



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DEBORAH KARLA ALVES DE AQUINO

DIABETES GESTACIONAL: UM ENFOQUE NA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO.

NATAL/RN
2013

DEBORAH KARLA ALVES DE AQUINO

DIABETES GESTACIONAL: UM ENFOQUE NA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO.

Artigo Científico apresentado à coordenação de enfermagem, do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Prof. Ms. Maria Cleia Oliveira Viana.

NATAL/RN
2013

DIABETES GESTACIONAL: UM ENFOQUE NA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO.

¹Deborah Karla Alves de Aquino

² Maria Cleia Oliveira Viana

RESUMO

O diabetes gestacional é qualquer grau de variação no nível glicêmico; no início ou durante a gestação, e o enfermeiro pode atuar de forma imprescindível no tratamento à estas gestantes. O objetivo deste estudo é explicar as melhores formas de se tratar o diabetes gestacional, contribuindo de forma significativa para um tratamento mais eficaz. Este estudo trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, na forma descritiva; o levantamento do estudo foi realizado entre o período de 2003 a 2013, e foi usada para a pesquisa a Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os resultados mostraram que para um tratamento eficaz a estas pacientes; o tratamento de primeira escolha para gestantes com diabetes gestacional, deve estar vinculado a uma adequada alimentação, a prática de atividades físicas principalmente, e caso nenhuma destas alternativas conseguirem atingir o nível desejado de glicose no sangue é iniciado o tratamento com o uso da insulino terapia. Conclusão o enfermeiro tem um papel de suma importância; orientando, prevenido e amenizando eventuais problemas que possam surgir no decorrer desta gestação.

Descritores: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Macrosomia Fetal; Pré-Natal; autocuidado.

ABSTRACT

Gestational diabetes is any degree of variation in blood glucose, and the nurse can act in the treatment of these pregnant women. The aim of this study is to explain the

¹ Discente do Curso de enfermagem do UNI-RN; E-mail: deborah_alveslove@hotmail.com

² Orientadora e Docente do Curso de Enfermagem do UNI-RN; E-mail: mcleiaviana@hotmail.com

best ways to treat gestational diabetes, contributing significantly to a more effective treatment. This study is a literature review, research in descriptive form; the survey of study was conducted between the period of 2003 to 2013, and was used in the database of the Virtual Health Library (VHL), for research. The results showed that for an effective treatment to these patients; the first choice treatment for pregnant women with gestational diabetes, must be linked to adequate food, the practice of physical activities primarily, and if none of these alternatives can achieve the desired level of glucose in the blood is started the treatment with the use of insulin therapy. Conclusion the nurse has a role of paramount importance; guiding, prevented and easing any problems that may arise during this pregnancy.

Keywords: Gestational Diabetes, Diabettes Mellitus, Fetal Macrossomia, Pregnancy Care, Self-Care.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	5
2.	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	9
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	17
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.	CONCLUSÃO	20
6.	REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

Segundo Lira; Dimenstein (2010), o diabetes mellitus tem crescente incidência e assim se configura como uma epidemia mundial, tornando-se um problema de saúde pública em todo mundo. Esta doença tem uma forma evolutiva e crônica, e é causada por fatores patológicos que estão envolvidos por diversos distúrbios metabólicos nutricionais, caracterizando-se por secreção de insulina de forma defeituosa, em sua ação ou em ambas, com conseqüente aumento da glicemia no organismo. Esta hiperglicemia durante o período gestacional pode vir a ter graves problemas em se tratando da saúde da gestante, a saúde do feto e perinatal, podendo causar sérias complicações.

O diabetes gestacional é definido como a “intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade e com diagnóstico pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto”. No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4 – critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída a glicose e seis apresentando hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez (BRASIL, 2010, p.183).

Atualmente o diabetes na gestação segundo Landim; Milomens; Diogenes (2008) é diagnosticado com busca ativa de casos, realizando teste com emprego de sobrecarga de glicose, onde se faz a partir do segundo trimestre da gestação. Habitualmente tem-se empregado a triagem de forma precoce nas gestações de alto risco feita na primeira consulta do pré-natal, onde se pode assim identificar os casos que já existem e que não devem ser rotulados como diabetes gestacional. Contudo a maioria dos casos resolve-se após o parto, esta definição de diabetes gestacional se caracteriza mesmo que tal condição persista após a gravidez.

Vários estudos avaliam os indicadores para o risco de ter o diabetes gestacional e a capacitação para que se identifiquem as pacientes que não precisam de cuidados especiais com a evolução desta patologia. No momento os fatores mais importantes para o desenvolvimento de tal problema são: familiares de 1º grau que tenham história de diabetes, obesidade, idade maior que 25 anos, hipertensão, histórico obstétrico de morte fetal ou neonatal, ou ainda macrosomia fetal, diabetes gestacional prévias, abortos de repetição e malformações congênitas fetais;

polidrâmnio, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e ganho de peso excessivo durante a gestação. Recentemente observou que a baixa estatura da gestante menor que 151 cm e a síndrome dos ovários policísticos (SOP), também foram indicadas como fatores de risco para DMG (LANDIM; MILOMENS; DIOGENES, 2008).

O primeiro problema que ocorre com o feto em decorrência do DMG é ocasionado pela hiperglicemia materna, que chega ao feto por difusão facilitada; com isso a hiperglicemia fetal, estimula a produção excessiva de insulina, onde poderá se desenvolver uma macrosomia fetal, fetos grandes para o tempo de gestação, poderá haver também um aumento nas taxas de partos cesáreos, traumas no canal de parto, distorcia de ombro, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, e poderá também, haver óbito do feto ainda no útero (LANDIM; MILOMENS; DIOGENES, 2008).

Da mesma forma como é realizado em outros tipos de diabetes, o tratamento do diabetes gestacional deve incluir uma alimentação individual para cada tipo de pessoa relacionado com a prática de exercícios físicos, e também o uso de fármacos quando se fizer necessário. A alimentação e as atividades físicas são as primeiras formas de tratamento iniciais na diabetes gestacional (WEINERT, et al, 2011).

Segundo Brasil (2010, p.187);

A atividade física deve fazer parte da estratégia de manejo do diabetes na gestação. Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou equivalente e/ou exercícios de flexão dos braços, 20 minutos por dia. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto. 60% das gestantes com diabetes gestacional podem se manter euglicêmicas, sem maiores riscos para a gravidez, somente com dieta e atividade física.

Ainda relatando Weinert, et al (2011), ele diz que caso esse tratamento de dieta balanceada e exercícios não consigam alcançar os parâmetros desejados de níveis glicêmicos num período de duas semanas o tratamento medicamentoso é iniciado. O fármaco comumente usado é a insulina por via subcutânea, no entanto a administração de insulina subcutânea é complexa e tem um custo alto, tendo assim ficado com pouca aceitação entre as pacientes, podendo também vir a ocorrer com

seu uso um ganho de peso excessivo. Assim sendo os fármacos por via oral apresentam maior aceitação como alternativa neste tratamento.

Contudo Landim; Milomens; Diogenes, (2008), relatam que há necessidade de esclarecimento de que a DMG pode ser controlada e que suas complicações poderão ser prevenidas, desde que as pacientes se envolvam em ações como: monitorar a glicemia diariamente, aderir à dieta recomendada, praticar atividades físicas e fazer uso da insulino terapia, que com isso são situações comportamentais de autocuidado.

O enfermeiro deverá ser capacitado para que os déficits de autocuidado sejam minimizados, fazendo planejamento e execução de cuidados individuais junto às clientes com diabetes gestacional. Este profissional de enfermagem pode multiplicar os conhecimentos existentes promovendo a educação em saúde destas pacientes, para que seja proporcionado o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida, possibilitando mais segurança e aceitação da doença. Com isso se considera o cuidado da enfermagem muito importante para o planejamento e orientação nas ações do autocuidado promovendo a vida e saúde do cliente ajudando a recupera-lo da patologia e de seus efeitos.

Observa-se que apesar dos esforços dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros para a execução das medidas terapêuticas junto às clientes portadoras de DMG, o comprometimento das gestantes diabéticas com o autocuidado tem sido pouco considerado, resultando em déficits de autocuidado e um controle metabólico ineficaz, elevando os riscos das complicações da patologia (LANDIM; MILOMENS; DIOGENES, 2008).

O estudo do tema proposto se justifica em analisar a assistência do enfermeiro no tratamento para pacientes com diabetes gestacional e assim adicionar mais conhecimento sobre o tema a comunidade acadêmica.

O objetivo geral deste estudo é identificar as melhores formas de se tratar o Diabetes Gestacional, e contribuir de forma significativa para um tratamento mais eficaz.

Os objetivos específicos são explicar a cerca do diabetes gestacional mostrando como ocorre tal processo.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

Conforme descreve Filho; Montenegro, (2012), Ocorrem muitas modificações na produção de energia e no acúmulo de gordura no organismo materno durante a gravidez em estado normal, este depósito de gordura acontece especialmente na primeira metade da gestação, no entanto neste final existe um grande gasto metabólico. Estas alterações no organismo materno á respeito do metabolismo são necessárias para que se obtenham o resultado desejado para demanda acelerada do crescimento e do desenvolvimento do concepto.

“Essas modificações incluem a hipoglicemia de jejum, o catabolismo exacerbado de lipídios com a formação de corpos cetônicos e a progressiva resistência a insulina, tudo comandado pelos hormônios placentários” (FILHO; MONTENEGRO, 2012, p.418).

Citando Ricci (2007), No sistema endócrino também ocorrem muitas alterações no decorrer da gestação, as alterações hormonais também são muito importantes para cobrir a demanda das necessidades do feto em desenvolvimento. As alterações hormonais são essenciais para controlar o aporte de glicose, aminoácidos e lipídios para o embrião. Mesmo que o estrogênio e a progesterona sejam os hormônios que tem ação principal na gestação, as glândulas endócrinas e os hormônios também sofrem mudanças no processo de gestação.

“E uma destas glândulas endócrinas que secreta hormônios é o pâncreas humano pesa menos de 100g, mas a cada dia ele secreta 1kg (10 vezes a sua massa) de suco pancreático”(BERNE, et al, 2004, p.616)

O pâncreas funciona como glândula endócrina e exócrina, que segundo Figueiredo; Viana; Machado (2008) é considerado uma glândula mista. O suco pancreático é produzido pela parte exócrina do pâncreas, enquanto que os hormônios que participam do processo metabólico da glicose são produzidos pela parte endócrina do pâncreas; nele também existe um grupo distinto de células, que são acondicionadas nas Ilhotas pancreáticas (Langerhans) que são células alfa e betas, as células alfa secretam o glucagon e as células beta secretam a insulina que tem o papel de manter os níveis normais de glicose no sangue. Quando há aumento

do nível de glicose no organismo o pâncreas secreta a insulina; quando há rebaixamento do nível de glicose no sangue, o glucagon é liberado, o glucagon provoca efeito antagonista ao da insulina, assim ele age aumentando os níveis de glicemia no sangue.

No 3º trimestre da gestação o desenvolvimento de resistência à insulina, ocorre devido a uma adaptação fisiológica do organismo materno, visando transferir o metabolismo de energia materna da oxidação dos carboidratos para o de lipídios, ocorrendo assim preservação da glicose que será fornecida para o feto em rápido crescimento (FILHO; MONTENEGRO, 2012).

A resistência à insulina usualmente começa no 2º trimestre e progride durante toda gestação. A Sensibilidade à insulina chega à redução de 80%. A secreção de hormônios placentários contrainsulínicos, tais como cortisol, lactogênio placentário humano (HPL), prolactina (PRL) e hormônio do crescimento placentário, é o fator que contribui para resistência à insulina vista na gravidez (FILHO; MONTENEGRO, 2012, p.419).

Na gravidez normal geralmente ocorre à resistência à insulina por ser um mecanismo fisiológico imprescindível para que seja assegurado um aporte contínuo de glicose para o feto, ocorrendo à modificação de seu metabolismo energético dos carboidratos para o dos lipídios. O embrião que está em desenvolvimento necessita de uma grande demanda de glicose, aminoácidos e lipídios, no início da gestação o embrião gasta as reservas de glicose materna.

As alterações dos hormônios na gestação fazem com que as necessidades do feto sejam satisfeitas sem que aja desequilíbrio do metabolismo materno (FILHO; MONTENEGRO, 2012).

A insulina secretada pela gestante ocorre de acordo com “a oferta e a demanda”, quando ocorre o aumento da demanda de insulina, para que seja satisfeita as necessidades da gestação, ocorre conseqüentemente também maior secreção de insulina pelo organismo materno. A insulina secretada não passa através da placenta para o feto, isso faz com que o feto tenha que produzir sua própria insulina para que o controle glicêmico seja realizado (RICCI, 2008).

No primeiro trimestre da gravidez a maior parte da glicose é desviada da mãe para o embrião, assim sendo os níveis de glicose da gestante nesta época da gravidez são baixos.

Caso a gestante possua células beta, em bom funcionamento, não há problema com a demanda de insulina extra no organismo; mais se caso o organismo da mãe não possuir uma quantidade adequada destas células no organismo, ela não produzirá insulina suficiente para demanda exigida pelo seu corpo e apresentará intolerância a glicose na gestação (RICCI, 2008).

Conforme cita Figueiredo; Viana; Machado (2008), a disfunção no sistema endócrino se relaciona com vários distúrbios que são caracterizados pela elevação da glicemia no organismo. Geralmente está presente no sangue certa quantidade de glicose, que é proveniente dos alimentos que ingerimos. A insulina funciona como facilitador de entrada da glicose nas células do nosso corpo e é ela quem controla como será produzida e armazenada esta glicose em nosso organismo.

No entanto quando acontece o diabetes no organismo, a insulina produzida pelo pâncreas não supre as exigências da demanda de glicose no organismo, assim não consegue manter os níveis normais de glicose no sangue. Com esta disfunção ocorre um aumento de glicose no sangue, que resulta em complicações do metabolismo (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

Considerando Brasil (2006), o Diabetes decorre da escassez de insulina ou da incapacidade que a insulina tem em desempenhar o seu papel no organismo.

Existem vários tipos de diabetes; o diabetes insulino- dependente ou do tipo 1 é o que ocorre na maioria da população em que envolve crianças e adultos jovens , mesmo assim o seu desenvolvimento em qualquer idade da vida seja muito fácil. Neste caso as células beta do pâncreas encontram-se bastante destruídas fazendo com que a secreção de insulina seja diminuída ou não mais ocorra (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

O diabetes não insulino dependente ou do tipo 2, acontece geralmente após os 40 anos, no entanto nos jovens também pode ocorrer tal disfunção, neste caso

geralmente os portadores são obesos e a produção das células beta estão diminuídas, mas mesmo assim, ainda existe um pouco da capacidade de secreção da insulina para o sangue (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008).

“Existe também o diabetes associado a outras condições que relacionados a lesões do pâncreas, medicações, endocrinopatias, numerosas síndromes genéticas de vários tipos” (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008, p.250).

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia, polifagia e infecções. O diabetes é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações congênitas (BRASIL, 2006, p.101).

No estudo de Rehder; Pereira; Silva (2011), eles afirmam que é definido como diabetes mellitus gestacional (DMG), qualquer intolerância à glicose que a gestante venha apresentar, com diagnóstico no início ou durante a gestação em curso, mesmo que não haja cura após a gestação.

Cunningham; G. F. (2011), define que o diabetes gestacional aplica-se para o tratamento com uso ou não de insulina em seu tratamento.

Segundo a descrição de Zieguel; Cranley (2011), Estas mulheres não produzem insulina o suficiente para que os hormônios da placenta que causam os efeitos diabetogênicos no organismo sejam compensados.

“O diabetes gestacional é o problema metabólico mais frequente na gravidez. Tem prevalência entre 3% a 13% das gravidezes, dependendo de cor/raça, população e critérios diagnósticos utilizados” (ARAÚJO, et al, 2013, p.2).

“O DMG gestacional representa cerca de 90% de todas as formas de manifestação do diabetes na gestação, ocorrendo o agravamento da intolerância à glicose com mais frequência no terceiro trimestre de gestação” (PADILHA, et al, 2010,p.96).

Os Dentre os fatores de risco destacam-se: idade superior a 25 anos, história pessoal, antecedente familiar de diabetes (parentes de 1º grau), antecedente obstétrico (macrossomia, polidrâmnio, morte fetal ou neonatal de causa desconhecida, malformações congênitas e restrição do crescimento fetal), exame obstétrico atual evidenciando: ganho de peso excessivo, altura uterina maior do que a esperada para idade gestacional,

crescimento fetal excessivo e polidrâmnio. Também são considerados fatores de risco baixa estatura (<1,50m), disposição central excessiva de gordura corporal e doença hipertensiva (PADILHA, et al, 2010, p.96).

A principal preocupação de acordo com que Massucati; Pereira; Maioli (2012), é a macrosomia causada pelos altos níveis de glicose que o feto recebe na gestação e também pela hipoglicemia pós- parto, onde o nível de insulina produzida pelo feto apresenta-se elevada, para que a glicose que era produzida em seu organismo durante a gestação fosse compensada, ocasionado à hipoglicemia neonatal.

De acordo com Kerche, et al (2005), ele relata que o recém - nascido com peso 4.000g ou superior a isto, é considerado macrossômico. Considerando o peso do feto e o tempo de gestação, classifica-se os recém-nascidos em pequenos para idade gestacional (PIG), e grandes para a idade de gestação (GIG), estes últimos são considerados fetos macrossômicos.

“O diagnóstico de diabetes gestacional (DG) deve sempre ser confirmado pela repetição da glicemia de jejum e do teste oral de tolerância à glicose em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM” (BRASIL, 2006, p.103).

O recomendado pela OMS, é que o diagnóstico da DMG pode ser feito da mesma e com os mesmo exames que são realizados fora da gravidez e considerando os mesmos padrões fora da gravidez como indicadores do diabetes ou intolerância a glicose (BRASIL, 2006).

No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, e de 7,6% (IC95% 6,9-8,4 – critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída a glicose e seis apresentando hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez (BRASIL, 2010, p.183).

Gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional podem ficar sem sintomas até o final da gestação ou pode manifestar sintomas sutis. Diagnosticar o mais rápido possível é de suma importância para se intervir mais precocemente; controlar o aumento da glicemia da gestante pela dieta e dieta e insulina, diminui as chances de crescimento fetal acelerado (RICCI, 2008).

A principal meta de toda equipe de enfermagem que presta assistência a gestante com DMG, se baseia em diminuir complicações e riscos que possam ocorrer, é de fundamental importância que a cliente coopere e compreenda tal situação para que sejam alcançados tais objetivos.

Avaliações pré-natais com mais frequência e atenção, são bastante necessárias a estas clientes, o enfermeiro precisa estar orientando esta gestante á respeito das mudanças em sua dieta, ao possível uso de insulina ou aumento de doses e alterações em seu modo de vida diário. As consultas de pré-natal em gestante com DMG são de alto risco fazendo- se necessário que ocorra mais frequentemente a cada 15 dias até completar 28° semanas e então a cada 2 dias na semana até o parto (RICCI, 2008).

É muito importante para uma assistência adequada que o profissional tenha um bom relacionamento com a gestante, e que esta seja estimulada a assumir sua autonomia sempre que possível. Uma boa comunicação entre ambos fará com que seja desenvolvida uma relação de confiança entre o profissional e a paciente, beneficiando a gestante e o feto que está se desenvolvendo (ZIEGUEL; CRANLEY, 2011).

O enfermeiro pode interferir de forma significativa no tratamento destas gestantes fazendo orientações, de forma a prevenir e ensinar a estas mulheres a responsabilidade de se ter o autocuidado e pode também esta ajudando no esclarecimento de conceitos que estejam errados e informações que não sejam adequadas. Existe uma grande importância na educação da paciente, tendo como objetivo a identificação de fatores que ameassem o seu conforto por causa do seu estilo de viver ou ambiente em que vive, propondo formas para modificar tais fatores. É aconselhável também ensinar formas de preparar alimentos de maneira saudável, e há não ingerir medicações que estejam prescritas (RICCI, 2008).

Geralmente a primeira mudança, segundo Coutinho, et al (2010), a se fazer é controlar a glicemia destas gestantes com diabetes gestacional, fazendo orientações dietéticas e associando-as com atividades físicas, com isso a maior parte desta

gestantes não necessitam de terapia farmacológica para que se consiga um nível tolerável de sua glicemia.

A avaliação dietética deve ser detalhada, com atenção para o fracionamento e a composição das refeições, e para os grupos de alimentos presentes. O método de inquérito dietético mais empregado é o de frequência de consumo semiquantitativo, constituído de lista de alimentos divididos por grupos de alimentos, categorias de frequência de consumo e quantidade usual de consumo para cada alimento, fornecendo uma estimativa da alimentação habitual do indivíduo, quantitativa e qualitativamente. Deve-se investigar também a utilização dos edulcorantes presentes nos adoçantes de mesa e nos produtos *diet* ou *light*, visando a identificar o uso de edulcorantes contraindicados no período gestacional (PADILHA, et al 2010).

Para que seja prescrito o uso de atividades físicas para gestantes com DMG, é essencial que se tenha conhecimento da patologia e de como ela se processa no organismo e o conhecimento também dos possíveis riscos que os exercícios possam causar tanto para mãe como para o feto (COUTINHO, et al, 2010).

“As principais contraindicações obstétricas para realização de exercícios físicos são trabalho de parto pré-termo, sangramento uterino, ruptura prematura de membranas, restrição do crescimento intrauterino e hipertensão arterial grave” (COUTINHO, et al, 2010).

Gestantes que não tiverem contraindicação para exercícios físicos podem estar fazendo as atividades por no mínimo 30 minutos por dia, essas devem ocorrer preferencialmente depois das refeições mais importantes; onde pode ser dividido por 3 sessões de exercícios de dez minutos cada (COUTINHO, et al, 2010).

O diabetes gestacional mal controlado faz com que os riscos, as complicações e problemas adversos sejam aumentados, tanto para mãe como para o filho durante o pré-natal e após o nascimento. Quando ocorre diabetes na gestação, aumenta a probabilidade de desenvolver o diabetes tipo 2 nesta gestante após o período do parto, e em cada gestação o risco das crianças que foram geradas destas mulheres aumentam para o desenvolvimento do diabetes. Tudo isso relacionado ao diagnóstico, faz com que ocorram sérias complicações no lado afetivo destas mulheres, tais problemas ficam ainda maiores caso seja preciso ocorrer à internação (ARAÚJO, et al, 2013).

O resultado ideal de toda a gravidez é que no final se tenha o recém-nascido e sua mãe saudáveis e o enfermeiro pode estar atuando de forma imprescindível para que tal resultado seja realizado (RICCI, 2008).

Esta mãe poderá cuidar muito melhor do feto e de si mesma se seus problemas forem vistos antecipadamente pela enfermeira nas orientações de pré-natal (RICCI, 2008).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, de caráter exploratório que de acordo com Dyniewicz; A.M. (2003), utiliza-se de uma enorme fonte de literatura, onde se analisa todos os aspectos relacionados a um tema específico, realizando assim uma pesquisa com uma estrutura adequada. A pesquisa foi realizada por um levantamento de estudos já publicados, que tinham algo em comum com tema proposto.

O levantamento do estudo foi realizado entre o período de 2003 a 2013, e foi usada para a pesquisa a Base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde, onde foram extraídos artigos científicos, disponíveis gratuitamente na internet e pesquisados na língua portuguesa e com texto completo, funcionaram também como fontes Manuais do Ministério da Saúde e livros.

Foram utilizadas como descritores: diabetes gestacional; diabetes mellitus; pré- natal; autocuidado e macrossomia fetal. Após essa etapa foi feita a coleta bibliográfica, leitura de títulos e resumos dos artigos, e a leitura completa dos artigos, livros e manuais.

Foram utilizados como critérios para inclusão, trabalhos que mostraram relevância com o tema do estudo em questão. O critério de exclusão deste estudo foi descartar pesquisas que não tinham coerência com o presente estudo.

Foram usados 10 artigos para construção da presente pesquisa, pois tinham concordância com tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se na pesquisa, que o tema diabetes gestacional ainda permanece muito escasso em conhecimento na sociedade acadêmica, pois de todas as palavras chave pesquisadas o tema diabetes gestacional é o que resultou em menos artigos publicados durante o período de 10 anos com o total de 153 artigos de acordo com fonte pesquisada.

Foram encontrados 10 artigos que serviram de base para a construção da pesquisa proposta durante o período do ano de 2003 á 2013.

A análise do estudo mostrou que para um tratamento eficaz a estas pacientes o tratamento de primeira escolha para gestantes com diabetes gestacional, deve estar vinculado a uma adequada alimentação, a prática de atividades físicas principalmente, e caso nenhuma destas alternativas conseguirem atingir o nível desejado de glicose no sangue é iniciado o tratamento com o uso da insulinoaterapia que é o tratamento padrão escolhido, pois este fármaco tem se mostrado uma escolha segura e de grande eficácia nestas situações, caso as alternativas anteriores não consigam o efeito esperado. Acima de tudo estes fatores devem estar associados a esclarecimentos e orientações dos profissionais da equipe de saúde que irão atender esta gestante.

Contudo no estudo de Landin; Milomens; Diogenes (2008) eles detectaram que ainda ocorrem déficits nos padrões aceitáveis de dieta, por fatores relacionados à ansiedade da gestante com a gravidez e também devido aos padrões financeiros ineficazes e que também ocorrem ainda déficits na prática de exercícios físicos, pois em seu estudo foi relatado que as gestantes não realizam exercícios por não terem disposição de fazê-los e alegam também não terem tempo de exercerem tais atividades.

Em relação à dieta Menicatti; Fregonesi (2006), explanam que para se obter uma terapia alimentar apropriada para a paciente com DMG, é preciso que esta dieta tenha uma nutrição efetiva, tanto para mãe, quanto para o feto; para com isso obter um nível glicêmico esperado.

O enfermeiro precisa propor uma dieta que esteja dentro dos padrões financeiros e que proporcione aceitação de sua paciente, para que assim obtenha-se um resultado propício no tratamento ofertado.

Ainda no estudo de Menicatti; Fregonesi eles relatam que a prática de exercícios físicos em especial as atividades de caminhar, são bastante indicadas e fazem um bem enorme para a gestante, caso não apresentem nenhuma contraindicação as atividades; eles enfatizam também que essas práticas merecem ser estimuladas pelos profissionais que acompanham esta mulher.

O profissional deverá estar atento para dar esclarecimentos e aconselhar quanto ao benefício que tais atividades proporcionam tanto para mãe quanto para o feto, visando um resultado bem sucedido no final da gestação.

5. CONCLUSÃO

O profissional de enfermagem pode estar atuando de forma a esclarecer dúvidas que venham a surgir e estar buscando junto a gestante e sua família caminhos mais fáceis de chegar a um tratamento adequado e que estejam ao alcance destas pacientes, o enfermeiro tem um papel de suma importância orientando, prevenido e amenizando eventuais problemas que possam surgir no decorrer desta gestação, de forma segura com base em seus conhecimentos; e assim está ajudando a melhorar o tratamento ofertado ao diabetes gestacional.

Foi observado que o diabetes gestacional precisa ser estudado com mais frequência no meio acadêmico, pois seu conteúdo ainda é escasso necessitando de mais conhecimento a cerca do assunto.

6. REFERÊNCIAS

- Araújo, M. F. M. et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.2, 222-7, mar-abr, 2013.
- BERNE, R. M. et al. **Fisiologia**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: Gestação de alto risco**. Brasília: Secretária de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico: Pré-natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 5.ed.Brasilia, 2006.
- COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como tratar?. **Revista de Femina**, Minas Gerais, v.38, n. 10, 517- 525, outubro, 2010.
- CUNNINGHAM, G. F. **Williams Obstétrica**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2. Ed. São Paulo: Difusão Editora, 2009.
- FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. **Tratado Prático de Enfermagem**: volume 1. 2. Ed. São Paulo: Yendis, 2008.
- FILHO, J. R.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- KERCHE, L. T .R. L, et al. Fatores de risco para macrosomia fetal em gestações complicadas por diabete ou por hiperglicemia diária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.27, n.10, p. 580-7, 2005.
- LANDIM, C. A. P.; MILOMENS, K. M. P.; DIOGENES, M. A.R., Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n.3, p. 374-81, set. 2008.
- LIRA, L.Q.; DIMENSTEIN, R. Vitamina A e diabetes gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.56, n.3, 2010.
- MASSUCATI, L. A.; PEREIRA, R. A.; MAIOLI, T. V. Prevalência de Diabetes Gestacional em Unidades de Saúde Básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v.1, n.02, 2012.
- MENICATTI, M.; FREGONESI, C. E. P.T. Diabetes gestacional: aspectos fisiopatológicos e tratamentos. **Arq. Ciên. Saúde Unipar**, SãoPaulo, v.10, n.2, p.105-111, mai/ago., 2006.

PADILHA, P.C. et al. Terapia nutricional no diabetes gestacional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.1, 95-105, jan./fev., 2010.

REHDER, P.M., PEREIRA, B.G., SILVA, J.L.P. Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste oral de tolerância à glicose-100g normal. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.** São Paulo, v.33, n.2, jan- marc, p.81-6, 2011.

RICCI, S.S. **Enfermagem Materno–Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

WEINERT, L.S. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo,v.55, n.7, out. 2011.

ZIGUEL, E. E.; CRANLEY, M.S.; **Enfermagem Obstrétrica**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.