

Diagnóstico de Diabetes no Pré-natal: Acompanhamento e Desfechos em um Hospital Público

RESUMO

OBJETIVO: avaliar o rastreamento de diabetes melitus gestacional e o acompanhamento gestacional relacionado a essa patologia; além de descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres pesquisadas, bem como a via de parto e os desfechos maternos e neonatais. **MÉTODO:** estudo epidemiológico, descritivo, transversal, prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado com 100 puérperas maiores de 18 anos, que pariram no Hospital Regional do Gama, em janeiro de 2025. **RESULTADO:** Somente um terço das pesquisadas tinham registro da glicemia de jejum no cartão de pré-natal e somente 18 delas tinham realizado teste oral de tolerância à glicose. **CONCLUSÃO:** o rastreio e diagnóstico do diabetes mellitus gestacional é falho, contrariando as recomendações atuais da OMS e Ministério da Saúde, o que acarreta e um acompanhamento gestacional inadequado e riscos para o binômio.

DESCRIPTORIOS: diabetes induzida pela gravidez; cuidado pré-natal; prevenção secundária; avaliação de processos em cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the screening for gestational diabetes mellitus and the prenatal care related to this condition; to describe the sociodemographic and obstetric profile of the women studied, as well as the mode of delivery and maternal and neonatal outcomes. **Method:** An epidemiological, descriptive, cross-sectional, prospective study with a quantitative approach, conducted with 100 postpartum women over 18 years old, who gave birth at the Regional Hospital of Gama in January 2025. **Results:** Only one-third of the participants had a record of fasting blood glucose in their prenatal card, and only 18 of them had undergone an oral glucose tolerance test. **Conclusion:** The screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus is inadequate, contrary to the current recommendations of the WHO and the Ministry of Health, which results in improper prenatal care and risks for both mother and baby.

DESCRIPTORS: Gestational diabetes; Prenatal care; Secondary prevention; Health care process evaluation.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el rastreo de la diabetes mellitus gestacional y el seguimiento prenatal relacionado con esta patología; además de describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres investigadas, así como la vía de parto y los resultados maternos y neonatales. **Método:** Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, prospectivo, de enfoque cuantitativo, realizado con 100 puérperas mayores de 18 años, que parieron en el Hospital Regional de Gama, en enero de 2025. **Resultados:** Solo un tercio de las participantes tenían registro de la glicemia en ayunas en su tarjeta de prenatal y solo 18 de ellas se habían realizado la prueba oral de tolerancia a la glucosa. **Conclusión:** El rastreo y diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional es deficiente, lo que contraviene las recomendaciones actuales de la OMS y el Ministerio de Salud, lo que provoca un seguimiento prenatal inadecuado y riesgos para la madre y el binomio.

DESCRIPTORIOS: Diabetes inducida por el embarazo; Cuidado prenatal; Prevención secundaria; Evaluación de procesos en cuidados de salud.

Ellen Carla Gomes

Enfermeira. Pós-graduanda da Residência de Enfermagem em Obstetrícia da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3145-2305>

Hygor Alessandro Firme Elias

Enfermeiro Obstetra. Mestre em Enfermagem, Tutor do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Fundação de Ensino em Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Brasília, (DF), Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4285-902X>

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro

Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde. Coordenadora da Residência de Enfermagem Obstétrica da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9882-9455>

Recebido em: 10/03/2025

Aprovado em: 26/03/2025

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica de causas multifatoriais. Em 2022, a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classificou os tipos de Diabetes Mellitus (DM) de acordo com sua etiopatogenia, em Diabetes Mellitus do tipo 1, do tipo 2, gestacional, entre outros tipos. O DM tipo 2 é o mais comum e está associa-

do ao envelhecimento e à obesidade, tendo início insidioso e é caracterizado pela resistência celular à ação da insulina ou deficiência parcial da secreção de insulina pelas células beta pancreáticas; já o tipo 1 é mais comum em crianças e adolescentes, manifesta-se também em adultos e caracteriza-se pela destruição total das células beta pancreáticas, apresentando-se de maneira abrupta, com uso de insulina exógena desde o diagnóstico⁽¹⁾.

A hiperglicemia materna é uma das alterações mais comuns na gestação, podendo cursar de duas maneiras distintas: o Diabetes Mellitus prévio à gestação e o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)^(2,3). O DMG é entendido como uma intolerância aos carboidratos, que ocorre na gestação, porém quando fora do período gestacional não preenche os critérios para diagnóstico de DM^(1,3,4).

A nutrição fetal ocorre através da secreção placentária de hormônios e mediadores metabólicos que promovem a hiperglicemia materna. Deste modo, a gestação habitual proporciona o aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores da glicemia em jejum. No decorrer da gestação, se a produção de insulina pelo pâncreas não corresponder as necessidades do organismo materno, instala-se o estado de hiperglicemia^(4,5).

O DMG apesar de ser uma complicação frequente, muito embora se resolva com o findar do período gestacional, algumas consequências podem se perpetuar e levar a desfechos desastrosos tanto para a mãe quanto para o feto^(3,4,5,6).

O DMG reflete diretamente nos índices de mortalidade/morbididade materna e neonatal. Os riscos de resultados negativos envolvendo a DMG estão atrelados desde o diagnóstico da gravidez, ao longo de todo período gestacional, com implicações no parto e no puerpério⁽²⁾. Esses riscos envolvem abortamento, prematuridade, macrosomia, teratogênias, pré-eclâmpsia,

distocia de ombros, risco de submissão a cirurgias cesáreas, hipoglicemia no neonato, além de repercussões ao longo do tempo, como risco de DMG em uma gestação posterior, predisposição para doenças cardiovasculares, obesidade infantil entre outras decorrências^(2,3,4,6,7).

O que distingue DM prévio à gestação e DMG são os valores de hiperglicemia. Esses valores devem ser analisados no início e na metade da gestação. O Ministério da Saúde recomenda que o rastreio seja universal, ou seja, à todas as mulheres com diagnóstico de gravidez devem ser solicitadas o exame de glicemia de jejum ou teste oral de tolerância à glicose, sem a necessidade de estratificação de riscos para a realização do exame⁽³⁾.

No exame de glicemia de jejum, o diagnóstico de DMG é estabelecido com variações de valores iguais ou superiores a 92 mg/dL até 125 mg/dL, já os valores superiores a 126 mg/dL caracterizam como diabetes prévio à gestação; resultados com valores inferiores a 92 mg/dL significa ausência de distúrbio metabólico no momento^(3,7).

Para as gestantes que obtiverem resultados inferiores a 92 mg/dL no exame de glicemia de jejum (GJ), deve ser solicitado entre a 24^a a 28^a semana gestacional o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), que é a ingestão oral de com 75 g de dextrose ou glicose, com coleta de sangue periférico após a ingestão, na primeira hora e na segunda hora subsequente a ingestão do líquido. Deste modo, considera-se DMG as mulheres que apresentarem qualquer valor alterado em um dos três momentos do exame e os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL, respectivamente. Caso o valor na segunda hora for ≥ 200 mg/dL, considera-se diabetes prévio, porém diagnosticado na gestação^(3,7).

O tratamento do DMG visa à normoglicemia. Métodos farmacológicos e não farmacológicos podem ser empregados para garantir a minimização de

riscos e prevenir os desfechos perinatais adversos. Dentre as formas não farmacológicas, orientações em saúde como dieta adequada, encaminhamento ao profissional nutricionista e prática de exercícios físicos podem em sua maioria manter os níveis glicêmicos normais, que em jejum deverá ser inferior a 92 mg/dL, uma hora pós-prandial inferior a 140 mg/dL e duas horas pós-prandial inferior a 120 mg/dL^(1,2,3,5).

Quando há falha no seguimento não farmacológico do DMG, a insulino-terapia é a primeira opção para controle. Os hipoglicemiantes orais são controversos para uso na gestação, pois ainda não há estudos que evidenciem as repercussões ao longo da vida das crianças que sofreram exposição intrauterina a essas drogas^(3,7).

O perfil glicêmico deve ser realizado diariamente pelas gestantes que estejam em tratamento não farmacológico, por pelo menos 3 vezes por semana, em quatro momentos distintos (em jejum, após o café da manhã, após o almoço, e após o jantar), mas aquelas com uso de insulina o controle é de preferência diário⁽³⁾.

A assistência de enfermagem tem o foco de promover as ações de promoção, prevenção, a conscientização, diagnóstico e manejo do DMG. As condutas esperadas em um acompanhamento pré-natal são orientações sobre alimentação, a prática de atividades físicas e o uso de medicamentos, quando necessário. As gestantes, desse modo poderão realizar o autocuidado de forma adequada, evitando agravamento do DMG e diminuindo riscos de desfechos desfavoráveis. Essas ações são essenciais para prevenir consequências prejudiciais tanto para as mulheres quanto para os seus filhos, famílias e sociedade⁽⁸⁾.

Deste modo, esse trabalho tem como objetivo avaliar o rastreamento de DMG através dos registros nos cartões de pré-natal, o acompanhamento gestacional relacionado a essa patologia,

descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico dessas mulheres, bem como a via de parto e os desfechos maternos e neonatais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, prospectivo, de abordagem quantitativa, estruturado conforme recomendações do checklist STROBE.

As participantes da pesquisa foram puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Regional do Gama, admitidas no mês de janeiro de 2025. Este hospital, além de receber as gestantes da Região Administrativa (RA) do Gama, atende também 4 municípios do Estado de Goiás (Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia e Valparaíso de Goiás), pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Ocupa uma área de 94.570,39 quilômetros quadrados e sua população é de 4.808.484 milhões de habitantes. A Portaria nº1321 de 14 de dezembro de 2018, que trata sobre a vinculação dos atendimentos obstétricos no Distrito Federal, estabelece que o Hospital Regional do Gama atenda partos e nascimentos das grávidas com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas da RA e municípios do entorno citados.

A amostra da pesquisa abrange 100 puérperas de partos ocorridos no HRG, independentemente da via de parto, de todas as pacientes que estiverem internadas no Alojamento Conjunto (Alcon) durante o período da pesquisa. As puérperas foram convidadas a participar do projeto durante o período diurno e de forma presencial. Após as explicações da finalidade da pesquisa e o aceite da participação, o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e assinado por ambas as partes. O estudo ocorreu no mês de janeiro de 2024.

Os critérios de inclusão foram pa-

cientes admitidas no Alojamento Conjunto do HRG no período da pesquisa, portando cartão de pré-natal e que aceitassem participar. Os critérios de exclusão foram menores de idade, pacientes sem pré-natal ou que não tenham levado o cartão para o hospital, além de eventuais puérperas de prematuros extremos, onde o rastreio do DMG foi comprometido.

A coleta de dados foi realizada por meio da alimentação de um questionário estruturado, cuja informações eram colhidas da avaliação do cartão de pré-natal, do prontuário eletrônico da paciente, além da realização de entrevista com a puérpera. Os dados foram dispostos em planilha no Libre Office Calc 2024® e analisados em frequência e porcentagem com estatística descritiva simples.

O estudo obedeceu a resolução do CNS/2012 para pesquisa com seres humanos (Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012) e foi submetido à

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/SES/DF com o parecer nº 6.590.506 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 83195824.0.0000.5553.

RESULTADOS

Dentre as 100 puérperas participantes, a idade média foi de 29 anos. Em relação à escolaridade, 1 se declarou como analfabeta, 25 possuíam o ensino fundamental incompleto, 4 o fundamental completo, 31 estavam cursando ensino médio, 30 ensino médio completo e 9 tinham ensino superior. Quase a metade das mulheres era procedentes do município de Valparaíso de Goiás (n=48). A cor prevalente das participantes foi declarada como parda (n=83). Em relação ao estado civil, a maioria referiu união estável ou morar juntos (n=60), seguido das que se declararam casadas (n=27) e solteiras (n=13). Os dados estão organizados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes na pesquisa. Gama (DF), Brasil, 2025. n=100.

Caracterização das participantes		
	Variáveis	Frequência absoluta e %
Idade	18-22	30
	23-27	9
	28-32	22
	33-37	20
	38-41	19
Escolaridade	Analfabeta	1
	Ensino Fundamental Incompleto	25
	Ensino Fundamental Completo	4
	Ensino Médio (em curso)	31
	Ensino Médio Completo	30
Raça/cor	Ensino Superior	9
	Branca	9
	Preta	8
	Parda	83

Estado Civil	Casada	27
	Solteira	13
	União Estável ou mora junto com parceiro	60
Local da assistência pré-natal	Valparaíso	48
	Luziânia	19
	Gama	17
	Cidade Ocidental	13
	Cristalina	2
	Novo Gama	1

A respeito da assistência pré-natal, a mediana do número de gestações foi de 2,5 variando de 1 a 7 gestações. Em 92% dos casos, as gestações aconteceram sem planejamento. A maioria das consultas de pré-natal foram iniciadas no 2º trimestre (n=48), seguido daquelas que iniciaram no 1º trimestre (n=42) e no 3º trimestre (n=10). Quanto ao número de consultas, 39 mulheres frequentaram a mais de 10 visitas ao pré-natal, 34 frequentaram a pelo menos 6 visitas e 27 não completaram 6 consultas. Estes dados constam na tabela 2.

Fonte: autoria própria (2025).

Tabela 2 – Características obstétricas das participantes na pesquisa. Gama (DF), Brasil, 2025. n=100.

Caracterização das participantes		
	Variáveis	Frequência absoluta e %
Paridade	G1	30
	G2	20
	G3	10
	G4	12
	G5	14
	G6	6
	G7	8
Número de consultas	1-5	27
	6-10	34
	>10	39
Trimestre de início do pré-natal	1º	42
	2º	48
	3º	10
Planejamento da gravidez	Sim	8
	Não	92
Maturidade Gestacional	Termo	88
	Pós-termo	12
Realizou o TOTG?	Sim	18
	Não	82
Glicemia de Jejum 1º tri	Sim	33
	Não	77
Glicemia de Jejum 3º tri	Sim	7
	Não	93

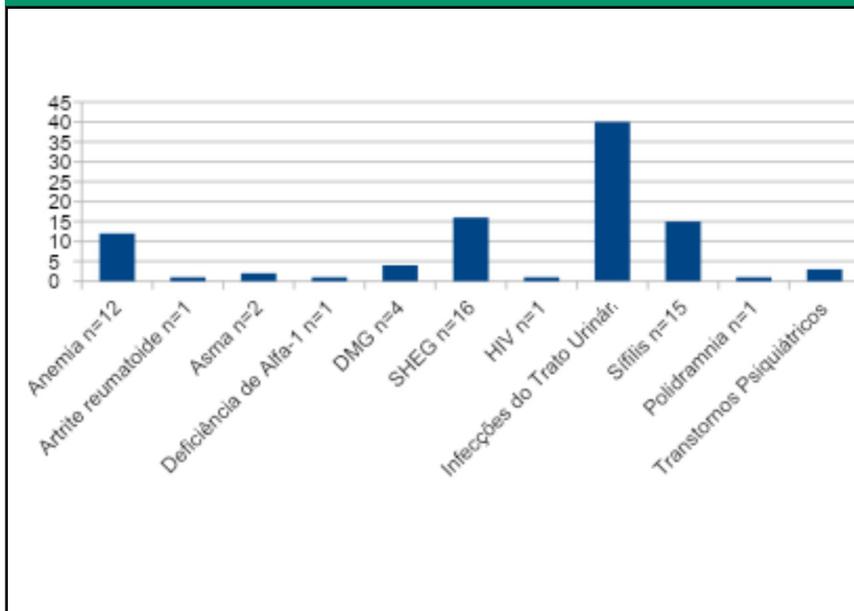
Fonte: autoria própria (2025).

Um terço das pacientes (n=33) apresentou resultados de glicemia de 1º trimestre expresso no cartão de pré-natal, sendo destas, 3 apresentaram resultados superiores a 92 mg/dL e seguiram a rotina do pré-natal de risco habitual, sem saber sobre o diagnóstico de DMG até o momento da internação. O TOTG foi realizado somente por 18 mulheres, todas elas em momento oportuno, da 24ª a 28ª semana. Em duas delas, o exame não era necessário, pois já apresentavam valores da glicemia de jejum conclusivos para diagnóstico de DMG. Das outras 16 mulheres, observou-se a interpretação correta dos valores de glicemia, sendo quatro orientadas quanto ao DMG, recebendo orientações sobre dieta, atividade física, consulta com a nutricionista e monitoramento da glicemia. Apenas uma dessas mulheres apresentou o monitoramento do perfil glicêmico, conforme solicitado pelos profissionais do pré-natal.

Os motivos de internação foram: início do trabalho de parto espontaneamente (n=43), rotura da bolsa das águas (n=15), encaminhamento do pré-natal para resolução da gestação (n=13), pós-datismo (n=12), síndromes hipertensivas exclusivas da gestação (n=10) e chegada no serviço em período expulsivo do trabalho de parto (n=7).

As principais intercorrências relacionadas na gestação (gráfico 1) foram: 40 infecções do trato urinário (ITU), 16 Síndromes Hipertensivas Exclusivas da Gestação (SHEG), 15 infecção por sífilis, 12 anemia, 4 DMG, 3 transtornos psiquiátricos, 2 asma, 1 artrite reumatoide, 1 deficiência de Alfa-1, 1 infecção por HIV e 1 polidramnia.

Gráfico 1 – Intercorrências na gestação. Gama (DF), Brasil, 2025. n=100.

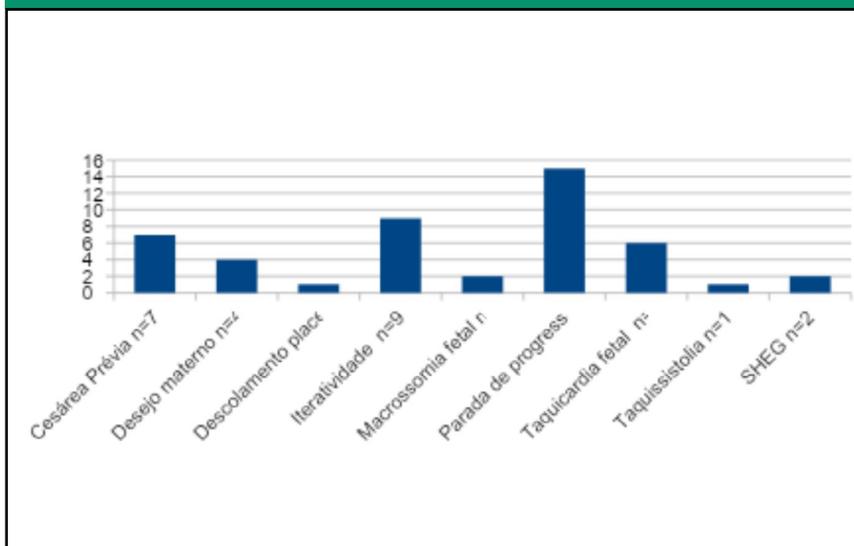


Fonte autoria própria (2025).

A via de parto principal das pacientes pesquisadas foi a cesariana (n=54). O gráfico 2 representa o

motivo das indicações das cesáreas e a tabela 3 demonstra os desfechos maternos e neonatais.

Gráfico 1 – Intercorrências na gestação. Gama (DF), Brasil, 2025. n=100.



Fonte autoria própria (2025).

A via de parto principal das pacientes pesquisadas foi a cesariana (n=54). O gráfico 2 representa o

motivo das indicações das cesáreas e a tabela 3 demonstra os desfechos maternos e neonatais.

Tabela 2 – Características obstétricas das participantes na pesquisa. Gama (DF), Brasil, 2025. n=100.

Caracterização das participantes		
	Variáveis	Frequência absoluta e %
Via de parto	Cesariana	54
	Vaginal	46
Feto vivo?	Sim	100
	Não	0
Score de APGAR 1º minuto de vida	0-3	4
	4-6	4
	7-10	92
Score de APGAR 5º minuto de vida	0-3	0
	4-6	4
	7-10	96
Classificação de peso do RN	PIG	2
	AIG	94
	GIG	4
Local de permanência do RN	Alojamento Conjunto	98
	UCIN	2

Fonte: autoria própria (2025).

Das 46 mulheres que tiveram parto por via vaginal, 19 tiveram lacerações de 1º grau, 14 tiveram lacerações de 2º grau e 1 sofreu episiotomia.

Todos os bebês nasceram vivos, 98% se encontravam junto de suas mães no Alcon e 2 estavam sendo acompanhados na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) por suspeita de cardiopatias congênitas. Dois recém-nascidos (RN) apresentaram fácies síndromica para trissomia do 21 (síndrome de Down), sendo necessária investigação genética para confirmação, um nasceu com polidactilia e um com hipospádia. Quase a totalidade dos RN (n=96) apresentaram escore de APGAR entre 7 e 10, que representa boa vitalidade ao nascer.

Das principais intercorrências no puerpério, 10% de todas as mulheres,

independente da via de parto, tiveram hemorragia pós-parto; cinco delas relatou aumento dos níveis pressóricos; três apresentaram anemia e duas queixaram de distensão abdominal.

Os principais problemas que justificaram a permanência dos RN por maior período em alojamento conjunto foram: icterícia (n=8), exposição à sífilis (n=5), hipoglicemia (n=3), sífilis congênita (n=1) e RN exposto ao HIV (n=1).

DISCUSSÃO

Em 2019, o Relatório Epidemiológico sobre Natalidade no Distrito Federal demonstrou resultados referentes às características maternas brasilienses, no qual observou-se um aumento de nascidos vivos de mães com mais de 35 anos e redução nas demais faixas etárias⁽⁵⁾. Os resultados desse estudo não mostra-

ram essa tendência, pois predominaram as mulheres mais jovens.

O Distrito Federal apresenta grande diversidade territorial e fatores como a idade das mães, o índice de nascimentos, a paridade e a fecundidade podem diferir conforme a Região Administrativa (RA) em análise⁽⁵⁾. O Hospital Regional do Gama serve como um ponto de referência para partos e nascimentos de municípios próximos ao DF, e a pesquisa confirmou que a maior parte do atendimento pré-natal foi realizado pelos municípios de Goiás, enquanto a minoria dos atendimentos correspondia à RA do Gama.

O acesso pré-natal gera impactos positivos nos desfechos maternos e neonatais, por suas intervenções contribuírem na redução da morbimortalidade materna e perinatal. A Organização Mundial de Saúde recomenda que se-

jam feitas minimamente seis consultas no ciclo gravídico e que essas consultas sejam iniciadas ainda no primeiro trimestre, ou seja, até a 12ª semana de gestação⁽⁶⁾. Apesar disto, o estudo demonstrou que mais da metade das mulheres entrevistadas não iniciaram o atendimento da cobertura pré-natal no primeiro trimestre, contudo a maior parte possuía o mínimo de seis consultas, conforme preconizado pela OMS e Ministério da Saúde, e ainda assim não havia registros relacionados a triagem do DMG na maioria dos cartões de pré-natal.

Cabe mencionar que diversos motivos podem levar a ausência do pré-natal, em especial no primeiro trimestre. Os aspectos podem estar ligados à mulher como a falta de planejamento familiar, dificuldades para aceitar a gestação, rede de apoio inexistente, mas também podem estar associados ao serviço, como a disponibilidade de agendamento e a carência de profissionais. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), inserido na equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), tem um papel fundamental na captação precoce das gestantes. Este realiza ações de visitas domiciliares e busca ativa contribuindo assim para o fortalecer a conexão entre essas mulheres e os serviços de saúde⁽⁷⁾.

O grau de adesão às consultas pré-natais pode estar diretamente relacionado ao grau de escolaridade materna. Sabe-se ainda que quando este é inferior a oito anos, impacta diretamente nos cuidados perinatais ofertados e tem repercussão nas Taxas de Mortalidade Infantil (TMI). A TMI reflete sobre as sociedades e possibilita avaliação das condições de vida das pessoas e pode ser a mola propulsora para o planejamento de políticas públicas que contemplem a atenção assistencial ao binômio⁽⁸⁾. Neste estudo, percebeu-se que pouco mais de um quarto das mulheres entrevistadas não completaram o ensino fundamental.

O planejamento reprodutivo e a

aceitação da gestação também estão associados ao início precoce do atendimento pré-natal e ao maior número de consultas. No Brasil, esta prática está regulamentada pela Lei 9.263/1996, a qual trata sobre o poder de decisão sobre a fecundidade dado às mulheres e sobre os métodos para conceber bem como os métodos para evitar o aumento da prole⁽⁹⁾. No entanto, apenas 8% das mulheres participantes da pesquisa referiram ter planejado a gestação.

A Portaria nº1321, de 14 de dezembro de 2018, que organiza os fluxos de atendimentos obstétricos no Distrito Federal, estabelece que apenas as mulheres com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas (gestação a termo) podem ser recebidas para parir no Hospital Regional do Gama⁽¹⁰⁾. Os dados encontrados na pesquisa estão de acordo com a Portaria citada.

O conjunto de ações realizadas no pré-natal auxilia o monitoramento do progresso da gravidez e evita problemas que possam ameaçar a vida da mãe e do bebê. Essas ações no geral são simples, acessíveis e de baixo custo. São estratégias de cuidados baseadas na humanização, como escuta ativa, diálogo e fortalecimento do vínculo, assim como outras rotinas estabelecidas em protocolos, como a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames. Essas medidas tendem a contribuir para promoção de saúde e prevenção de doenças⁽¹¹⁾.

A respeito do rastreamento do DMG, o Ministério da saúde recomenda que haja solicitação da glicemia de jejum de forma universal e mesmo aquelas com valores inferiores a 92mg/DL sejam encaminhadas para realizar o Teste Oral de Tolerância a glicose (TOTG) entre a 24ª e 28ª semana de idade gestacional⁽²⁾. Ainda assim, somente um terço das pesquisadas tiveram registros em seus cartões de pré-natal dos resultados da glicemia de jejum, e somente metade destas apresentaram resultados na caderneta da saúde da gestante relativo

ao TOTG, sendo que nem sempre esses dados foram interpretados da forma adequada.

No ano de 2014 foi realizado um estudo semelhante ao proposto, com 1340 puérperas do Nordeste brasileiro, para avaliar o rastreio e diagnóstico do DMG nos atendimentos pré-natais, início de abertura do cartão, datas das solicitações de exames, suas interpretações e o acompanhamento.

“ Os achados coincidem com os deste estudo, pois houve início tardio da assistência pré-natal, falta de realização de exames, interpretação equivocada e acompanhamento insatisfatório das gestantes em 91% das mulheres avaliadas⁽¹²⁾. ”

Entretanto, cabe ressaltar que em 2014, as recomendações para o rastreo de DMG divergiam das atuais.

Já em 2020, outra pesquisa pretendeu avaliar a qualidade da assistência pré-natal no estado de Sergipe, em conformidade com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O objetivo era avaliar o conjunto de medidas e recomendações básicas que devem ser ofertadas a todas as gestantes, assim como analisar critérios como a idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal, número de consultas frequentadas, rotina de exames laboratoriais, quadro vacinal e atividades/orientações educativas fornecidas, em uma amostra de 768 puérperas. Considerando apenas os resultados para o rastreamento da glicemia materna, o estudo revelou que ainda nos casos em que os resultados referentes a primeira glicemia tinham sido elevados, em nenhum município essa cobertura chegava a 100% das mulheres, o que contraria as recomendações atuais do ministério da Saúde, que indica essa triagem de forma universal⁽¹³⁾.

Já em 2022 foi conduzido um estudo observacional cujo objetivo era pesquisar a solicitação de exames e diagnóstico de gestantes com hiperglicemia prévia ou diagnosticada na gestação. A pesquisa ocorreu na RA de Taguatinga-Distrito Federal, em um ambulatório de ultrassonografia. Participaram da amostra 92 gestantes, sendo elas categorizadas em quatro grupos distintos: gestantes com classificação adequada com base nos resultados dos exames; gestantes com resultados positivo para DMG e que não foram diagnosticadas; gestantes que foram classificadas como DMG, porém já eram DM prévio e, por fim, gestantes que não realizaram exames, mas que apresentavam macrosomia fetal⁽¹⁴⁾.

O estudo revelou que o TOTG foi solicitado a 40,38% das gestantes, que já deveriam ter sido diagnosticadas com o resultado da glicemia de jejum, con-

trariando as recomendações do MS e expondo o organismo materno ao excesso de glicose. Dentre os resultados, 15% tiveram o diagnóstico por algum método laboratorial, mas nenhuma recebeu diagnóstico e foi acompanhada conforme protocolo. Além disso, 50% apresentaram peso fetal aumentado para idade gestacional, podendo assim comprometer a saúde fetal e materna, além ainda de incidir sobre as taxas de cesarianas entre outros maus desfechos associados a essa síndrome metabólica.

“ Outro achado foi que 5% das mulheres entrevistadas não tinha nenhum exame de rastreamento para hiperglicemias, mas os fetos apresentavam peso fetal excessivo e por isso foram incluídas no estudo. ”

A macrosomia é uma das principais complicações nos quadros de hiperglicemia, as quais poderiam ter sido evitadas caso o rastreamento tivesse sido realizado⁽¹⁴⁾.

Observou-se ainda nessa pesquisa uma maior propensão às induções ao parto vaginal que não tiveram sucesso, especialmente entre àquelas com DMG, independente do acompanhamento. Isso também resultou num aumento de

cesáreas devido a falhas nas induções ou reações fetais à indução com misoprostol, como taquicardias ou bradicardias. São necessários outros estudos para verificar se o método de indução é realizado com diretrizes atualizadas e se é conduzido da maneira recomendada, não sendo possível estabelecer uma relação entre essa condição e os resultados observados nesta pesquisa

CONCLUSÃO

Ao observar o baixo quantitativo de gestantes que receberam o adequado monitoramento do DMG na gestação, evidenciou-se que há falhas no percurso do acompanhamento gestacional. É sabido que para que se possa assegurar o bem-estar das gestantes e dos nascituros, evitar complicações e desfechos adversos, é crucial adotar estratégias preventivas e ofertar treinamento às equipes da porta de entrada dessa população no Sistema Único de Saúde-SUS.

Verificou-se que não somente a rotina do rastreamento da DMG é falha, mas também o seguimento dos acompanhamentos pós diagnóstico. Não há um plano de cuidados individualizados para cada caso e quando se faz algum tipo de orientação ou acompanhamento, não se tem registro no cartão de pré-natal.

A implementação de hábitos que promovam saúde, como exercícios físicos durante a gravidez e uma alimentação saudável para todas as mulheres, especialmente para àquelas diagnosticadas com diabetes gestacional, pode prevenir complicações e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. Nesse contexto é vital ressaltar que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, oferecendo orientações e implementando programas educativos para proteger a saúde das gestantes.

Referências

1. Zajdenverg L, Façanha C, Dualib P, Goldbert A, Negrato C, Bertoluci M. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes* (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-12, ISBN: 978-85-5722-906-8.
2. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocr Rev*. 2022 Sep 26;43(5):763-793. doi: 10.1210/edrv/bnac003. PMID: 35041752; PMCID: PMC9512153.
3. 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.
4. Moon JH, Jang HC. Gestational Diabetes Mellitus: Diagnostic Approaches and Maternal-Offspring Complications. *Diabetes Metab J*. 2022 Jan;46(1):3-14. doi: 10.4093/dmj.2021.0335. Epub 2022 Jan 27. PMID: 35135076; PMCID: PMC8831816.
5. Mora-Ortiz M, Rivas-García L. Gestational Diabetes Mellitus: Unveiling Maternal Health Dynamics from Pregnancy Through Postpartum Perspectives. *Open Res Eur*. 2024 Nov 12;4:164. doi: 10.12688/openreseurope.18026.1. PMID: 39355538; PMCID: PMC11443192.
6. Zawiejaska A, Wender-Ozegowska E, Radzicka S, Brazert J. Maternal hyperglycemia according to IADPSG criteria as a predictor of perinatal complications in women with gestational diabetes: a retrospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Oct;27(15):1526-30. doi: 10.3109/14767058.2013.863866. Epub 2014 Apr 9. PMID: 24236477.
7. Phelan S, Jelalian E, Coustan D, Caughey AB, Castorino K, et al. Protocol for a randomized controlled trial of pre-pregnancy lifestyle intervention to reduce recurrence of gestational diabetes: Gestational Diabetes Prevention/Prevenção de la Diabetes Gestacional. *Trials*. 2021 Apr 7;22(1):256. doi: 10.1186/s13063-021-05204-w. PMID: 33827659; PMCID: PMC8024941.
8. Pereira TD, Batista MM, Cardoso JD, Saraiva de Carvalho AK, Dantas ED, et al. Assistência de Enfermagem na prevenção e manejo da diabetes gestacional na atenção primária a saúde. *Nurs Edição Bras* [Internet]. 23 dez 2024; 28 (318):10264-9. doi: 10.36489/nursing.2024v28i318p10264-10269
9. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relatório Epidemiológico Sobre Natalidade Geral Distrito Federal; 2021 [citado 7 mar 2025]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Relatorio_143327461_Relatorio_natalidade_2021_revisado.pdf/99d6660f-0508-01af-fb7f-542e-e417e6d7?t=1718383156862
10. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica, Nº32: atenção ao pré-natal de baixo risco*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
11. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):22-30.
12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Relatório Epidemiológico Sobre Mortalidade Infantil no Distrito Federal; 2018 [citado 7 mar 2025]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/Relatorio-Mortalidade-Infantil-2018.pdf/5682fe8e-358c-6009-9a2f-78287b-910f40?t=1650243966286>.
13. Santos JM, Matos TS, Mendes RB, Freitas CK, Leite AM, Rodrigues ID. Influence in the reproductive planning and the women's satisfaction with the discovery of being pregnant in the quality of prenatal care in Brazil. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. Set 2019 [citado 7 mar 2025];19(3):529-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300003>
14. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Portaria Nº 1.321, de 14 de dezembro de 2018. Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2018.
15. Lima LH, Souza DC, Maranhão DC, Souza MB, Firmino MG, et al. Qualidade do pré-natal e a pré-eclâmpsia: Estudo transversal. *Res Soc Dev* [Internet]. 2 jul 2024 [citado 7 mar 2025];13(7):e3613746253. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46253>
16. Alves A de S, Coutinho I, Segatto JCM, Silva LA, Silva MD de S, Katz L. Avaliação da adequação do rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional em puérperas atendidas em unidade hospitalar de dois municípios da região do Vale do São Francisco - Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2014 Mar;14(1):39-46.
17. Mendes RB, Santos JM de J, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 Mar;25(3):793-804.
18. Piantino G, De Barros CR, Piantino V, Da Cunha MJ. Avaliação da qualidade do pré-natal com base na análise de solicitação de exames e do diagnóstico envolvendo a hiperglicemia na gestação. *Braz J Health Rev* [Internet]. 22 fev 2024 [citado 7 mar 2025];7(1):6628-37. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-536>.