



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE ENFERMAGEM

**ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES DIABÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

FRANCISCA MARIA EVARISTO DE MELO FERREIRA

ORIENTADORA: MSC PROF^a. ERIKA ALESSANDRA MELO COSTA

NATAL - RN

2015

FRANCISCA MARIA EVARISTO DE MELO FERREIRA

ORIENTADORA: MSC PROF^a. ERIKA ALESSANDRA MELO COSTA

**ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES DIABÉTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

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

NATAL - RN

2015

RESUMO

A diabetes gestacional é um quadro clínico patológico de hiperglicemia desenvolvida pela intolerância aos carboidratos consumidos, sendo diagnosticado a partir da 22ª semana de gestação, podendo ou não, persistir após o parto. Caracterizada por uma insulinoresistência que está intimamente relacionada ao resultado perinatal adverso e se não diagnosticada e tratada pode trazer sérios problemas tanto para a mãe quanto para o feto. O objetivo deste trabalho foi conhecer a atuação do enfermeiro com gestantes diabéticas na Atenção Primária de Saúde. Utilizou-se as bases de dados Lilacs e Scielo para a seleção dos artigos entre os anos 2005 a 2014. Foram selecionados 250 artigos, os quais passaram pela leitura seletiva, restando 96 artigos. Desses artigos foi realizada então uma leitura analítica onde apenas 32 artigos atendiam os critérios de inclusão e foram pré-selecionados para a leitura na íntegra. Desses, apenas os artigos originais e de caso controle permaneceram, totalizando uma leitura de 9 artigos científico. Identificou-se que as gestantes diagnosticadas com o diabetes gestacional possuíam idade entre 31 a 40 anos, e 95,1% dessas gestantes possuíam antecedentes familiares de primeiro grau com diagnóstico de diabetes mellitus. O cuidado do enfermeiro no pré-natal é de fundamental importância, e deve se estender durante toda a gravidez. Esse cuidado, além de minimizar os riscos relacionados à doença, visa também favorecer um melhor prognóstico para o binômio mãe/bebê, diminuindo os riscos e complicações relacionadas ao diabetes gestacional, por meio de orientação e trabalho em conjunto com as gestantes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Diabetes Gestacional. Gestação de alto risco. Cuidados de Enfermagem. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

RESUME

Gestational diabetes is a pathological clinical symptom of hyperglycemia developed by intolerance to carbohydrates consumed, being diagnosed from gives 22 weeks of pregnancy and may or may not persist after delivery. Characterized by insulin resistance, which is closely related to adverse perinatal outcome and if undiagnosed and untreated can lead to serious problems for both the mother and the fetus. The objective of this study was to identify the role of a nurse with diabetic pregnant women in Primary Health Care. We used the Lilacs and Scielo databases for selection of articles between 2005 to 2014. We selected 250 articles, which passed through the selective reading, leaving 96 articles. These articles was then performed an analytical reading where only 32 articles met the inclusion criteria and were pre-selected for reading in full. Of those, only original articles and case control remained, amounting to a reading of nine scientific articles. It was found that pregnant women diagnosed with gestational diabetes had aged 31-40 years and 95.1% of pregnant women had a family history of first degree diagnosed with diabetes mellitus. The nursing care in prenatal care is extremely important, and should extend throughout the pregnancy. This care, while minimizing the risks related to the disease, also aims to foster a better prognosis for the binomial mother / baby, reducing the risks and complications related to gestational diabetes, through guidance and work together with pregnant women.

Keywords: Diabetes Mellitus. Gestational diabetes. High-risk pregnancy. Nursing care. Antenatal care.

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Gestacional (DG) é um quadro clínico patológico de hiperglicemia desenvolvida pela intolerância aos carboidratos consumidos, sendo diagnosticado a parti dá 22ª semana de gestação, podendo ou não, persistir após o parto. A melhor forma de prevenir o Diabetes Gestacional é iniciar o pré-natal no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2010).

O pré-natal é um acompanhamento necessário que deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional na atenção básica e na rede suplementar do Sistema Único de Saúde (SUS). O papel do enfermeiro é de vital importância, para realizar ações de promoção da saúde e prevenir o desenvolvimento de agravos. Como orientador o enfermeiro desempenha um papel importante na vida das gestantes proporcionando a elas esclarecimentos e informações fundamentais durante o período de gestação (LANDIM, MILOMENS, DIÓGENES, 2008).

Em casos de pacientes com diabetes gestacional, o enfermeiro tem responsabilidade ética e moral quanto ao acompanhamento dessa gestante proporcionando segurança sobre as suas implicações em relação ao feto e ao recém-nascido, como também em sua vida futura em relação à saúde. A consulta de enfermagem no pré-natal garanti a saúde da mãe e do bebê durante toda a gravidez e durante o parto, identificando situações que possam aumentar o risco de desfechos desfavoráveis a gestante (OLIVEIRA, et al, 2009).

A assistência de enfermagem junto a gestante portadora de diabetes gestacional consiste num conjunto de orientações para a saúde, visando a conscientização e mudança de comportamento frente à sua problemática, com o propósito de levá-la a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença; investindo no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do indivíduo para o autocuidado (BELOUS, VEPPO, ROCHA, 2010).

Diante dessas informações, é importante investigar como está se dando o atendimento do profissional de enfermagem com as gestantes portadoras do diabetes gestacional atendidas pelo SUS.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a atuação do enfermeiro com gestantes diabéticas na Atenção Primária de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Enfatizar os cuidados de enfermagem na orientação e transmissão de informação às gestantes portadoras do diabetes gestacional.

Relacionar os aspectos abordados pelos diversos autores, explorando suas principais características e seus pontos de relevância.

Identificar as ações realizadas pelos enfermeiros na consulta de pré-natal com as gestantes portadoras do diabetes gestacional.

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome metabólica sistêmica, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos nas células do organismo. A insulina é um hormônio produzida pelo pâncreas e é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose na corrente sanguínea. A falta desse hormônio provoca um déficit na metabolização de carboidratos, resultando em altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente. O DM tem aumentando a sua prevalência na população e habitualmente está associado ao envelhecimento populacional, níveis crescentes de obesidade e sedentarismo, hábitos alimentares fora do padrão nutricional saudável, tabagismo, hipertensão, fatores ambientais como estresse e a fatores genéticos (MASCARENHAS; et al, 2010).

As principais classificações do diabetes são o Diabetes Mellitus tipo 1 onde há destruição da célula-B pancreáticas, usualmente levando à deficiência absoluta de insulina classificado como diabetes juvenil e acomete habitualmente jovens menores de 30 anos. O Diabetes Mellitus tipo 2, a causa é a combinação da resistência à ação da insulina por defeito no receptor insulínico nas células e a inadequada resposta compensatória na secreção da insulina pelo pâncreas. Uma doença assintomática, seu grau de hiperglicemia é suficiente para causar alterações funcionais e patológicos em vários tecidos-alvo, antes de ser diagnosticada. O Diabetes Gestacional é um estado de hiperglicemia, detectado pela primeira vez na gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

As alterações clínicas presente em todos os tipos de diabetes são os “três Ps”: poliúria, polidipsia e polifagia. A poliúria (aumento da micção) e a polidipsia (sede aumentada) ocorrem em consequência da perda excessiva de líquidos associada à diurese osmótica. Também apresentam polifagia (aumento do apetite)

em consequência do estado catabólico induzido pela deficiência de insulina e pela degradação das proteínas e lipídios. Outros sintomas incluem, formigamento ou dormência dos membros superiores e membros inferiores, xerodermia, lesões cutâneas ou feridas de cicatrização lenta e infecções recorrentes (SMELTZER; et al, 2012).

Sinais e sintomas clássicos:
• Poliúria;
• Polidipsia;
• Perda inexplicada de peso;
• Polifagia.
Sintomas menos específicos:
• Fadiga, fraqueza e letargia;
• Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
Complicações crônicas/doenças intercorrentes:
• Proteinúria;
• Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
• Retinopatia diabética;
• Catarata;
• Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, Doença vascular periférica);
• Infecções de repetição.

QUADRO 1 - Elementos clínicos que levantam a suspeita do DM

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, nº 36, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE – Brasília-DF, 2013

3.1.1 Diagnóstico do Diabetes Mellitus

O diagnóstico de diabetes mellitus baseia-se na detecção da hiperglicemia. Exames que podem ser utilizados no diagnóstico do diabetes mellitus são a glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose ocorridos nos últimos dois a três meses. Os critérios diagnósticos para cada um dos exames são apresentados na Tabela 1. A utilização de cada um desses exames depende do contexto diagnóstico (BRASIL, 2013).

Categoria	Glicemia de jejum	TTG: duas horas após 75g de glicose	Glicemia casual**	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	-
Glicemia alterada	>110 e <125	-	-	-
Tolerância diminuída à glicose	-	≥140 e <200	-	-
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos***)	>6,5%

TABELA 1 - Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico do diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos. Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n° 36, ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS; MINISTÉRIO DA SAÚDE – Brasília-DF, 2013

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por, no mínimo, oito horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e polifagia.

O diagnóstico de diabetes gestacional é feito pela realização da glicemia de jejum, exame solicitado na primeira consulta de pré-natal. A associação glicemia de jejum (GJ) mais fator de risco (FR) é método alternativo de rastreamento, orientado pelo Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Caso o valor encontrado seja ≥ 126 mg/dl, é feito o diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional. Caso glicemia plasmática em jejum seja ≥ 92 mg/ dl e < 126 mg/dl, é feito o diagnóstico de diabetes melito gestacional. Assim a gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre. Valores acima de 110 mg/dl confirmam o diagnóstico em qualquer fase de gestação (OLIVEIRA; VENCIO, 2014).

Dentre os diversos aspectos, vale ressaltar que o diabetes é uma doença:

De caráter crônico e evolutivo caracteriza-se por deficiência na secreção e/ou ação da insulina com consequente hiperglicemia. É um processo patológico e como tal, durante a gestação pode repercutir na saúde materna fetal e perinatal (OLIVEIRA; et al, 2009, p.29).

3.1.2 Diabetes Gestacional

Diabetes Gestacional é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos no organismo materno, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (BOLOGNANI; SOUZA; CALDERON, 2011).

O Diabetes Mellitus é considerado um complicador gestacional, existindo uma clara relação entre o controle glicêmico e a morbimortalidade materno-fetal. Apesar disso, mulheres diabéticas têm uma chance em torno de 97% a 98% de ter uma criança saudável se aderirem a um programa de tratamento e supervisão cuidadosa da glicemia (CHAVES, et al, 2010). Mulheres com diabetes gestacional são classificadas como grávidas de risco, pois apresentam altos índices de morbidade e maior potencial para intolerância à glicose, identificando mulheres com alto risco de desenvolver diabetes melito tipo 2 após a gravidez (RUDGE, et al, 2013).

3.1.3 Rastreamento e Diagnóstico

Embora não exista consenso sobre qual método é o mais eficaz para rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional, as recomendações a seguir oferecem uma alternativa fidedigna. O rastreamento deve ser iniciado pela anamnese, para a identificação dos fatores de risco descritos no quadro 2 (BRASIL, 2010).

Idade igual ou superior a 35 anos;
Índice de massa corporal (IMC) >25kg/m ² (sobrepeso e obesidade);
Antecedente familiar de diabetes mellitus (parentes de primeiro grau);
Óbito fetal sem causa aparente em gestação anterior;
Malformação fetal em gestação anterior;
Uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos e tiazídicos);
Síndrome dos ovários policísticos;
Suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidrâmnio.

QUADRO 2 - Fator de risco para Diabetes Gestacional

Fonte: **BRASIL**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco. Manual técnico, 5ª edição, Brasília: Editora do ministério da Saúde, p. 184, 2010.

3.1.4 Complicações Materno-fetal

Vários fatores foram relacionados ao desenvolvimento da diabetes gestacional, A principal complicação fetal é a macrossomia fetal que se associa à obesidade infantil e ao risco aumentado de diabetes melito tipo 2 na vida adulta. Outro risco é de tocotraumatismo, incluindo a distorcia de ombro e fraturas ósseas durante o parto (CALDERON; RUDGE, 2006).

A macrossomia fetal é definida quando o peso do recém-nato é maior ou igual a 4 kg na gestação, maior que o percentil 90 para idade gestacional. De forma alternativa, considera-se o peso fetal relacionado à idade gestacional, classificando os recém-nascidos em peso menor que 2.500g pequeno para idade gestacional

(PIG), peso entre 2.500g e 4.000g adequados para idade gestacional (AIG), e peso acima de 4.000g grandes para a idade gestacional (GIG). Nesta última categoria estão caracterizados os macrossômicos (BRAGA, et al, 2011).

De acordo com Kercher, et al, 2005 no período neonatal, os macrossômicos têm frequência aumentada de hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, síndrome do desconforto respiratório e cardiomiopatia hipertróficas que, associadas à prematuridade, favorecem a morte perinatal.

Mulheres com diabetes gestacional tem maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia ou qualquer doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) do que aquelas com tolerância normal à glicose. Além disso, mulheres com diabetes gestacional apresentam risco recorrente de desenvolver a doença em gestações futuras como também desenvolverem diabetes mellitus tipo 2 Num período de 10 a 20 anos (ABI-ABIB, et al, 2014).

3.1.5 Tratamento do Diabetes Gestacional

O tratamento do diabetes gestacional visa reduzir a morbimortalidade materna e fetal melhorando a qualidade de vida reduzindo risco de macrosomia fetal, cesariana e hipertensão durante a gestação. Semelhante ao que é feito para os outros tipos de diabetes, o tratamento inclui dieta individualizada e prática de atividade física e, quando indicado, o uso de medicação “Insulinoterapia e hipoglicemiantes orais” (WEINERT, et al, 2011).

O tratamento durante a gestação visa a um bom controle glicêmico. Quando ocorre falha na obtenção do controle glicêmico com dieta, associada ou não a exercícios físicos, o tratamento farmacológico é instituído. O tratamento padrão para o diabetes gestacional é a insulinoterapia subcutânea. Como alternativa terapêutica, hipoglicemiantes são clinicamente administrados no segundo e terceiro trimestres gestacionais, mostrando-se tão efetivo quanto a insulina em relação ao controle glicêmico (BASSO, et al, 2007).

A insulinoterapia é o tratamento padrão do diabetes gestacional devido às comprovadas eficácia e segurança. A glibenclamida é uma sulfoniluréia de segunda geração. Sua ação hipoglicemiante se deve a aumento da liberação da insulina pelo pâncreas. A glibenclamida não cruza a barreira placentária, não altera os níveis de insulina fetal, e apresenta resultados perinatais iguais aos obtidos com insulina. A metformina tem sido considerada uma medicação segura para uso durante toda a gestação, inclusive no primeiro trimestre, primordialmente em mulheres portadoras

da síndrome de ovários policísticos e apresenta eficácia e segurança semelhantes às da insulina nos desfechos da gestação (SILVA, et al, 2007).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, A GESTANTE COM DIABETES GESTACIONAL.

3.2.1. Pré-Natal

Os cuidados instituídos na estratégia de saúde da família (ESF), no pré-natal de mulheres com diabetes gestacional têm como objetivo reduzir a incidência das complicações maternas e fetais, por meio do controle glicêmico adequado, acompanhamento da vitalidade fetal e das condições associadas à gestante. A monitorização glicêmica constitui um cuidado fundamental para melhorar o prognóstico obstétrico de gestantes diabéticas (VIEIRA, et al, 2014).

O rastreamento deve ser recomendado de acordo com os fatores de risco para diabetes gestacional. A solicitação dos exames laboratoriais deve ser solicitada na primeira consulta e/ou em 22 a 26 semanas de gestação. Toda gestante e seu acompanhante devem ser orientados sobre os riscos e benefícios do rastreamento de diabetes gestacional e sobre as possíveis complicações próprias da diabetes. O diagnóstico de DMG pode exigir da paciente um aumento considerável de exames e monitoramento durante o pré-natal e o pós-parto (BRASIL, 2012).

Segundo Alves, et al (2014), visando garantir a qualidade da assistência no pré-natal conforme política do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para avaliação da qualidade da assistência, dentre eles, o número de consultas (seis no mínimo), início de acompanhamento o mais precoce possível e solicitação dos exames complementares obrigatórios.

3.2.2 Cuidados de enfermagem

Atenção ao pré-natal são pontos de destaque na assistência de enfermagem. A frequência das consultas, o controle metabólico materno e a avaliação do bem-estar fetal são de fundamental importância. As metas para o tratamento durante as consultas de enfermagem visam a diminuição da glicose plasmática em jejum menor que 105 mg/dl. Glicose de jejum em sangue total menor que 95 mg/dl. Glicose plasmática 1h pós-prandial menor que 155 mg/dl ou glicose 1h pós-prandial em sangue total menor que 140 mg/dl (MIRANDA, REIS, 2008).

O cuidado do enfermeiro no pré-natal é de fundamental importância, e deve se estender durante toda a gravidez, só finalizando após o parto. Esse cuidado,

além de minimizar os riscos relacionados à doença, visa também favorecer um melhor prognóstico para o binômio mãe/bebê. Da mesma maneira, os cuidados de enfermagem visam à minimização dos riscos e complicações relacionadas ao diabetes gestacional (DG), por meio de orientação e trabalho em conjunto com a gestante (SCHMALFUSS; et al, 2014).

A assistência de enfermagem ao pré-natal na unidade básica de saúde constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da gestante com diabetes gestacional e do conceito. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar e controlar a glicemia materna; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

O profissional enfermeiro é considerado apto nas unidades básicas de saúde a realizar consultas de pré-natal, no acompanhamento de gestantes com diabetes melito gestacional com baixo risco obstétrico, sendo atribuídas a ele inúmeras ações como: solicitações de exames; abertura do Sistema de Informação de Saúde (SIS); realização de exame obstétrico; encaminhamentos necessários; preparo para o parto; orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e sobre a amamentação; vacinação; e também a promoção de vínculo entre mãe e bebê (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura que objetivou identificar os cuidados de enfermagem com as gestantes portadoras de diabetes gestacional no atendimento de pré-natal na atenção primária à saúde, evidenciados na literatura científica. A realização de busca de artigos científicos foi realizada nas Bases de Dados Lilacs e Scielo, utilizando os descritores “Diabetes Mellitus”, “Diabetes Gestacional”, “Gestação de alto risco”, “Cuidados de Enfermagem”, “Cuidado pré-natal”, limitando a busca para palavras do título ou do resumo, nos idiomas português/Brasil.

Por meio da busca nas bases de dados foram encontrados 5.708 artigos. Foram selecionados 250 artigos, os quais passaram pela leitura seletiva, restando 96 artigos. Foi realizada então uma leitura analítica onde apenas 32 artigos atendiam os critérios de inclusão e foram pré-selecionados para a leitura na íntegra, onde apenas

os artigos de caso-controle e estudos originais com seres humanos permaneceram na triagem dos artigos, totalizando 9 artigos finais (Quadro 3).

Referência	Amostra	Delineamento e Objetivo	Principais Achados
Neta e colaboradores (2014).	50 gestantes	Estudo transversal. Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico, clínico-obstétrico, bem como os cuidados no pré-natal de mulheres com Diabetes Gestacional.	Apontam para necessidades de intervenções que assegurem a gestante com diabetes gestacional uma assistência adequada, prevenindo complicações ao binômio mãe/bebê.
Araújo e colaboradores (2013).	12 gestantes	Estudo qualitativo fenomenológico. Objetivo: compreender o significado das experiências vivenciadas por mulheres com Diabetes Gestacional.	O planejamento e a implementação de programas de intervenção baseados em um modelo de saúde participativa.
Massucatti e colaboradores (2012).	396 prontuários de gestantes.	Estudo descritivo-transversal. Objetivo: verificar a prevalência de Diabetes Gestacional em pacientes atendidas durante o pré-natal nas Unidades de saúde de Vitória-ES.	5,8% das gestantes, apresentaram o DG com valores ≥ 126 mg/dL de Glicemia de Jejum e as 94,2%, gestantes com diabetes gestacional apresentaram valores ≥ 92 mg/dL.
Detsch e colaboradores (2011).	916 gestantes	Estudo descritivo-transversal. Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico e a evolução de mulheres com diabetes gestacional, determinando fatores de risco para maior vigilância.	Foram encontrados fatores de risco para DMG em 95,1% dos casos. A prevalência de diabetes materno, paterno e em outros familiares foi de 24,3%, 9,4% e 24,7%, Respectivamente.
Oliveira e colaboradores (2011).	16 gestantes	Estudo de natureza qualitativa. Objetivo: discutir a interação entre a equipe multiprofissional e as gestantes, durante o pré-natal.	A atenção a gestante oferecida pelos profissionais de saúde no pré-natal, em esclarecer dúvidas e dar orientações detalhadas, eliminam o medo e a angústia apresentados pelas mulheres ao vivenciarem uma gravidez de alto risco.
Rodrigues e colaboradores (2011).	5 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.	Pesquisa qualitativa. Objetivo: conhecer a percepção dos enfermeiros de suas atribuições na assistência pré-natal,	Necessidade de investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.
Schmalfluss (2011).	25 gestantes	Pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. Objetivo: analisar o que as mulheres com diabetes gestacional conhecem sobre a doença e como elas convivem com essa condição de saúde.	Das 25 gestantes entrevistadas 12 delas apresentaram sentimento de negação e magoa, 7 tiveram dificuldade em conviver com a situação de risco gestacional, preocupações da doença para o bebê e 6 relatam medo em persistir com diabetes após o parto.
Soares e colaboradores (2009).	222 prontuários	Estudo descritivo-exploratório. Objetivo: analisar como a consulta de enfermagem tem contribuído para a melhoria do controle glicêmico de mulheres com história de diabetes gestacional.	Houve controle da glicemia em 70% das gestantes, após a consulta da enfermagem, índice obtido através das ações voltadas para o autocuidado.
Landim e colaboradores (2008).	12 gestantes	Estudo descritivo. Objetivo: identificar déficits de autocuidado em gestantes diabéticas e propor subsídios para o apoio educativo a essas gestantes.	Dieta, atividade física, sono e repouso, e interação social são os principais déficits de autocuidado.

Quadro 3 – Características dos estudos incluídos na revisão da literatura.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO DAS GESTANTES

Ao analisar as características das gestantes com diabetes gestacional, Massucatti e colaboradores (2012), identificaram em 396 prontuários de gestantes com diagnóstico do diabetes gestacional, que essas mulheres com idade entre 31 a 40 anos, tem maior probabilidade de desenvolver o diabetes gestacional e que dessas, 56,5% das gestantes estavam com o peso atual acima do ideal, IMC maior que 25 kg/m². Neta e colaboradores (2014), reafirmam que mulheres com idade superior a 35 anos e que possuem o excesso de peso são mais propícias a desenvolverem o diabetes gestacional. No referido estudo identificou-se uma maior predominância de gestantes diabéticas de cor parda.

A escolaridade e o tipo de profissão/ocupação são fatores relacionados ao diagnóstico do DG. Landim e colaboradores (2008), verificaram no seu estudo que das 12 gestantes entrevistadas, todas trabalhavam fora de seu domicílio prejudicando o tratamento e a promoção do autocuidado pelo fato de permanecer a maior parte do tempo fora de casa. Quanto ao nível de escolaridade 25% possuíam o ensino médio completo. Esses achados são desfavoráveis, pois a educação está diretamente ligada à capacidade de autocuidado das gestantes.

5.2 FATORES INDIVIDUAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO DG

O desenvolvimento do diabetes gestacional está diretamente relacionado à genética familiar. Schmalfuss (2011), no seu estudo avaliando gestantes diabéticas verificou que das 25 gestantes entrevistadas 18 possuíam parentes com diagnóstico de diabetes mellitus e seis delas desconheciam casos na família. A maioria das gestantes 86% afirmavam desconhecer a origem da diabetes gestacional e as consequências para o binômio mãe/bebê. Algumas das gestantes do referido estudo relataram ter dificuldades em aceitar a doença e iniciar o tratamento, em função disso muitas pacientes não compareceram as consultas do pré-natal marcadas e evitam falar sobre o assunto, mesmo estando ciente das responsabilidades do acompanhamento contínuo das consultas pela equipe multiprofissional para controle da glicemia. Detsch e colaboradores, (2011), observaram que a prevalência de diabetes mellitus por parte familiar materno foi maior, com 24,3% do que a família paterna, com 9,4% confirmando a relação entre antecedentes familiares de primeiro grau. Foram encontrados fatores de risco para o desenvolvimento do DG em 95,1% dos casos das gestantes entrevistadas nesse estudo.

5.3 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O enfermeiro junto com os demais profissionais da equipe da estratégia de saúde da família garante o atendimento qualificado, com as gestantes durante o acompanhamento do pré-natal, segundo o estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2010), neste estudo com 16 gestantes, observou-se que no primeiro contato com a gestante portadora do diabetes gestacional nas primeiras consultas de pré-natal, o diagnóstico da doença para essa gestante causou revoltas, sofrimento e arrependimento de ter engravidado. Porém, com o acolhimento da equipe de enfermagem trabalhando a segurança e tranquilidade conseguiu restabelecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde. Soares e colaboradores (2009), ao analisar 222 formulários de consulta de enfermagem no período de 2004 a 2008, reafirmam que o acompanhamento das gestantes portadoras do diabetes gestacional pela equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família, possibilitou o aprendizado acerca de sua gravidez e os cuidados com o feto, bem como a realização da automonitorização domiciliar, além de avaliar suas capacidades para o autocuidado.

A enfermagem tem papel fundamental para estimular a adesão da gestante ao tratamento do diabetes gestacional de acordo com Rodrigues e colaboradores (2011), esses autores identificaram em uma entrevista com cinco enfermeiros, que uma atenção pré-natal de boa qualidade inclui ações simples como orientações, formação de grupos de gestantes, sugestão de solicitações de exames para diagnóstico do diabetes gestacional e a visita domiciliar demonstrando que, mesmo que ocorra falhas no atendimento nas unidades básicas de saúde a essas gestantes portadoras do diabetes gestacional, isso não impede que os profissionais ofereçam um atendimento de qualidade.

A partir de uma entrevista realizada com 12 gestantes portadoras de diabetes gestacional, Araújo e colaboradores (2013), demonstraram no seu estudo a satisfação e a alegria dessas gestantes em serem bem acompanhadas pela equipe multiprofissional de saúde mesmo possuindo uma gestação considerada de alto risco.

6. CONCLUSÃO

O diabetes gestacional é uma doença que requer atenção por parte da equipe de saúde e seu diagnóstico é feito através de exames laboratoriais de sangue. As gestantes que possuem sobrepeso, idade entre 31 a 40 anos, história familiar de

diabetes e mulheres de cor parda são mais propícias a desenvolverem o diabetes gestacional. O desenvolvimento do diabetes gestacional está diretamente ligado ao estilo de vida (presença de fumo, álcool, alimentação inadequada, sedentarismo).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de saúde é responsável e garante o atendimento qualificado a essas gestantes diabéticas. O atendimento do enfermeiro junto a gestante com diabetes gestacional apresentou-se como primordial, pois aproximou a gestante com a equipe de saúde, desenvolveu a conscientização sobre a patologia através do trabalho com educação em saúde e a recuperação de sua autoestima e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- ABI-ABIB, Raquel C, et al. Diabetes Na gestação. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**. p. 41 – 42, Rio de Janeiro, 2014.
- ALVES, Audimar de Sousa et al. Avaliação da adequação do rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional em puérperas atendidas em unidade hospitalar de dois municípios da região do Vale do São Francisco – Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna. Infant.** p. 14, Recife, 2014.
- ARAÚJO, Márcio F. Moura, et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn.** p. 226 – 227, Brasília – DF, 2013.
- BASSO, Neusa Aparecida de Sousa et al. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal – diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecol. Obstet.**, p. 115 – 118, São Paulo, 2007.
- BELOUS, Elian Machado; VEPPO, Fabiana Sanchotene; ROCHA, Rodrigo Saraiva. Percepções das gestantes em relação às orientações prestadas pelos enfermeiros no cuidado pré-natal. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)**, p. 32 – 35 Universidade Federal do Pampa, Uruguaiiana – 2010. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/BELOUSE.M.VEPPOF.S.ROCHAR.S.Percep%C3%A7%C3%B5esdasgestantesemrela%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0s-orienta%C3%A7%C3%B5es-prestadas-pelosenfermeirosnocuidado-pr%C3%A9-natal.pdf>. Acesso em: 15, de junho 2015.
- BOLOGNANI, Cláudia Vicari; SOUZA, Sulani Silva de; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Com. Ciências Saúde.** p. 38, Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/diabetesmellitusgestacionalal.pdf>. Acesso em: 20, de junho de 2015.
- BRAGA, Camila Pereira et al. Relação do ganho de peso, antes e durante a gravidez, com a macrosomia fetal em gestações complicadas pelo diabetes gestacional e hiperglicemia leve. **Revista Soc. Bras. Alim. Nutr.** v. 36, p. 85-98, São Paulo, 2011.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco. Manual técnico, 5ª edição, Editora do ministério da Saúde, p. 183 – 186, Brasília, 2010.

BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco, Cadernos de Atenção Básica, nº 32, p. 175 – 178, Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36, p. 30 – 37, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; RUDGE, Marilza Vieira Cunha. Macrossomia fetal - um desafio obstétrico. **Revista Brasileira Ginecol. Obstet.** vol.28. p. 222 – 224, São Paulo, 2006.

CHAVES, Evelyne Gabriela Schmaltz et al. Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes, em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Arq. Bras Endocrinol Metab**; V.54/7, p. 621 – 624, Minas Gerais, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n7/06.pdf>. Acesso em: 10, de agosto de 2015.

DETSCH, Josiane Cristine Melchiorretto, et al. Marcadores de tratamento no diabetes melito gestacional. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.** V.55/6, p. 392 – 397, Curitiba-PR, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n6/a05v55n6.pdf>. Acesso em: 19, de agosto de 2015.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ALMEIDA, Eliane Pereira de. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enferm. Cent. O. Min.** P. 120 – 125, Mato Grosso do Sul, 2014.

KERCHE, Luciana Teresa Rodrigues Lima, et al. Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por diabetes ou por hiperglicemia diária. **Revista Brasileira Ginecol. Obstet.** p 581-583, Rio de Janeiro, 2005.

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.** p. 378, Porto Alegre-RS, 2008.

MASCARENHAS, Nildo Batista et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica: **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.** p. 204, Salvador, 2010.

MIRANDA, Pac; REIS, R. Diabetes mellitus gestacional. Autoria: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Revista Assoc. Med. Bras.** P. 4-7, V.54, São Paulo, 2008.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE, Jorge de Filho. **Rezende, obstetrícia fundamental.** 12ª edição, p. 418 – 430, Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2012.

MUSSUCATTI, Laís Ângelo; PEREIRA, Roberta Amorim; MAIOLI, Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básica. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. p.74-79, Uberaba-MG, 2012.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; VENCIO, Sérgio. (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **AC Farmacêutica**. Editora: Guanabara Koogan, p. 184 – 187, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em: 15, de abril de 2015.

OLIVEIRA, Maria Ivoneide Verissimo de. et al. Perfil de Mães e Recém-Nascidos na Presença do Diabetes Mellitus Gestacional. **Revista Rene**. v. 10, n. 4, p. 29 – 33, Fortaleza-CE, 2009.

OLIVEIRA, Virgínia J.; MADEIRA, Anézia M. INTERAGINDO COM A EQUIPE MULTIPROFICIONAL: As interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Research – Investigación**. p. 104 – 106, Divinópolis – MG, 2011, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>. Acesso em: 22, de abril de 2015.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Esc. Enferm USP**, p. 1044 – 1046, São Paulo, 2011.

RUDGE, Marilza Vieira Cunha et al. Pesquisa translacional em diabetes melito gestacional e hiperglicemia gestacional leve: conhecimento atual e nossa experiência. **Arq. Bras Endocrinol Metab**. p. 500 - 506, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n7/01.pdf>. Acesso em: 18, de agosto de 2015.

SCHMALFUSS, Joice Moreira et al, Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de Enfermagem no pré-natal, **Cogitare Enferm**. P. 817 – 819, Chapecó-SC-Brasil, 2014. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36398/23961>. Acesso em: 16, de setembro de 2015.

SCHMALFUSS, Joice Moreira. Mulheres com Diabetes Melito Gestacional: Conhecendo a doença e convivendo com ela. **Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação da UFRS**. p. 817 – 821, Porto Alegre-RS, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31311/000783051.pdf?Sequence=1>. Acesso em: 24, de setembro de 2015.

SILVA, Jean Carl et al. Glibenclamida no tratamento do diabete melito gestacional em estudo comparado à insulina. **Revista Brasileira Ginecol. Obstet**. p. 30, São Paulo, 2007.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Brunner & Suddarth, 12ª edição, Vol. 3, Pg. 1201-1205. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2012.

SOARES, Sônia M., SALOMON, Ivone M. M., CIRILIO, Priscila 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. **Revista Med. Minas Gerais.** p. 10 e 19, Belo Horizonte – MG, 2009.

VIEIRA, Francisca Adriele Neta, et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista Rene.** p. 824 – 827, Fortaleza-CE, 2014.

WEINERT, Letícia Schwerz et al, Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol.55, p. 435 – 441, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>. Acesso em: 05, de outubro de 2015.