



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BÁRBARA BRITO PAULINO DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DOS TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS E OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL**

CAMPINA GRANDE-PB

2015

BÁRBARA BRITO PAULINO DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DOS TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS E OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^aMs. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama.

CAMPINA GRANDE-PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725i Sousa, Bárbara Brito Paulino de.
A importância dos tratamentos não farmacológicos e os cuidados de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional [manuscrito] / Bárbara Brito Paulino de Sousa. - 2015.
27 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama, Departamento de Enfermagem".

1. Cuidados de enfermagem. 2. Diabetes gestacional. 3. Diabetes mellitus. 4. I. Título.

21. ed. CDD 616.462

BÁRBARA BRITO PAULINO DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DOS TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS E OS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^ª Ms. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama.

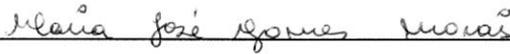
Aprovado em: 01/12/2015.

BANCA EXAMINADORA



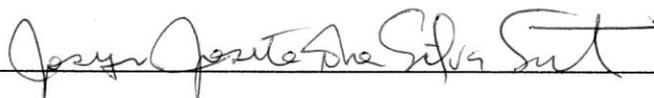
Prof^ª Ms. Jacqueline Santos da FôNSECA Almeida Gama/UEPB

Orientadora



Prof^ª Esp. Maria José Gomes Morais/UEPB

Examinadora



Prof^ª Ms. Josefa Josete da Silva Santos/UEPB

Examinadora

DEDICATÓRIA

Deus, muito obrigado por iluminar meu caminho, me manter firme durante toda essa trajetória e me possibilitar a realização de mais um sonho na minha vida.

Dedico à minha verdadeira mãe, Maria José Brito Alves (In Memoriam), que me fez ser a pessoa que sou hoje. Palavras não são suficientes para agradecer tudo que a senhora fez por mim. Obrigada, minha mãe!

É com muita gratidão que dedico este trabalho a todas as pessoas que torceram por mim, que ao longo da caminhada me incentivaram a continuar e sempre acreditaram no meu potencial.

DEUS, família e amigos, vocês fazem parte desta vitória. Agradeço a todos que estiveram comigo todo esse tempo. A minha maior gratidão a todos vocês e em especial a DEUS por ser meu guia durante todo esse período.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS em primeiro lugar por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades ao longo desta caminhada, pela dádiva da vida e por ter me ajudado nos momentos mais difíceis.

Agradeço ao meu irmão Wagner Brito Alves por ter me ajudado e pelo apoio constante durante a jornada na universidade. Você sempre esteve presente em todos os momentos, me aconselhando sempre para o melhor.

Agradeço à Sueli Gomes de Brito Ferreira por tudo que fez por mim e também pela ajuda nessa jornada na universidade.

Agradeço à professora Jacqueline Santos da Fônseca Almeida Gama pela paciência na orientação que tornou possível a conclusão desta monografia.

Agradeço à banca examinadora, a professora Josefa Josete da Silva Santos e Maria José Gomes Moraes.

Agradeço a alguns professores, em especial: AndrezzaOliveira Barros, Jeová Alves de Souza, Juraci Dias Albuquerque, Maria José Gomes Moraes e Samantha Rangel Peixoto pela paciência, incentivo e exemplo de profissionais.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e apoio constantes.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A Diabetes Mellitus Gestacional vem crescendo em proporção a diabetes do tipo 2, o que pode causar complicações para a mãe e para o recém-nascido. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura, sobre a importância dos tratamentos não farmacológicos e os cuidados de enfermagem às mulheres com diabetes gestacional. A coleta de dados foi realizada no mês de abril a junho de 2015, utilizando os sites do Google Acadêmico, LILACS, BVS, SCIELO e livros da área de saúde. A busca se limitou a publicações do ano de 2009 a 2015. A Diabetes Mellitus Gestacional é qualquer nível de intolerância a carboidratos, que resulta em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Na segunda metade de gestação há um aumento a resistência à insulina, para garantir um aporte necessário ao feto. É fundamental realizar o rastreamento e a confirmação diagnóstica em época oportuna e o mais precocemente possível. O diagnóstico é feito pela glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose. Na assistência às mulheres com diabetes gestacional as consultas devem ser quinzenais até a 32ª semana de gestação, e daí em diante, semanal até o parto. A avaliação no pós-parto para a puérpera deve ser feita pelo teste de sobrecarga de 75 gramas de glicose anidra em 250-300 ml de água, após um período de jejum, a glicemia é verificada antes, com 60 minutos e 120 minutos após a ingestão, é realizada seis semanas após o parto e devem ser aconselhadas a repetir anualmente o teste, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas. A orientação nutricional é a primeira opção de tratamento para a diabetes gestacional para o ganho de peso adequado e controle da glicemia. A prática de exercício físico durante a gestação causa sensação de bem-estar, diminuição do ganho de peso, redução da adiposidade fetal, melhora o controle glicêmico e diminuição de problemas durante o trabalho de parto. O controle da glicemia deve ser realizado em casa ou num posto de saúde, a fim de garantir as metas do tratamento ao longo da gravidez. Os cuidados de enfermagem para a gestante com diabetes devem estar voltados ao processo de educação em saúde por uma equipe multiprofissional. O processo de educação em saúde para a gestante deverá ser contínuo e iniciado na primeira consulta. O enfermeiro deve dar maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, incentivo a gestante ao autocuidado.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Diabetes Gestacional; Mulheres.

ABSTRACT

The Gestational Diabetes Mellitus is growing in proportion to type 2 diabetes, which may cause complications for both the mother and the newborn. This paper aims at conducting a literature review on the importance of non-pharmacological treatment and nursing care for women with gestational diabetes. Data collection was carried out from April to June of 2015 by using Google Scholar, LILACS, VHL, SciELO and some healthcare books. The search was limited to material published between 2009 and 2015. The Gestational Diabetes Mellitus refers to any level of carbohydrate intolerance, which results in varying severity of hyperglycemia, with onset or first recognition during pregnancy. In the second half of pregnancy there is an increase in insulin resistance, to ensure a necessary support to the fetus. It is fundamental to do the screening and make the diagnostic confirmation in due time and as early as possible. The diagnosis is made through fasting plasma glucose and the oral glucose tolerance test. In the process of assisting women with gestational diabetes the consultations should take place every fortnight until reaching 32 weeks of gestation, and thereafter every week until the birthing. The postpartum evaluation should be made through a 75 g intake of anhydrous in 250-300 ml of water, after fasting, where blood glucose levels are measured before and after 60 and 120 minutes, six weeks after the partum and the puerperal should be advised to repeat the test annually, at considerable risk of becoming diabetic in case they do not. Nutritional counseling is the first choice of treatment for gestational diabetes, once it makes possible to gain normal weight and to keep blood glucose levels under control. The practice of physical exercise during pregnancy causes a feeling of well-being, decrease in weight gain, decrease in fetal adiposity, improves glycemic control and decreases the chance of problems that may occur during labor. Blood glucose control should be performed at home or in a health center in order to ensure the goals of the treatment throughout pregnancy. Nursing care for pregnant women with diabetes should be aimed at health education by a multidisciplinary team. Health education for pregnant woman must be continuous and should start since the first medical appointment. The nurse should place greater emphasis on the preventive aspects of care, encouraging the pregnant women to self-care.

Keywords: Nursing Care; Gestational Diabetes; Women.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO.....	10
3	METODOLOGIA.....	11
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
	4.1 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.....	13
	4.2 A IMPORTÂNCIA DOS TRATAMENTOS NÃOFARMACOLÓGICOS.....	16
	4.2.1 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL.....	16
	4.2.2 PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS.....	17
	4.2.3 CONTROLE GLICÊMICO.....	18
5	CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL.....	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O processo de gravidez é um período em que ocorrem grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, de maneira distinta, o que requer cuidados diferenciados e de acordo com a necessidade de cada uma. O vínculo com o profissional, e com a unidade de saúde é importante para o processo do acompanhamento da gestação, pois permite identificar os fatores de risco e as complicações para a gestante e o seu filho (GOMES, 2010).

Existe determinada parcela de gestantes, que por possuir características específicas ou por ser portadora de algum agravo, apresenta uma maior chance de ter evolução desfavorável tanto para a mãe, como para o bebê. Identificar a mulher com risco gestacional é importante para que as intervenções apropriadas possam ser feitas imediatamente, para proporcionar um desfecho positivo (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que o profissional de saúde esteja atento a todas as etapas da anamnese e exame físico. Os fatores de risco na gestação devem ser investigados a partir de características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior e condições clínicas preexistentes, como: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias e neoplasias (BRASIL, 2010).

A diabetes gestacional é uma das intercorrências mais frequentes da gestação e se não diagnosticado e tratado adequadamente, traz aumento dos riscos perinatais. Mulheres que desenvolveram diabetes gestacional apresentam um aumento considerável do risco de se tornarem diabéticas tipo 2 ao longo da vida, o que pode ser evitado e minimizado com orientações e mudanças no estilo de vida (FRANCISCO; TRINDADE; ZUGAIB, 2011).

A prevalência global média de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é cerca de 10%. De todas as gestações acometidas pela intolerância à glicose, 90% está relacionada à diabetes gestacional (COSTA *et al*, 2015).

No sistema público de saúde do Brasil, 7,6% das gestantes com mais de 20 anos são portadoras de DMG (OLIVEIRA *et al*, 2009), que vem crescendo em proporções semelhantes à prevalência do diabetes mellitus tipo 2. Nos últimos 20 anos houve um aumento significativo no Brasil, estima-se que esteja entre 2,4% e 7,2% (ARAÚJO *et al*, 2013). O diabetes tipo 1 atinge 0,1% das grávidas e o diabetes tipo 2 prevalece entre 2 e 3% das gestações, ao ano (HOEPER *et al*, 2012).

Para que as gestantes com diabetes gestacional compreendam sobre a sua patologia e realizem os cuidados, é necessário que os profissionais de saúde tenham comprometimento com cada uma que atende. Portanto, a enfermagem deve desenvolver ações de educação em saúde no período do pré-natal, pois a gestante deve ser informada para poder compreender o que ocorre no seu corpo, e assim, promover o autocuidado da sua saúde (CORREIA; MEDINA, 2013).

A presença de diabetes na gestação implica alto risco para a mãe e para o recém-nascido. A morbidade perinatal é aumentada quando comparada a da população geral de grávidas (COSTA *et al*, 2015). Aproximadamente 7% das gestações estão associadas a complicações maternas e fetais, que resultam em mais de 200.000 casos por ano de diabetes mellitus gestacional, registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa uma das principais causas de morbimortalidade materna no país (VIEIRA NETA *et al*, 2014).

ADMG altera o crescimento fetal e aumenta a taxa de malformações fetais. A incidência das malformações congênitas nas gestações complicadas pela diabetes varia de 5 a 10%, taxa de 2 a 3 vezes maior que a observada na população em geral e também responsável por cerca de 40% das mortes perinatais (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012).

Uma gestante que tenha tido diabetes gestacional apresenta altíssimo risco para o desenvolvimento de diabetes em gestações futuras, o que implica no preparo da mesma para tais gestações. Cerca de um terço das gestantes que tem diabetes gestacional desenvolverá diabetes ou intolerância à glicose no seguimento pós-parto. Por isso, é necessária a realização periódica de testes para investigação de intolerância à glicose ou mesmo de diabetes (PEREIRA, 2014).

A gestante diabética deve receber cuidados em ampla perspectiva, pois as complicações relacionadas à diabetes e gravidez podem surgir em curto prazo na vida neonatal. Entretanto, estudos científicos indicam que, em longo prazo, as crianças nascidas de mães diabéticas apresentam maior frequência de obesidade na infância. Na vida adulta, além de obesidade, essas crianças podem apresentar um maior risco para a instalação de diabetes tipo 2, com a chance potencial de complicações cardiovasculares (São Paulo, 2010).

A associação entre diabetes e gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de saúde pública, que exige, de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal, a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo essa endocrinopatia o mais precocemente possível e não adiando intervenções necessárias (São Paulo, 2010).

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão da literatura, abordando a importância dos principais tratamentos não farmacológicos para a diabetes mellitus gestacional, incluindo a orientação nutricional, a prática de exercícios físicos adequados na gestação, o controle glicêmico e os cuidados de enfermagem as mulheres com diabetes gestacional.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura, pois se admite que a pesquisa desse gênero ajude na divulgação do tema, tornando-o relevante no meio científico, além de contribuir para sua atualização. Segundo Bento (2012), a revisão de literatura é a parte vital do processo de investigação. Envolve:

Localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (em revistas científicas, livros, resumos, etc.) relacionada com a sua área de estudo. É uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão de literatura é importante para definir bem o problema, e para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um determinado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (Bento, 2012 p.1).

A revisão de literatura consiste na busca por fontes bibliográficas, a partir de banco de dados eletrônicos e em material impresso, como livros, revistas, teses, dissertações e anais de eventos científicos.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho, utilizando os sites do Google Acadêmico, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e livros da área de saúde. Como forma de inserção no meio eletrônico, a busca se limitou a publicações dos últimos seis anos (2009 a 2015), em língua portuguesa e disponíveis na íntegra. Os descritores utilizados foram: “diabetes”, “diabetes gestacional”, “acompanhamento nutricional”, “dieta”, “terapia nutricional”, “exercício físico”, “enfermagem” e “cuidados de enfermagem”.

Foram encontradas, ao total, 80 publicações, sendo excluídos 45 e selecionados para o trabalho 35. O presente trabalho incluiu 14 artigos, livros de saúde, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, cartilha de saúde, 2 dissertações de mestrado, 2 monografias (TCC), diretrizes, normas de saúde e protocolos.

Os materiais achados na internet estavam escritos na língua portuguesa, disponíveis online, em texto completo, sendo selecionados de acordo com os assuntos sobre o presente trabalho. Foi realizada leitura exploratória de todo o material selecionado para verificar se os artigos eram de interesse para o trabalho e a leitura seletiva para extrair partes que realmente eram importantes para o trabalho.

Para a seleção dos artigos foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias que abordavam o tema sobre diabetes gestacional e conseqüentemente a temática, e foram excluídos aqueles artigos que não atenderam a temática de acordo com o ano de publicação e o tipo de artigo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

A Diabetes Mellitus Gestacional é conceituada como sendo qualquer nível de intolerância a carboidratos, que resulta em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (VIEIRA NETA *et al*,2014).

As modificações hormonais que ocorrem durante a gravidez criam condições favoráveis à diminuição da tolerância à glicose (SCHMITT *et al*,2009).O aparecimento da diabetes na gestação é devido à elevação de hormônios contrarreguladores de insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais) (VIEIRA NETA *et al*,2014).

O principal hormônio que causa a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, mas, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (VIEIRA NETA *et al*,2014).

Na segunda metade da gestação há um aumento da resistência à insulina, devido a uma adaptação fisiológica, mediada pelos hormônios placentários anti-insulínicos para garantir o aporte adequado de glicose ao feto. Mulheres que engravidam com algum grau de resistência à insulina, como aquelas com sobrepeso, obesidade central e síndrome de ovários policísticos, têm esse efeito potencializado, tendo uma maior necessidade fisiológica de produção de insulina, e a incapacidade do pâncreas em responder à resistência a insulina, favorecendo a hiperglicemia na gravidez, caracterizando a diabetes mellitus gestacional (DIAS *et al*,2014).

A importância de realizar o pré-natal e exames para rastrear a DMG é importante para evitar complicações maternas e neonatais (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012). Vários fatores de risco estão relacionados com o aparecimento da diabetes gestacional, sendo importante investigar logo na primeira consulta de pré-natal para que seja feito o diagnóstico e um acompanhamento mais rigoroso dessa gestante (DIAS *et al*,2014).

É fundamental realizar o rastreamento e a confirmação diagnóstica em época oportuna e o mais precocemente possível. A conduta terapêutica tem como objetivo a euglicemia materna; manter média glicêmica materna < 100 mg/dL,para evitar complicações na gestante; ter um recém-nascido vivo, a termo, com peso adequado para idade gestacional e livre de malformação (OLIVEIRA *et al*,2009).

Os principais fatores de risco para diabetes mellitus gestacional são: história prévia de diabetes gestacional; história familiar de diabetes em parentes de 1º grau; baixa estatura (<1,50 m); idade superior a 35 anos; obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação; síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo; o uso de drogas hiperglicemiantes, como corticoides e diuréticostiazídicos; antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformação fetal, polidrâmnio, macrossomia ou diabetes gestacional; e hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio(São Paulo, 2010).

Em alguns casos diabetes é assintomática, podendo ocorrer a suspeita clínica a partir de fatores de risco. É importante detectar precocemente níveis elevados de glicose no sangue no período gestacional (São Paulo, 2010). O diagnóstico da diabetes gestacional envolve duas etapas: glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal, ou antes, de 20ª semana de gestação e o teste oral de tolerância à glicose entre 24ª e 28ª semana de gestação (GEORGE, 2011). O diagnóstico da diabetes gestacional pode exigir um aumento considerável de exames e monitoramento durante o pré-natal e o pós-parto (BRASIL, 2012).

Todas as gestantes devem realizar a dosagem de glicemia no início da gravidez independentemente do fator de risco. O rastreamento é considerado positivo nas gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para diabetes gestacional. A gestante que não apresenta fatores de risco e glicemia de jejum \leq 85 mg/dL, considera-se o rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Duas glicemias plasmáticas de jejum, com resultado \geq 126 mg/dL confirmam o diagnóstico de diabetes gestacional (BRASIL, 2010).

As gestantes com rastreamento positivo, que tenham glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 85 mg/dL e/ou com qualquer fator de risco, devem ser submetidas a confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância à glicose após a ingestão de 75g de glicose anidra em 250-300 ml de água, depois de um período de jejum de 8-14 horas (TOTG 75g - 2h). A glicose plasmática é determinada em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Os pontos de corte são \geq 95, 180 e 155mg/dL, os achados de dois valores alterados confirmam o diagnóstico. Um único valor alterado indica a repetição do TOTG 75g - 2h, na 34ª semana de gestação (BRASIL, 2010).

As complicações gestacionais maternas são a pré-eclâmpsia, trabalho de parto pré-termo, infecções do trato urinário, aumento da frequência de cesarianas e aumento da mortalidade materna (KONOPKA; BECK, 2014). O recém-nascido de uma mulher com diabetes tem risco de anóxia,

prematuridade, infecção, desconforto respiratório, hipoglicemia grave, hipocalcemia, hiperrubrinemia, polidramnio, macrosomia, policitemia e óbito fetal. Os de maior risco são a macrosomia e a hipoglicemia (COSTA *et al*,2015).

A gestante com diabetes pode ter uma gestação normal e ter bebês saudáveis, desde que sejam tomadas algumas precauções como: controlar o nível de glicose no sangue antes da gestação; detectar precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações; adotar hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e prática de exercício físico) e consultar regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, quando não obtiver controle satisfatório com dieta e exercício físico (São Paulo, 2010).

Na assistência pré-natal das mulheres com diabetes gestacional, são essenciais a frequência das consultas e a avaliação do bem-estar fetal. Como recomendação, as consultas devem ser quinzenais, até a 32ª semana e, daí em diante, semanal até o parto (VIEIRA NETA *et al*,2014).

O tratamento daDMG envolve o emprego de dieta adequada, exercício físico e insulina, acompanhada por uma equipe multidisciplinar. É importante considerar a idade da gestante, seu estado de saúde, sua história médica, a tolerância a certos medicamentos, procedimentos, terapia, mudanças no estilo de vida, como a dieta especial, exercício físico e monitorização da glicose no sangue diariamente e um estabelecimento de um peso adequado. A insulina só é introduzida quando a dieta e os exercícios não levam a um controle metabólico estável (COSTA *et al*,2015).

É importante se rastrear no pós-partoas mulheres que terão confirmação de diabetes mellitus, aquelas que tenham algum grau de intolerância a carboidratos e as que apresentarão resultados normais, com a finalidade de fornecer orientação nutricional e adotar um estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercício físico e o controle do peso corporal (São Paulo, 2010).

A avaliação no pós-parto é feita por meio da realização de teste de sobrecarga de 75 gramas de glicose, seis semanas após o parto, pois nesse período o metabolismo apresenta a condição prévia da gestação. A puérpera recebe uma carga de 75 gramas de glicose anidra em 250-300 ml de água, após um período de jejum entre 8 e 14 horas, a glicemia será verificada antes, com 60 minutos e 120 minutos após a ingestão. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao teste de sobrecarga devem ser aconselhadas a repetir anualmente esse teste, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas (São Paulo, 2010).

4.2 A IMPORTÂNCIA DOS TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS

4.2.1 ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional é a primeira opção de tratamento para a diabetes gestacional, tendo como objetivos, o incentivo a prática de uma alimentação saudável, a fim de suprir as necessidades nutricionais da mãe e do feto; promover ganho ponderal adequado; favorecer o controle glicêmico; manter os níveis de lipídios séricos normais; prover energia suficiente para o ganho normal de peso e prevenir complicações para a mãe e para o feto (BARBOSA *et al.*, 2013).

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem receber orientação nutricional individualizada, necessária para atingir uma alimentação saudável, o ganho de peso adequado e o controle da glicemia.

A alimentação deve ser planejada e distribuída ao longo do dia, com objetivo de evitar episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014). Para isso, a dieta deve ser fracionada em cinco a seis refeições diárias, recomendando-se que a gestante coma a cada 3 horas, sem pular nenhuma das refeições, que mastigue bem os alimentos e coma devagar. (BRASIL, 2010; FEBRASGO, 2011).

Para atender as exigências nutricionais no período gestacional, o plano alimentar deve ser composto por refeições que contenham carboidratos acompanhados de proteínas, lipídios ou fibras. A inclusão de frutas, verduras e legumes ricos em fibras, é importante para estimular a ingestão de nutrientes antioxidantes, como vitamina C e vitamina E, selênio e betacaroteno, pois esses nutrientes reduzem o estresse oxidativo que ocorre na diabetes. Além disso, a gestante deve ingerir bastante água entre as refeições e evitar produtos que contenham açúcar, mel, sacarose, xarope de milho ou dextrose, como também, frituras e demais alimentos gordurosos (BARBOSA *et al.*, 2013).

O monitoramento nutricional na gestação tem o seu impacto positivo na saúde materno-fetal, e tem sido apontado como elemento fundamental na prevenção da morbidade e da mortalidade perinatal e na promoção da saúde da mulher e do recém-nascido (MASSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012).

No entanto, se após duas semanas de dieta os níveis de glicemia permanecerem elevados, recomenda-se iniciar o tratamento farmacológico (KONOPKA; BECK, 2014).

4.2.2 PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

Os exercícios físicos podem fazer parte do tratamento para a gestante com diabetes gestacional e são orientados pela equipe de saúde. Com uma alimentação equilibrada e com a prática de exercícios físicos a gestante poderá manter o peso ideal durante toda a gestação (COUTINHO; FARIA; ROMERO, 2013).

A prática regular de exercícios físicos causa sensação de bem-estar, diminuição do ganho de peso, redução da adiposidade fetal, melhora o controle glicêmico e diminuição de problemas durante o trabalho de parto. Reduz a resistência à insulina, facilitando, assim, a utilização periférica de glicose e melhorando o controle glicêmico. A prática de exercício físico de baixa intensidade deve ser estimulada paramulheres sedentárias (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

O exercício físico na diabetes gestacional pode reduzir a necessidade de terapia com medicamentos. O exercício moderado é bem tolerado e deve prevenir a progressão do tratamento só com dieta, para o tratamento com medicamentos ou insulina. A prática da caminhada após as refeições pode impedir o acréscimo indesejado da glicemia pós-prandial. A prática regular de exercícios durante a gravidez tem efeitos prolongados e, inclusive, traz benefícios à paciente (São Paulo, 2011).

O exercício físico deve fazer parte da estratégia de manejo da diabetes na gestação. Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou exercícios de flexão dos braços, 20 minutos por dia. As gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto (BRASIL, 2010).

Das gestantes diagnosticadas com diabetes gestacional, 60% podem manter a glicemia estável, sem maiores riscos para a gravidez, somente com alimentação saudável e exercício físico (BRASIL, 2010).

Porém, a prática de exercício físico durante a gravidez está contraindicada em casos de doença hipertensiva induzida pela gravidez sem controle adequado; ruptura de membranas; trabalho de parto prematuro; sangramento uterino persistente após o segundo trimestre e gestação; incompetência istmocervical; restrição de crescimento intrauterino; síndrome nefrótica; retinopatia pré e proliferativa; hipoglicemia sem aviso; neuropatia periférica avançada e disautonomia(Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

Para as gestantes que não tenham contraindicações para realizar exercícios físicos, devem fazê-los,diariamente, 3 a 4 vezes por semana, pelo menos durante 30 minutos, realizados de

preferência após as refeições, sempre com horários estabelecidos. É importante monitorar a glicemia capilar antes e após os exercícios e manter uma boa hidratação. A gestante deve ser orientada a não praticar exercícios de alto risco de quedas e traumas abdominais e que não levem ao aumento da pressão arterial, contrações uterinas ou sofrimento fetal (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

As evidências atuais vêm demonstrando que os exercícios físicos são benéficos para evitar a prematuridade. A proteção contra a prematuridade aumenta com o avanço da gestação e atinge seu maior efeito quando o exercício é realizado no terceiro trimestre. O exercício físico exerce uma função importante para manter um ganho de peso mais apropriado ao longo dos nove meses de gestação (MATIJASEVICH; DOMINGUES, 2010).

Estima-se que menos de 20 % das gestantes brasileiras mantenham um regime de exercícios físicos. Pequenas quantidades de exercícios físicos trazem benefícios para a gestante, e o mais importante é a regularidade da atividade, as ações na saúde pública deveriam focar sobre o incentivo à prática de exercícios físicos adequados para a realidade da mulher, considerando o contexto social da gestante e suas características físicas e psicológicas (MATIJASEVICH; DOMINGUES, 2010).

Diversos estudos mostram que o exercício físico pode ser um fator protetor contra a prematuridade, grande responsável pela mortalidade no primeiro ano de vida. Existe evidência de que pequenas quantidades de exercícios já resultariam em proteção contra a prematuridade, o que facilitaria a disseminação e a adesão a um programa de exercícios que poderia ser proposto durante o pré-natal e que buscasse uma mudança no estilo de vida (MATIJASEVICH; DOMINGUES, 2010).

Portanto, é importante que durante o pré-natal, os profissionais de saúde incentivem gestantes a praticarem exercícios físicos, como um meio de promover a saúde materno-infantil. Para isso, as intervenções com grupos de gestantes podem ser uma maneira eficaz de se oferecer o exercício físico de forma segura e regular (MATIJASEVICH; DOMINGUES, 2010).

4.2.3 CONTROLE GLICÊMICO

O plano alimentar é importante na rotina de uma gestante com diabetes gestacional. Deve ter o equilíbrio entre a qualidade do alimento e a quantidade do que se deve comer para manter o controle da glicemia (COUTINHO; FARIA; ROMERO, 2013).

As mulheres com diabetes gestacional devem fazer a monitorização da glicemia em casa ou num posto de saúde, a fim de garantir as metas do tratamento ao longo da gravidez. Em cerca da metade dos casos, somente com dieta adequada os níveis de glicemia de jejum e pós-prandial se mantêm no padrão desejado (São Paulo, 2011).

O controle glicêmico deve ser feito com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais. O controle pode ser também realizado por monitoramento das glicemias capilares, com o uso dos glicosímetros, podendo ser feito por um profissional de saúde (BRASIL, 2010).

Um bom controle glicêmico durante toda a gravidez reduz, mas não elimina os riscos de aborto, malformação congênita, natimortalidade e morte neonatal. Deve-se orientar as pacientes a realizarem glicemias capilares antes e 1 hora após as refeições (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

O uso de monitoramento contínuo da glicose pode estar indicado nos casos de gestantes com grande variabilidade glicêmica ou naquelas com risco de hipoglicemia sem aviso (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

As gestantes com bom controle glicêmico podem ser avaliadas a cada 2-3 semanas até a 32ª semana, e a partir daí as consultas passam a ser semanais (KONOPKA; BECK, 2014).

5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL

Os cuidados de enfermagem para a gestante com diabetes precisam estar voltados para um processo de educação em saúde, que auxilie a cliente a conhecer o seu problema de saúde, os fatores de risco, prevenir as complicações e conquistar um bom controle metabólico, que depende da alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013). Devem-se oferecer as mulheres com diabetes gestacional um programa de educação em diabetes por uma equipe multiprofissional (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014).

O foco da educação da diabetes deve ser a capacitação do paciente. Compartilhar informações e experiências com outras pessoas. Os grupos de educação em saúde proporcionam uma oportunidade para a discussão de estratégias para lidar com o diabetes e seu tratamento e para esclarecer e verificar informações com enfermeiras ou outros profissionais de saúde. Os grupos de educação em saúde podem promover atividades saudáveis (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

A educação em saúde deve ser realizada a partir da demanda de cada pessoa, exigindo assim do enfermeiro maior versatilidade, já que o mesmo irá ter uma posição importante de detentor e transmissor do conhecimento, para uma posição de facilitador do conhecimento a ser aprendido pelo cliente a partir daquilo que ela identifica como necessário (GROSSI; PASCALI, 2009).

É importante que o profissional esteja atento nos períodos gestacionais em que as descompensações da diabetes sejam mais frequentes, para que possa redobrar o cuidado nesses períodos (BRASIL, 2011).

A orientação de enfermagem é essencial para o acompanhamento à mulher, pois são nesses momentos que a gestante é orientada quanto às características do agravo, os riscos que proporcionam para si e para o feto, qual o tratamento adequado e as orientações sobre a insulino-terapia, quando necessário, bem como as possíveis complicações e evoluções no parto e no puerpério (SOARES; SALOMON; CIRILIO, 2009). O enfermeiro deve dar maior ênfase aos aspectos preventivos do cuidado, incentivando a gestante ao autocuidado e a comunicação de alterações precocemente (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Portanto, faz-se necessário uma assistência pré-natal de maior qualidade, não se limitando apenas a exames, mas que se refira também aos aspectos psicológicos, sociais e culturais. A atuação do enfermeiro é fundamental na prevenção e educação em saúde, visto que se trata de uma enfermidade complexa que demanda orientações e cuidados (COSTA *et al*, 2015).

Os profissionais atuantes no cuidado a saúde da gestante, devem assumir uma postura de educadores, compartilhando saberes, procurando desenvolver a autoconfiança no fenômeno da gestação. A contribuição da enfermagem é educar a gestante e fortalecer a consciência do valor da saúde, promovendo o seu autocuidado (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

As atividades educativas podem ser realizadas em grupo ou individualmente, devendo conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Existem diversas formas de realizar atividades educativas em grupo, que podem ser através de discussões, dramatizações ou dinâmicas, atividades que facilitem a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo, onde o profissional de saúde atue como um facilitador (RIBEIRO, 2011). É importante para a equipe de saúde a elaboração de materiais impressos e o uso de recursos audiovisuais, pois são também estratégias para a educação em saúde em grupo ou individual para as gestantes diabéticas (PAESE; VIDOR; BOTELHO, 2013).

O processo de educação em saúde para a gestante deverá ser contínuo e iniciado na primeira consulta. É importante que o plano de cuidado seja pactuado com a cliente e inclua as mudanças de estilo de vida recomendadas. É fundamental que o enfermeiro auxilie a gestante a desenvolver seu plano de autocuidado. Nas consultas de enfermagem o processo educativo deve orientar medidas que melhorem a qualidade de vida, como hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

Portanto, o enfermeiro deve sempre levar conhecimentos por meio da promoção da saúde as mulheres com diabetes gestacional, possibilitando uma maior segurança e melhor aceitação da patologia. Os cuidados de enfermagem são insubstituíveis no planejamento e orientação no plano de autocuidado para as gestantes diabéticas, para a promoção da saúde e na recuperação da doença (NASCIMENTO, 2013).

Para que a gestante enfrente a doença com mais segurança é essencial que haja apoio da família, e que a mesma possa dispor de acompanhamento dos profissionais de saúde, que darão o suporte necessário durante toda a gestação, contribuindo para minimizar os riscos à mãe e ao recém-nascido, como também a vida futura da mulher (MUNDIM *et al*, 2012; VIEIRA NETA *et al*, 2014).

A educação em saúde direcionada à gestante tem como principal objetivo seu engajamento para o autocuidado, facilitando sua adesão ao esquema terapêutico e preventivo, para que ela possa atingir um melhor nível de saúde e, uma melhor qualidade de vida possível (LUCIANO; SILVA; CECCHETTO, 2011).

Valorizar a interação entre o profissional e o paciente é um aspecto primordial do cuidado, é um passo importante para o sucesso da relação entre os dois, pois se configura um instrumento fundamental para estabelecer uma relação de cuidado, e de ajuda em relação às necessidades de cada paciente (SCHMALFUSS, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido às diversas alterações no corpo da mulher durante a gestação, se faz necessário um maior cuidado as gestantes com diabetes gestacional, recebendo orientações do enfermeiro e da equipe multiprofissional, realizando exames de rotina, bem como incluindo alternativas de tratamento que facilitem a saúde da mãe e do bebê.

Nos casos de diabetes gestacional, os fatores de risco de cada gestante, devem ser levados em consideração e a conduta correta deve ser realizada de forma individualizada. Para isso, deve-se fazer orastreamento da glicemia, consultas pré-natais, orientações e o acompanhamento das gestantes.

As alternativas de tratamento para diabetes gestacional, tais como a orientação nutricional, a prática de exercícios físicos e o controle glicêmico ajudam a gestante a ganhar o peso adequado, evitar episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia, reduzir a resistência à insulina, ter uma alimentação saudável, a diminuição de problemas durante o trabalho de parto, entre diversos outros benefícios. Aliando esses tratamentos durante toda a gestação, é possível manter a glicemia estável e evitar complicações mais graves para a gestante e o bebê.

Dessa forma, o enfermeiro tem uma importante função na orientação e no acompanhamento da gestante com diabetes gestacional, sempre promovendo estratégias de cuidado, realizando atividades educativas em grupo ou individual, incluindo o apoio da família no processo de cuidar da gestante, avaliando as necessidades de cada uma, minimizando os riscos e incentivando a gestante para o seu autocuidado.

Esse trabalho me possibilitou conhecer mais sobre a diabetes gestacional, bem como a conduta que o enfermeiro junto com a equipe multiprofissional deve tomar diante dessa situação. É importante o comprometimento profissional e o acompanhamento na primeira consulta até o pós-parto, com orientações sobre os cuidados e as possíveis complicações do diabetes gestacional e a realização de atividades educativas durante a gestação.

No entanto, a pesquisa para a realização do presente trabalho mostrou a existência de lacunas na literatura na região da Paraíba, sendo encontradas na base de dados eletrônicos apenas cinco publicações da região Nordeste sobre o respectivo assunto, sendo uma cartilha de Salvador-Bahia e quatro artigos de pesquisa de Fortaleza-Ceará. Assim se faz necessário mais estudos e pesquisas sobre esse determinado tema, para promover mais conhecimentos, que possam aprimorar melhores tratamentos para as gestantes e cuidado diferenciados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.M.et al.Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **RevBrasEnferm**,v. 66, n. 2, p.222-7, Brasília 2013.

BARBOSA, J. M... [et al]. Guia ambulatorial de nutrição materno-infantil. – 1 ed. – Rio de Janeiro: Melbook, 2013.

BENTO, A. V. Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas. **Revista JA** (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), n. 65, p.42-44, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL.**Ministério da Saúde**. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS / Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.240 p.: il.

BRASIL.**Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

BRASIL.**Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRUNNER; SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

COSTA, R. C. et al. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 117-126, 2015.

COUTINHO, J. F; FARIA, M.G.V; ROMERO, M.P.C. Gestação e o diabetes - cuidando de mim e do bebê. Salvador: **SESAB/CEDEBA** 2013. Disponível em

<[http://www.saude.ba.gov.br/cedeba/pdf/Cartilha%20Gestacao_REVISAO\(1\).pdf](http://www.saude.ba.gov.br/cedeba/pdf/Cartilha%20Gestacao_REVISAO(1).pdf)>. Acesso em: 23 de jun.de 2015.

CORREIA, E; MEDINA, M.L. Cuidados de Enfermagem à Gestante Com Diabetes Gestacional.Universidade do Mindelo. Escola superior de saúde. **TCC**. Curso de conclusão de licenciatura em enfermagem, 2013.Disponível em:<<http://portaldocohecimento.gov.cv/bitstream/10961/2572/1/Correia%20e%20Medina%202013.%20Cuidados%20de%20Enfermagem%20%C3%A0%20Gestante.pdf>>.Acesso em:30 de maio de 2015.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/**Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. il.

DIAS, B.F. et al. Epidemiologia do diabetes mellitus gestacional no ambulatório de alto risco do sus em Araguaína-TO em 2013. **Revista Científica do ITPAC**, v.7, n.3, Araguaína, 2014.

FEBRASGO-Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Gestaçã de Alto Risco**, 2011. Disponível em <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf>. Acesso em: 18 de abr. de 2015.

FRANCISCO, R.P.V; TRINDADE, T.C; ZUGAIB, M. Diabetes gestacional, o que mudou nos critérios de diagnóstico?.**RevBrasGinecolObstet**, v.33, n. 8, p.171-3, 2011.

GEORGE, F.H.M. Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional. NORMA DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Ministério da Saúde**,2011.

GOMES, M. L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.168 p.

GROSSI, S.A.A; PASCALI, P.M. Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus.Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Manual de Enfermagem**. São Paulo. 2009.

HOEPER, D. et al. Diretrizes de Assistência ao Pré -Natal de Baixo Risco 2012. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

KONOPKA, C.K;BECK, M. Diabetes Mellitus e Gestaçã. Protocolo Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria. Hospital Universitário de Santa Maria, 2014. Disponível em

<<http://www.husm.ufsm.br/protocolos/diabetes-mellitus-e-gestacao.pdf>>. Acesso em: 18 de abr.de 2015.

LUCIANO, M.P.; SILVA, E. F; CECCHETTO, F.H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Revenferm UFPE online**, v.5, n.5, p.1261-266, 2011.

MASSUCATTI, L.A; PEREIRA, R.A; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica.**Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.1, n.1, 2012.

MATIJASEVICH, A; DOMINGUES, M.R. Exercício físico e nascimentos pré-termo.**RevBrasGinecol Obstet.** v.32, n.9, p.415-9, 2010.

MUNDIM, R.A.S.et al. Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de diabetes mellitus. **Revista de Biotecnologia & Ciência**, v.2, n 1, p. 62-82, 2012.

NASCIMENTO, S.P. Conhecimento e autocuidado em mulheres com diabetes mellitus gestacional. [DISSERTAÇÃO] **Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.** Vitória, 2013.

OLIVEIRA, M.I.V.et al. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 4, p. 28-36, 2009.

PAESE, F.; VIDOR, A.C; BOTELHO, L.J. Eventos agudos na atenção básica diabetes.UNA-SUS. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Florianópolis 2013. Disponível em <<http://docplayer.com.br/1953582-Eventos-agudos-na-atencao-basica.html>>. Acesso em: 30 de maio de 2015.

PEREIRA, B.G. Diabetes Gestacional: seguimento após o parto. **RevBrasGinecolObstet**, v.36, n.11, p.481-3, 2014.

RIBEIRO, J.Z.B. Importância das orientações no pré-natal: conhecendo a visão das puérperas. **TCC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS.** Faculdade de Enfermagem. Pelotas 2011. Disponível em <http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130624151543.pdf>. Acesso em: 15 de jun.de 2015.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: **Manual técnico do**

pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.234p. : il.

São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. **Manual de orientação clínica: diabetes mellitus**/Aparecida TerukoTominaga Yamada/Carmen Lavras e Maris Salete Demuner (orgs). São Paulo: SES /SP, 2011.46 p.; il.

SCHMITT, M.L. et al. Prevalência de diabetes gestacional no município de São Joaquim-SC. **RBAC**, v. 41, n.1, p. 43-45, 2009.

SCHMALFUSS, J.M. Mulheres com diabete melito gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela.[DISSERTAÇÃO]**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2011.

SOARES, S.M; SALOMON, I.M.M; CIRILIO, P.B. A consulta de enfermagem na assistência a mulheres com história de diabetes gestacional – uma proposta junto ao Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. **RevMed Minas Gerais**, v.19, (4Supl 2): S5-11, 2009.

VIEIRA NETA, F.A. et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Rev Rene**, v.15, n.5, p.823-31, 2014.