



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

MÔNICA MARIA RUFINO DE SÁ

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA GRÁVIDAS
COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 1**

**NATAL/ RN
2014**

MÔNICA MARIA RUFINO DE SÁ

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA GRÁVIDAS
COM DIABETES MELLITUS DO TIPO 1**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – II.

Orientador: Prof^a M^a. Mariluce Oliveira de Araujo

**NATAL/RN
2014**

RESUMO

O diabetes mellitus é constituído por um grupo de doenças metabólicas que é definida por hiperglicemia que resultam de defeitos na secreção ou na ação da insulina. A possibilidade de uma mulher diabética engravidar antes do surgimento da insulina era bastante rara. Após a utilização da insulina houve uma melhora substancial nos índices de mortalidade materna e perinatal. A gestação nas mulheres com diabetes do tipo 1 está intimamente ligada a um maior risco para a mãe e o conceito. Considerando à importância do tema, este trabalho tem o objetivo de identificar o atendimento proporcionado as gestantes diabéticas do tipo 1 na Unidade Básica de Saúde. A pesquisa bibliográfica integrativa foi o método escolhido para este trabalho. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Está preconizado que as gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional devem ser assistidas em centros especializados de atenção terciária por uma equipe multidisciplinar. Ao final do estudo concluiu-se que as gestantes insulino dependentes devem ser manejadas em centros especializados o que não impede que o enfermeiro da atenção básica continue dando assistência a essas mulheres, visando um maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade.

Palavras chave: Diabetes, Gravidez de alto risco, enfermagem.

ABSTRACT

The diabetes mellitus is constituted for a group of metabolic diseases that is defined by hyperglycemia that result of defects in secretion or at insulin action. The chance of a diabetic woman to conceive previously was to much rare. After the insulin utilization there was a significant improvement on indices of maternal and perinatal mortality. The gestation in women that has diabetes type 1 is inwardly connected to a bigger risks for mom and the conceptus. Considering the importance of theme, this work have the goal identify the treatment ,applied to diabetic pregnants type 1 in the basic unit health. The Integrative bibliographic research was the chosen method to this work. The bibliographic lifting was performed on the data bases Literatura Latino Americana e do Caribeem Ciências e Saude (LILACS), Scientific Electronic Library Oline(SCIELO), Bibliografia Virtual de Saúde(BVS). Is recommended that the pregnants with prepregnancy diagnosis of diabetes must be assisted in specialized tertiary care centers for a multidisciplinary team. At the end of studies concludes that the insulin-dependent pregnants must be accepted in specialists centers which does not prevent nurses from primary care to continue giving assistance to these women, seeking greater control and adherence to recommended treatments in levels of greater complexity

.

Key words: Diabetes, Pregnancy at high risk, nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 DIABETES MELLITUS: Conceito e Classificação	8
2.1.1 Diabetes Mellitus tipo 1.....	9
2.1.2 Diabetes Mellitus do tipo 2	10
2.1.3 Diabetes Mellitus Gestacional	10
2.1.4 Diabetes Mellitus Pré-Gestacional	11
2.2. DIABETES MELLITUS E GRAVIDEZ	11
2.2.1 Assistência a Gestante Diabética	12
3 METODOLOGIA	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
5 CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é composto por um conjunto de doenças metabólicas que se caracterizam por hiperglicemia que resultam de defeitos na secreção ou na ação da insulina. Essa patologia aparece mundialmente como uma epidemia transformando-se em um motivo de grande preocupação para os sistemas de saúde de todo o mundo. O aumento da incidência e prevalência da doença no mundo tem como pano de fundo o envelhecimento da população, a urbanização progressiva e a adoção de estilos de vida nem um pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade.

É de extrema relevância observar as evidências científicas que existem para prevenir e/ou retardar o surgimento da diabetes e dos problemas que ela provoca. Hoje, percebe-se que paulatinamente as pessoas e as comunidades vêm tendo acesso a esses cuidados. Sendo assim, é de suma importância que os governos direcionem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

“O diabetes é uma síndrome de perturbação do metabolismo com hiperglicemia imprópria devido a uma deficiência absoluta da secreção de insulina ou uma redução na eficácia biológica da insulina” (Greenspan; Strewler, 2000, p.447).

O Brasil está em quinto lugar no ranking do país com maior número absoluto de diabéticos no mundo e deve continuar na mesma colocação em 2030. Em 2010, 7,6 milhões de brasileiros tinham diabetes, número que deve crescer para 12,7 milhões em 20 anos (MUNDIM, 2012).

Em relação à estimativa de vida do Diabetes Mellitus, constata-se que é diminuída em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é a causa de maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

O Diabetes Mellitus é classificado da seguinte forma: diabetes tipo 1, antes conhecido como diabetes juvenil, representando cerca de 10% de casos do

Diabetes Mellitus do tipo 1 frente a população diabética, o Diabetes Mellitus do tipo 2, antigamente chamado de diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Além desses existe o diabetes gestacional encontrado com maior frequência, porém sua etiologia ainda não está esclarecida e que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

O diabetes Mellitus tipo 1, é causado pela deficiência de secreção de insulina, resultante do processo patológico autoimune que acontece nas ilhotas pancreáticas. A junção da resistência à insulina e a inadequada resposta compensatória na secreção da insulina, tem como resultado, o diabetes mellitus do tipo 2. O diabetes mellitus gestacional (DMG) tem como definição qualquer grau de intolerância à glicose com princípio ou primeiro diagnóstico durante a gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

A gravidez é conceituada como um fenômeno normal e fisiológico da mulher; porém, existe uma determinada parcela de gestantes que, demonstram características específicas por ser portadora de alguma patologia ou de algum agravo, apresentando assim, uma maior possibilidade de ter evolução negativa na gestação tanto para a mãe, como para o bebê. Essa parcela compreende um grupo denominado de gestantes de alto risco (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O diabetes mellitus quando relacionado à gravidez pode ser classificado como: Diabetes gestacional diagnosticado durante a gravidez e Diabetes pré-gestacional do tipo 1 e do tipo 2. O diabetes pré-gestacional equivale a 10% das gestantes com diabetes na gravidez e necessita de manejo adequado antes mesmo da mulher engravidar (GOLBERT, CAMPOS, 2008).

O impacto do diabetes mellitus do tipo 1 sobre a gravidez é bastante considerável porém esse impacto pode ser minimizado através de um bom controle do diabetes na fase da pré-concepção, no período pré-natal e no período intraparto (ZIEGEL, et al, 2011).

No Brasil, a assistência prestada à mulher no período gestacional, é respaldada no Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído em junho de 2000. Tem como objetivos assegurar a melhoria do acesso ao serviço, oferecer cobertura e qualidade no pré-natal, assistência ao parto e puerpério tanto à mãe quanto ao recém-nascido, tendo a humanização como norteador de todas as ações (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No início do pré-natal a gestante deve realizar uma consulta de enfermagem, cujo propósito será a coleta de informações sobre a história atual e pregressa da saúde dessa mãe. Caso sejam encontrados indícios de uma gravidez de alto risco, essas mulheres devem ser encaminhadas ao centro de especialidade perinatal de sua região, a fim de obter um acompanhamento diferenciado. A assistência oferecida deve ser segura e eficaz, para que elas possam ter apoio e orientação a respeito de sua real situação. O principal objetivo do enfermeiro é direcionar o cuidado para que o resultado final dessa gestação seja sempre o melhor para a mãe e o bebê (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

A gestação, na vida da maioria das mulheres, tem um significado sublime e é encarada como uma demonstração de saúde. Neste trabalho, todavia, focaremos na problemática de gestantes com Diabetes Mellitus do tipo 1, por se tratar de uma doença crônica, a qual traz consigo um risco eminente para a mãe e o conceito (OLIVEIRA, MADEIRA, PENNA, 2011).

O atual estudo foi deflagrado porque a gravidez em mulheres com Diabetes mellitus do tipo 1 é um assunto com o qual tive envolvimento pessoal e aprofundado. Conheci de perto todas as complicações que uma mãe diabética pode ter durante todo percurso de sua gestação e, outrossim, descobri que os cuidados deveriam ter sido iniciados antes da concepção. A partir deste momento, desenvolvi um interesse sobre o tema, situação que me levou a procurar mais informações sobre as interações fisiológicas e suas consequências para a mãe e o feto. Percebi, com isso, a necessidade de pesquisar sobre a qualidade da assistência que tem sido ofertada a esse grupo de pacientes nas unidades básicas de saúde.

Diante do exposto, e considerando à importância do tema, este trabalho tem o objetivo de descrever o atendimento prestado pelo enfermeiro às gestantes diabéticas do tipo 1 na Unidade Básica de Saúde presente na literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DIABETES MELLITUS: Conceito e Classificação

Doença do metabolismo da glicose de etiologia múltipla tendo como sua característica principal a hiperglicemia decorrente da secreção insuficiente de insulina (hormônio produzido pelo pâncreas) que têm como função transformar as moléculas de glicose em energia que serão utilizadas por todas as células. (MOTENEGRO, REZENDE, 2012).

Diabetes mellitus (DM) é uma desordem metabólica de etiologia múltipla, uma condição crônico-degenerativa cuja manifestação está associada à falta e/ ou à ação ineficiente do hormônio insulina, produzido nas células β das ilhotas de Langerhans do tecido endógeno do pâncreas (DULLIUS, 2007, p. 40).

O Diabetes Mellitus nos tempos atuais é considerado uma epidemia mundial, transformando-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a crescente urbanização e a adesão a estilos de vida nada saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes causadores da elevação na incidência e prevalência do Diabetes em todo o mundo. (BRASIL, 2006).

O indivíduo com Diabetes Mellitus tem como os principais sintomas: o aumento na frequência de micção (poliúria), maior ingestão de água (polidipsia), perda de peso corporal, fraqueza (fatiga), fome excessiva (polifagia) e infecções de repetição. (CINTRA; ROPELLE; PAULI, 2011).

O diagnóstico é feito na sua grande maioria através do exame clínico e exames laboratoriais como: a glicemia de jejum, o teste de tolerância à glicose oral. Além disso, o controle pode ser feito através da hemoglobina glicosilada ou glicada (CINTRA; ROPELLE; PAULI, 2011).

O princípio vital do tratamento do diabetes consiste na normalização da atividade da insulina e dos níveis de glicemia reduzindo assim o avanço de problemas vasculares e neuropáticos. Para atingir esse fim deverá ser utilizadas doses de insulina e medicações orais (de acordo com cada caso e tipo de diabetes), além de um controle rigoroso da alimentação e exercícios físicos. Tudo isso deve ocorrer sob a orientação de uma equipe multiprofissional preparada para atender os

portadores dos variados de tipos de diabetes mellitus (Brasil. Ministério da Saúde, 2006).

O Diabetes Mellitus classifica-se em: diabetes do tipo 1, diabetes do tipo 2, diabetes gestacional que abrange também o Diabetes Mellitus pré-gestacional e Diabetes Mellitus associada a outras condições ou síndromes (ADA, 2009 apud , SMELTZER, S. C., et al. 2011).

2.1.1 Diabetes Mellitus tipo 1

“A diabetes mellitus tipo 1 engloba os casos que resultam da destruição das células produtoras de insulina, havendo, portanto, deficiência absoluta, ou quase, de produção insulínica e apresentando propensão à cetoacidose” (DULLIUS, 2007, p. 40).

Esse tipo de diabete é na sua maioria autoimune, também conhecido como diabete insulino dependente ou diabete de início juvenil, é o resultado da destruição da célula β pancreática por processo autoimune celular. O DM do tipo 1 geralmente surge na infância ou na adolescência, mas pode iniciar-se em qualquer idade, (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

O individuo pode desenvolver esse tipo de diabetes através do surgimento de sinais de uma resposta autoimune. Entende-se por uma resposta autoimune quando os anticorpos são direcionados para atacar os tecidos normais do organismo, vendo-os como tecidos estranhos. Existem também investigações sendo feitas a respeito da influência de fatores ambientais, como vírus ou toxinas, no início da destruição da célula beta (SMELTZER, S. C., et al. 2011).

Quando as células β (produtoras de insulina no pâncreas) são danificadas, ocorre uma diminuição na produção de insulina, que é uma enzima necessária para transformar a glicose (existente no açúcar e em outros tipos de alimentos) em energia essencial para a vida diária. A insulina em quantidade insatisfatória resulta em uma elevação ou diminuição da glicose na corrente sanguínea (hiperglicemia ou hipoglicemia) (SMELTZER, S. C., et al. 2011).

2.1.2 Diabetes Mellitus do tipo 2

O Diabetes Mellitus do tipo 2 têm sua causa justificada pela associação da resistência à ação da insulina e a resposta secretória insulínica compensatória inadequada. (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

O diabetes mellitus tipo 2 representa a forma mais comum da doença. A obesidade, a falta de atividade física, uma alimentação incorreta, o envelhecimento e ainda um componente genético mal definido aumentam o aparecimento e a expansão dessa patologia (CINTRA; ROPELLE; PAULI, 2011).

A concepção da hiperglicemia engloba uma tríade de anormalidades, onde está incluso o aumento da produção hepática de glicose (glicogenólise e gliconeogênese) e a minimização na secreção e ação da insulina (resistência à insulina), diminuindo o uso e o armazenamento de glicose pelo organismo. Quando o aumento exacerbado de peso na forma de gordura, e particularmente a formação de tecido adiposo na região abdominal, é frequente, esses eventos se tornam um agravante para a resistência à insulina, sendo tudo isso um fator determinante do aparecimento dessa forma de diabetes (CINTRA; ROPELLE; PAULI, 2011).

2.1.3 Diabetes Mellitus Gestacional

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) entende-se por qualquer grau de intolerância a glicose que tenha iniciado ou tido seu primeiro diagnóstico durante a gravidez. Sendo assim, a possibilidade de que a intolerância à glicose não tenha sido descoberta antes da gravidez ou tenha se iniciado simultaneamente com ela não pode ser descartada (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

Fisiologicamente durante a gestação, os hormônios placentários produzem um quadro de hiperglicemia, causando uma resistência à insulina. O erro metabólico nas grávidas com diabetes mellitus gestacional é a sua impossibilidade de produzir insulina em níveis compatíveis com a demanda que é máxima no 3º trimestre. Levando ao aumento da concentração de glicose pós-prandial, por certo insuficiente para provocar alguma sintomatologia, mas com capacidade de causar reações adversas no concepto (macrossomia e hipoglicemia) pelo elevado transporte de glicose transplacentário. (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

2.1.4 Diabetes Mellitus Pré-Gestacional

As mulheres com diabetes pré-gestacional podem portar o tipo 1 e tipo 2. Em sua grande maioria as mulheres com diabetes pré-gestacional são insulínod dependentes. O estado diabetogênico da gravidez da mulher com diabetes sobrecarrega de sobremaneira o seu sistema metabólico, dando como consequência situações de risco para a mesma. Fisiologicamente nos três primeiros meses da gestação, quando os níveis de glicose sanguínea são diminuídos a resposta da insulina à glicose é favorecida, e o controle glicêmico se torna melhor. (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

2.2. DIABETES MELLITUS E GRAVIDEZ

Em 1921 surge a insulina comercial e a partir daí se tornou possível a gravidez e o diabetes ocorrerem juntos, já que antes disso raramente uma mulher com diabetes conseguiria engravidar. Escasso era o número de diabéticos juvenis que sobreviviam até a idade reprodutora, e aqueles que o conseguiam eram frequentemente estéreis. Nos casos esporádicos em que a gravidez acontecia, a mortalidade materna e perinatal eram enormes. Após 60 anos de utilização da insulina podemos afirmar que houve uma melhora dramática nas taxas de mortalidade materna e perinatal. (ZIEGEL; CRENLEY, 2011).

Grandes e significativas são as mudanças que surgem no metabolismo dos carboidratos, das proteínas e dos lipídios de todas as gestantes. Além disso, a gravidez altera as necessidades de insulina para todas as mulheres. A gestante diabética tem como peculiaridade a suscetibilidade à hipoglicemia e à hiperglicemia. Em alguns casos, o feto em desenvolvimento pode causar transformações na produção e na utilização da glicose pela mãe, modificando o metabolismo normal dos carboidratos e levando ao Diabetes mellitus gestacional (BRANDEN, 2002).

O Diabetes na gestante pode gerar várias complicações para o feto e o recém-nascido. Essa patologia aumenta o número de casos das anomalias fetais e a morbidade neonatal, e predispõe o recém-nascido ao diabetes. Sem tratamento devido, o diabetes aumenta o risco de óbito fetal ou neonatal. Os efeitos fetais e neonatais são: retardo do crescimento intra-uterino, macrossomia, levando a desproporção cefalopélvica, distorcia uterina e distorcia do ombro, nutrição fetal

deficiente, hipotensão com sofrimento fetal secundário, hiperbilirrubinemia e hipoglicemia (BRANDEN 2002).

2.2.1 Assistência a Gestante Diabética

O diabetes é uma doença de alta complexidade, que afeta um grande leque de sistemas orgânicos. Há muitas facetas a serem descobertas a respeito dessa patologia. Existem várias interações fisiológicas e psicológicas com a gravidez, e certamente muito pouco entendidas. Muito mais do que qualquer outra gravidez de alto risco, essa situação pede a maestria de vários especialistas altamente capacitados trabalhando em equipe. Sozinho nenhum profissional detém o saber necessário para atender todas as necessidades das famílias que enfrentam uma gravidez diabética. Por essas e outras, recomenda-se veementemente que a assistência para as diabéticas grávidas se restrinja a centros especializados perinatais, onde os recursos humanos necessários, bem como os materiais para um cuidado especializados, estejam disponíveis (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Aliando a competência da equipe de saúde que assiste essa gestante, e em particular o enfermeiro e o fato que esses centros especializados devem possuir toda infraestrutura capaz de atender as necessidades diagnóstica que a gestante diabética requer (ZIEGEL; CRENNLEY, 2011).

Esse norteamento dado a essa cliente requerem uma intrínseca colaboração e comunicação entre todos os profissionais da equipe de saúde e, talvez o que seja mais relevante, um comprometimento ativo da gestante e sua família sob todos os aspectos dessa assistência para que as intercorrências que essas mulheres são expostas possam diminuir e/ou serem extintas e desta feita zerar os altos índices mortalidade materna e perinatal ainda presente nas gestantes diabéticas (ZIEGEL; CRENNLEY, 2011).

3. METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica integrativa foi o método escolhido para este trabalho por se tratar de uma abordagem que permite que um tema seja analisado sob um novo prisma produzindo assim, novas conclusões. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008)

A revisão integrativa é definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados, permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos. (BREVIDELLI; SERTÓRIO 2010, p.105).

“Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 2).

O levantamento bibliográfico sobre o tema escolhido foi realizado nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como também em livros, teses e artigos científicos que falam sobre o tema em pauta.

Foi utilizado recorte temporal de 07 anos, ou seja, de 2006 a 2013, através dos descritores complicações na gravidez, Diabetes Mellitus do tipo 1, Diabetes Mellitus pré-gestacional, Diabetes Mellitus do tipo 2 e Gravidez de alto risco, selecionou-se 20 periódicos. Após leitura e análise criteriosa desses trabalhos, 8 deles atenderam ao objetivo desse estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rezende, C. L. (2012) e Brasil. Ministério da Saúde (2012). Referem que, a gravidez é um evento fisiológico e deve ser reconhecido pelas grávidas e profissionais da saúde como um acontecimento natural, mas que envolve mudanças físicas, sociais e psicológicas, ansiedades, fantasias, temores e expectativas. Porém, trata-se de uma situação limítrofe que pode incorrer em riscos para a mãe e o conceito e existe ainda um determinado grupo de mulheres que apresentam algumas particularidades que levam a uma maior possibilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco”.

Em seus trabalhos Oliveira; Madeira; Penna, (2011); Mundim, (2013) e Araújo, et. al, (2013) concordam que as principais preocupações das mulheres diagnosticadas com gravidez de alto risco são relacionadas com o desenvolvimento perfeito do bebê e se elas conseguirão levar a gestação a termo. Da mesma forma admitem que a alegria causada pela confirmação da gravidez nessa situação de risco se confunde com o medo por não terem certeza se irão encontrar tratamento adequado para sua situação.

Diabetes mellitus gestacional é definido como qualquer nível de intolerância a glicose, tendo como consequência a hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico no decorrer da gestação. Sua fisiopatologia é elucidada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). (PADILHA, 2010 e ARAÚJO, et. al, 2013).

Silva, et al. (2013) explica que é fundamental que se faça um estudo na gestação de alto risco, em virtude de sua íntima ligação com a elevação da morbimortalidade materna e perinatal. E, se porventura, venham a ser identificadas algumas condições de risco, estas podem ser debeladas, ao passo que outras podem ser amenizadas, restringindo seu impacto na gravidez. Além disso, os profissionais de saúde podem ser orientados a ter um maior critério ao observar os sinais precoces de complicações, para que um tratamento seja iniciado com maior rapidez.

Os autores Oliveira; Madeira; Penna, (2011) relatam em seu trabalho que o reconhecimento de gestantes de alto ou baixo risco acontece na primeira consulta que a mulher realiza na Unidade Básica de Saúde, permitindo, por essa via, a escolha de dispositivos que viabilizem o norteamiento da equipe de saúde em relação ao melhor método para fornecer cuidados diferenciados. É possível distinguir a gravidez de baixo risco da de alto risco, por meio de uma entrevista com a gestante e da realização de exames laboratoriais, os quais são solicitados na primeira consulta.

Brasil. Ministério da Saúde (2012) lembra que é de suma importância que mulheres diabéticas engravidem com níveis glicêmicos dentro do padrão de normalidade, com o intuito de prevenir as malformações fetais aliadas à hiperglicemia periconcepcional e as quaisquer complicações maternas e fetais relacionados à gravidez.

Tanto Landim; Milomens; Diógenes, (2008) quanto Padilha, (2010) acreditam que os cuidados dado as gestantes insulíndependentes devem contar com a participação da família e a comunicação entre eles e os profissionais de saúde que prestam essa assistência deve ser bastante afinada para que o tratamento seja satisfatório. Além disso, todos devem receber as informações necessárias para que eles se tornem capazes de reconhecer os sinais de hipoglicemia.

Em Brasil. Ministério da saúde, (2012) está preconizado que as gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional devem ser assistidas em centros especializados de atenção terciária por equipe multidisciplinar formada por médico obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeiro obstetra e outros profissionais, variando de acordo com a necessidade e gravidade do caso. As gestantes diabéticas que têm seu acompanhamento realizado em centros de atenção secundária ou terciária poderão também ser assistidas pelas profissionais da atenção básica tencionando obter maior controle e aderência aos tratamentos oferecidos nos níveis de maior complexidade.

5. CONCLUSÃO

A gravidez nas mulheres com diabetes do tipo 1 está associada a aumento de risco tanto para o feto quanto para a mãe. realizar uma leitura atenta em todos os artigos separados a procura da resposta ao meu objetivo percebi que existem poucos trabalhos a respeito do atendimento as gestantes diabéticas do tipo 1 na unidade básica de saúde. Porém, no manual do Ministério da Saúde para gravidez de alto risco, está preconizado que a assistência oferecida as mulheres com diagnóstico de Diabetes Mellitus pré-gestacional (diabéticas do tipo 1 e do tipo 2) deve ser realizado em centros especializados de atenção terciária por uma equipe multidisciplinar.

Na atenção básica, as equipes devem estar preparadas para orientar as mulheres em idade fértil que pretendem engravidar, pois elas também devem ser encaminhadas aos centros especializados de atenção terciária para que as mesmas obtenham uma compensação metabólica pré-concepcional. Também se deve realizar uma avaliação da presença de complicações crônicas da doença, além da orientação especializada para a prevenção de malformações fetais.

Contudo, ficou claro que nada impede que o enfermeiro da atenção básica continue dando assistência a essas mulheres, visando um maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO; M. F. M., et. al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 10-15, mar./abr. 2013.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; CAPP, Edison; FERREIRA Jair. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, Recife, v, 6 n.1, jan./mar. 2006.

BRANDEN, Pennie Sessler. *Enfermagem Materno Infantil*: 2ª ed. São Paulo: Reichmann & Affonso editors, 2000, p. 86-87.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - Normas e Manuais Técnicos – Diabetes Mellitus*. Brasília: Secretária de Atenção Básica, 2006 p. 07.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. Brasília: Secretária de Atenção à Saúde, 2012.

BREVIDELLI, Maria Meimei; SERTÓRIO, Sônia Cristina Masson. *TCC Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático Para Adolescente e Alunos da Área da Saúde*: 4ª ed. São Paulo: Afiliada, 2012.

CINTRA, Dennys, E.; ROPELLE, Eduardo R.; PAULI, José R. *Obesidade e diabetes: Fisiopatologia e sinalização celular*. 1ª ed. São Paulo: Savier, 2011, p. 30-33.

DOURADO, Viviani Guilherme; PELLOSO, Sandra Marisa. Gravidez de alto risco: O Desejo e a Programação de uma Gestação. **Acta paul. enferm.** v. 20 n.1 São Paulo jan./mar. 2007.

DULLIUS, Jane. Fatores que interferem na qualidade de vida com diabetes: opinião dos portadores. Brasília: **Repositório UNB Universidade de Brasília**, 2007, p. 40.

GOLBERT, Airton; CAMPOS, Maria Amélia A. Diabetes Melito tipo 1 e Gestação. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.52 n.2 mar. 2008.

GREENSPAN, Francis S; STREWLER, Gordon J., **Endocrinologia Básica & Clínica**: 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 447.

LANDIM, Camila Aparecida Pinheiro; MILOMENS, Kallyne Moreira Pequeno; DIÓGENES Maria Albertina Rocha. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2008

LOWDERMILK, Deitra Leonard, PERRY, Shannon E., BOBAK, Irene M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**: 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 606-609.

MARTINS, Cleusa Alves; REZENDE, Leilinéia Pereira Ramos; VINHAS, Dayana Cristina Silva. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 49 e 55, 2006. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. 20 de maio de 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M., Revisão Integrativa: Método de Pesquisa. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf >. Acesso em 01 de maio de 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE, Jorge Filho. **Obstetrícia Fundamental**. 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, p. 418 - 430.

MOURA, Escolástica; EVANGELISTA, Danielle; DAMASCENO, Ana Kelve. Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 1-9, fev. 2012.

MUNDIM, R. A. S. *Sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras de Diabetes Mellitus*. **Revista de Biotecnologia & Ciência** V. 2, N. 1, 2012.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; MADEIRA, Anézia Moreira Faria; PENNA, Cládia Maria de Mattos. Vivenciando a Gravidez de Alto Risco: entre a luz e a escuridão, Belo Horizonte, **Revista Rene**, 2011.

PADILHA, P. C. et. al. Terapia Nutricional no Diabetes Gestacional. **Revista de Nutrição** v. 23 n.1, Campinas, Jan./Feb. 2010

REZENDE, Ceny Longhi, Qualidade de Vida das Gestantes de Alto Risco em Centro de Atendimento à Mulher do Município de Dourados. **Revista Metodista**. Campo Grande, 2013.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

SILVA, K. D. M. Intervenções de Enfermagem nas Gestações de Alto Risco: Estudo Bibliométrico. **Revista de enfermagem**. São Paulo. 2013.
23. SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. v.2, 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 1200-1205.

ZIEGEL, E. C. et al. **Enfermagem Obstétrica**. 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 283-291.