

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL DE ACORDO COM IDADE, RENDA E ESCOLARIDADE MATERNA NA COORTE DE NASCIMENTOS DE 2015 EM PELOTAS

ALISSON LEANDRO GLITZ¹; **ROMINA BUFFARINI²**; **VANESSA MIRANDA³**;
ANDRÉA DÂMASO⁴; **MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA⁵**

¹*Universidade Federal de Pelotas, bolsista PIBIC/CNPq – alisson.glitz@gmail.com*

²*Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel – romibuffarini@gmail.com*

³*Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel – vanessairi@gmail.com.br*

⁴*Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel – andreadamaso.epi@gmail.com*

⁵*Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel – mariangela.freitassilveira@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus gestacional (DMG) é uma intolerância aos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, com início ou diagnosticada pela primeira vez durante a gestação (WHO:1999). Em nível mundial, a prevalência de DMG varia de 2 a 14% devido a diferenças nos critérios diagnósticos, características geográficas e étnicas.

Fatores de risco para desenvolvimento de DMG estão relacionados à síndrome metabólica e sobre peso materno no período pré gravídico. Fatores como idade, cor da pele, escolaridade e nível socioeconômico também podem afetar o desenvolvimento da doença (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2012; DODE, 2008).

Problemas relacionados ao DMG incluem riscos perinatais maternos, como pré-eclampsia, e no feto, como macrossomia, hipoglicemias, sofrimento respiratório e hipocalcemia. A hiperglicemia durante a gestação também afeta os filhos dessas mulheres aumentando os riscos dessas crianças desenvolverem obesidade, síndrome metabólica e diabetes na vida futura (YESSOUFOU A. 2011). Assim, torna-se evidente a importância da avaliação dos níveis glicêmicos durante o período pré-natal para orientar e tratar possíveis novos casos de DMG e consequentemente reduzir danos futuros a saúde da mãe e do filho.

2. METODOLOGIA

Este trabalho faz parte do estudo Coorte de Nascimentos de 2015 realizado na cidade de Pelotas-RS. Para a realização da coorte foram convidadas a participar as mães de todas as crianças nascidas na cidade no ano de 2015. Todos os bebês cujos pais aceitaram participar no estudo perinatal foram novamente contatados para a participação nos acompanhamentos aos 3, 6, 12 e 24 meses. As taxas de acompanhamento em todas as avaliações foram superiores a 90%. Os dados foram coletados através de entrevistas por meio de questionários estruturados, sendo as entrevistadoras treinadas para aplicar o questionário aos pais ou responsáveis de cada criança.

O desfecho deste estudo é o DMG, auto-referido pela mãe durante a entrevista do acompanhamento perinatal, conforme resposta à seguinte pergunta: "A Senhora teve diabetes ou açúcar no sangue durante a gravidez?". Em caso afirmativo, seguia-se: "Já tinha diabetes antes da gravidez?". Foram consideradas

com DMG todas as mães que afirmaram positivamente a primeira pergunta e negativamente à segunda.

As variáveis independentes utilizadas foram às seguintes: idade, cor da pele e escolaridade materna renda familiar total.

Renda familiar total em reais foi calculada somando as rendas individuais dos moradores do domicílio e logo dividida em quintis, sendo que no primeiro quintil estão os 20% mais pobres e, no quinto quintil, os 20% mais ricos. Escolaridade foi coletada de forma contínua como anos completos de educação formal, e logo categorizada em quatro grupos (0 a 4, 5 a 8, 9 a 11, 12 ou mais anos). Cor da pele, auto-referida pela mulher, foi agrupada em branca, parda e preta. Idade materna foi categorizada em 5 grupos: 12 a 19, , 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34,e 35 ou mais anos.

O protocolo do estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Ainda o consentimento informado e escrito foi obtido para todas as mães que concordaram em participar do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência geral de DMG foi de 7.6 % (n=319). A maior prevalência de DMG foi verificado entre as mulheres que tinham idade de 35 anos ou mais, tendo os demais resultados demonstrado uma sequência de diminuição da prevalência proporcional a menores faixas etárias, tendo a menor prevalência a faixa etária de 12 a 19 anos, indo ao encontro do previsto pelo Ministério da Saúde, os resultados mais detalhados podem ser observados na tabela 1.

Analisando os valores referentes a mães que afirmam ter DMG não houve diferença significativa em relação a diferentes categorias de cor de pele. Em relação a escolaridade, ocorre predomínio de DGM em mães com 9 a 11 anos completos de estudo (9,2%), sendo a menor prevalência foi observada entre as mães com 12 anos ou mais de escolaridade (6,5%). Em relação a renda 6,4% das mães pertencentes ao 1 quintil responderam positivo a pergunta relacionada ao desenvolvimento de diabetes mellitus na gravidez, seguidas de 8,3% de repostas positivas no segundo quintil, 8,99% do terceiro quintil, 9,35% do quarto quintil e 5,16% do quinto quintil. No geral, a prevalência de DMG aumenta com o aumento na renda familiar 4 (6.4 a 9.4%, do quintil 1 ao quintil 4, respectivamente), porém, é observada uma diminuição no quintil mais rico (5.2%), como podemos observar no gráfico 1.

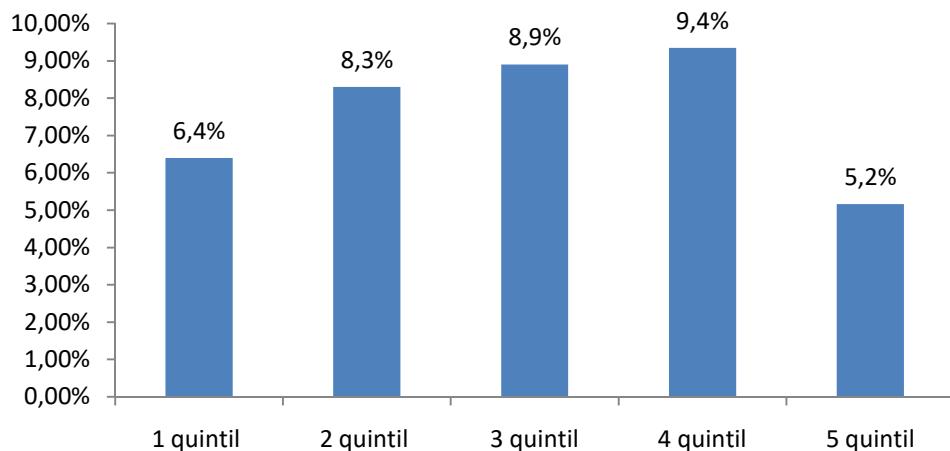
Tabela 1. Diabetes Mellitus gestacional de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas. Coorte de Nascimentos de 2015, Pelotas.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	DMG		
	%	IC 95%	p-valor*
Renda familiar (quintis)			
Q1	6,4	4,9; 8,3	0,004
Q2	8,3	6,6; 10,4	
Q3	9,0	7,2; 11,1	
Q4	9,4	7,6; 11,5	
Q5	5,2	3,8; 6,9	
Escolaridade materna (anos)			
0-4	8,2	5,8;11,5	0,028
5-8	6,6	5,2;8,26	

9-11	9,2	7,8;10,8	
12 ou mais	6,5	5,3;8,0	
Cor da pele			
Branca	7,5	6,6;8,5	0,48
Parda	7,0	5,1;9,5	
Preta	8,8	6,8;11,1	
Idade materna (anos)			
12-19	2,1	1,2;3,6	<0,001
20-24	5,1	3,9;6,6	
25-29	6,9	5,4;8,6	
30-34	10,7	8,9;12,8	
35 ou mais	13,5	11,0;16,5	

*Teste Qui-Quadrado

Gráfico 1: Frequência de mães que afirmam ter desenvolvido Diabetes mellitus durante a gravidez de acordo com o quintil



4. CONCLUSÕES

Com base na avaliação realizada, podemos verificar uma tendência de aumento de frequência de casos de DMG na população avaliada de acordo com o aumento da idade materna, seguindo a tendência de outros estudos realizados na área. Ainda podemos concluir que há um significativo aumento dos casos de Diabetes Mellitus Gestacional de acordo com o aumento do poder aquisitivo e da escolaridade da mãe, no entanto ocorre uma queda no último quintil e na última faixa de estudo, chegando a ser o valor mais baixo da série observada. Essa queda da frequência dos casos de DMG nos valores maiores de renda e escolaridade pode ser explicada pelo maior acesso a serviços de saúde, conhecimento e melhor qualidade de vida usufruída por pessoas com maior renda e escolaridade.

Sendo assim, o presente projeto demonstra que há uma relação direta no aumento dos riscos de DMG de acordo com o aumento da idade materna e que há uma relação parcial de surgimento de DMG de acordo com a faixa de renda e escolaridade da população observada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation: **IDF Diabetes Atlas. Seventh Edition ed. Brussels**; 2017. Acessado em 05 de setembro de 2019 . Disponível em : <http://www.diabetesatlas.org>
2. World Health Organization. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
3. Yessoufou A. **Maternal diabetes in pregnancy: early and long-term outcomes on the offspring and the concept of “metabolic memory”.** Exp Diabetes Res.2011;218598
4. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.** 32a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012
5. Yang X, Hsu-Hage B, Zhang H, Yu L, Dong L, Li J, et al. **Gestational diabetes mellitus in women of single gravidity in Tianjin City, China.** Diabetes Care 2002;25:847-51
6. DODE, Maria Alice Souza de Oliveira; SANTOS, Iná da Silva dos. **Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, p. 1141-1152, May 2009