 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>
- 27- 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>

- 28- 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>.
- 29- Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Neonatal outcomes according to diferente 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.jpmed.2016.04.004>
- 30- universitário de alta complexidade do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm 2017; 38 (3):e69141. [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.69141>
- 31- Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais – 2016. Esc. Anna Nery [online]. 2016, vol.20, n.2, pp.324-331. ISSN 2177-9465. [acesso em 2020 nov. 23] Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.
- 32- Bozatski BL, Pinto MF, Lavado MM. Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no Município de Itajaí, SC – 2019. Arquivos Catarinenses de Medicina, [S.l.], v. 48, n. 2, p. 34-55, jun. 2019. ISSN 18064280.
- 33- 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)
- 34- 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>

## Anexo I –



UFRJ - MATERNIDADE  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DAS MULHERES E NEONATOS NA PRESENÇA DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EM USO DE INSULINA

**Pesquisador:** AMANDA HELENA GIL ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26332119.2.0000.5275

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.823.079

#### **Apresentação do Projeto:**

Projeto de Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal, intitulado: PERFIL DAS MULHERES E NEONATOS NA PRESENÇA DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EM USO DE INSULINA. Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado através do levantamento documental. Serão incluídas na pesquisa as mulheres que foram diagnosticadas com Diabetes Mellitus Gestacional e o tratamento a base de insulina.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico de mulheres e neonatos na presença da diabetes mellitus gestacional em uso de insulina, acompanhados em uma Instituição Federal de Ensino do Estado do Rio de Janeiro. E como objetivos específicos: (i) descrever as características sociodemográficas das mulheres com diagnóstico de DMG que realizaram o pré-natal no ambulatório da Instituição; (ii) apresentar os desfechos obstétricos das mulheres com DMG em uso de insulina durante a gestação acompanhada no pré-natal do ambulatório da Instituição e (iii) descrever os cuidados prestados aos Recém-Nascidos filhos de mulheres com DMG em uso de insulina.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora identifica como risco deste estudo a segurança dos prontuários e se compromete a manipulação do mesmo exclusivamente no arquivo do estabelecimento de saúde, que refere a seu

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2556-9747

**Fax:** (21)2205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.823.079

local de origem. Ademais, considera-se como risco o vazamento de informações obtidas nos prontuários, desta maneira somente a pesquisadora principal e sua orientadora terão acesso a essas informações. A fim de minimizar os riscos, a análise de dados será realizada pelas mesmas, através de computador protegido por senha e os dados mantidos em sigilo.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao conhecimento do perfil clínico das mulheres e seus neonatos, de modo a garantir aprimoramento da atenção especializada a esta clientela, impactando de forma positiva na qualidade de vida dos usuários.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e factível.

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

Cronograma ok

Orçamento ok

Instrumento de coleta de dados ok

TCLE – a pesquisadora solicita a dispensa no relatório da Plataforma Brasil

Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados: anexado como orientada, inclusive dentro do projeto.

Data corrigida na contracapa.

Reavaliou o desenho de estudo como solicitado pelo último parecer, sendo classificado como estudo descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa.

Explicada o tamanho amostral (conveniência a partir do número de gestantes atendidas e acompanhadas na Maternidade Escola UFRJ que tiveram seus partos durante o ano de 2019).

Descriminou as partes/fichas dos prontuários de onde serão retirados cada uma das variáveis do estudo.

Substituiu os itens 2 e 23 da ficha de coleta de dados para variáveis de tipo de insulina usado e comorbidades presentes.

Retirou critérios de exclusão do projeto.

#### **Recomendações:**

Sem pendências.

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

Projeto pertinente, factível, metodologicamente adequado, com temática relevante, sem

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2556-9747

**Fax:** (21)2205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br





Continuação do Parecer: 3.823.079

pendências para sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Obs.: O parecer consubstanciado, emitido pelo colegiado, encontra-se disponível na árvore lateral esquerda de arquivos, na pasta "Pareceres".

Caso o pesquisador necessite submeter uma emenda futuramente, favor seguir o modelo e orientações de preenchimento disponibilizados no site do CEP ME-UFRJ.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1479799.pdf	09/01/2020 15:33:08		Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAMANDA.pdf	09/01/2020 15:32:26	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Outros	TermoCompromissoAMANDA.pdf	09/01/2020 15:27:41	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Outros	InstrumentocoletaAMANDA.xlsx	09/01/2020 15:25:59	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Outros	RespostasPendenciasProjetoAMANDA.docx	09/01/2020 15:24:05	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Projeto Detalhado	ProjetoAMANDA.docx	09/01/2020	AMANDA HELENA	Aceito

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2556-9747

**Fax:** (21)2205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.823.079

/ Brochura Investigador	ProjetoAMANDA.docx	15:20:59	GIL ALVES	Aceito
Outros	InstrumentodecoletaAMANDA.xlsx	27/11/2019 14:34:12	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAMANDA.pdf	27/11/2019 14:32:24	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Orçamento	OrcamentoAMANDA.xlsx	26/11/2019 23:47:08	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito
Cronograma	CronogramaAMANDA.xlsx	26/11/2019 23:45:28	AMANDA HELENA GIL ALVES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Fevereiro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Ivo Basilio da Costa Júnior**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua das Laranjeiras, 180

**Bairro:** Laranjeiras

**CEP:** 22.240-003

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2556-9747

**Fax:** (21)2205-9064

**E-mail:** cep@me.ufrj.br

REVISTA SAÚDE COLETIVA (Barueri)  
(ISSN 1806-3365)  
Editora MPM Comunicação  
Av. Yojiro Takaoka, 4384, SI 705  
Conjunto 5209, Santana do Parnaíba-SP  
E-mail: atendimento@mpmcomunicacao.com.br  
(11) 4152-1879

#### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo denominado: **PERFIL DE MULHERES ACOMETIDAS PELO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL COM INSULINOTERAPIA EM UMA MATERNIDADE FEDERAL**, das autoras: Amanda Helena Gil Alves e Geiza Martins Barros.

Foi avaliado e aceito para fins de publicação pela Comissão Editorial da *Revista Saúde Coletiva (Barueri)*.

São Paulo, 25 de fevereiro de 2021.

**saúdecoletiva** **MPM**  
Editora