



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA
NEVES”

CELIMARA APARECIDA DOS SANTOS

**O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PREVENÇÃO DAS POSSÍVEIS
COMPLICAÇÕES AO DIABETES GESTACIONAL**

SÃO JOÃO DEL REI

2016

CELIMARA APARECIDA DOS SANTOS

**O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PREVENÇÃO DAS POSSÍVEIS
COMPLICAÇÕES AO DIABETES GESTACIONAL**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.º Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

CELIMARA APARECIDA DOS SANTOS

**O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PREVENÇÃO DAS POSSÍVEIS
COMPLICAÇÕES AO DIABETES GESTACIONAL**

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
Orientador

Prof^ª Ms. Regina Aparecida Melo Bagnolli

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

O ENFERMEIRO COMO PROTAGONISTA NA PREVENÇÃO DAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES AO DIABETES GESTACIONAL

SANTOS, Celimara Aparecida dos

Graduando do curso de enfermagem do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves- IPTAN

RESUMO: O presente artigo aborda o Enfermeiro como protagonista na prevenção das possíveis complicações ao diabetes gestacional. Justifica-se a escolha do tema com o intuito de despertar interesse aos leitores quanto a temática “Diabetes Mellitus na Gestaçãõ” pouco enfatizada no dia-a-dia. O diabetes melito é uma patologia que causa muita preocupação para as gestantes, assim como para suas famílias, principalmente quando são conhecidas as conseqüências da doença na gestaçãõ, pois está associada a alto índices de mortalidade perinatal, macrossomia, e malformações fetais. Além disso, o tratamento do diabetes na gestaçãõ é um momento difícil para a mulher, pois modifica seus hábitos alimentares, costumes, o que torna extremamente importante a atenção a esta gestante por parte do profissional enfermeiro na prevenção das possíveis complicações que poderão ocorrer. Vislumbrando uma estratégia de assistência de enfermagem na prevenção das possíveis complicações que o diabetes gestacional pode acometer o binômio mãe-filho. O objetivo proposto neste trabalho é ressaltar sobre a importância dos cuidados de enfermagem ao assistir a mulher no período gestacional sobre o tratamento, dieta e controle ao diabetes permitindo assim contribuir de forma segura e eficaz na prevenção das possíveis implicações que esta patologia possa acarretar futuramente ao recém-nato. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa onde a discussão trouxe à tona o papel fundamental do profissional enfermeiro como coadjuvante na prevenção das possíveis implicações que esta patologia possa acarretar futuramente á mãe e ao recém nato.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Diabetes gestacional. Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O presente estudo discorre sobre o papel do profissional enfermeiro como protagonista na prevenção das possíveis complicações ao diabetes gestacional, pois além dos exames laboratoriais, físicos e obstétricos que são essências na identificação do diabetes ainda na gestaçãõ, o enfermeiro está na linha de frente prestando os cuidados, orientações às gestantes na minimização das complicações que por ventura possa ocorrer.

Diabetes gestacional é caracterizado por uma alteração de níveis altos de açúcar no sangue que afetam às mulheres grávidas, podendo, dá-se o nome

também de hiperglicemia na gestação. Pode-se haver cura logo após o parto, mas pode-se progredir para diabetes mellitus tipo 2 afetando assim o recém-nascido. Por isso a importância da orientação e assistência de enfermagem para gestantes quanto ao consumo de alimentação saudável, exercícios físicos, cuidados com a automedicação, controle na dieta conforme orientação médica (CARVALHO *et al*, 2005).

Justifica-se a escolha do tema com o intuito de despertar interesse aos leitores quanto uma temática “Diabetes Mellitus na Gestação” pouco enfatizada no dia-a-dia. Assim, existem vários fatores coadjuvantes que podem contribuir para o desenvolvimento do diabetes ainda no período gestacional. Tais como: à falta de orientação, falta de acompanhamento inclusive no pré-natal e solicitações de exames laboratoriais, falta de informação, não adesão ao tratamento medicamentoso, como também atendimento inadequado em seus sinais e sintomas. Atenta-se também, pela importância da interação cíclica entre a equipe de enfermagem, família e paciente para se adequar na excelência do tratamento (LANDIN *et al*, 2008).

Diabetes mellitus é uma doença ocasionada por hiperglicemia crônica, devido ao distúrbio de carboidratos, proteínas e gorduras, apresentando alteração na secreção ou na ação da insulina. Com o tempo a doença pode levar a uma disfunção, alteração e falência em vários órgãos vitais como: rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Diabetes gestacional pode ser definida como uma diminuição da tolerância à glicose, que se manifesta, pela primeira vez, durante a gestação, independente da idade gestacional e das alterações metabólicas (CARVALHO *et al*, 2005).

A incidência de o feto ocorrer malformações congênitas dependerá do grau de controle glicêmico na gestante no ato do parto (CARVALHO *et al*, 2005). A mulher terá mais risco de desenvolver o diabetes tipo 2, após a gestação e perinatal indesejável, considerada como uma das doenças mais relevantes no mundo inteiro. Conforme Oliveira *et al* (2009) entre as gestantes com mais de 20 anos, 7,6% são portadoras de diabetes mellitus.

Conforme a literatura de Costa *et al*, (2015) verificou-se que a prevalência de diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no Brasil obteve um percentual mínimo de 7,6% em mulheres com mais de vinte anos.

Através do critério de diagnóstico percebe-se que a incidência de diabetes mellitus no período gestacional é de 3% a 7%. No Brasil a prevalência estima-se de 2,4% a 7,2%. Já nos Estados Unidos são diagnosticados 135.000 novos casos por ano, com a prevalência de 3,3% a 6,1% nas populações de alto risco e nas populações de baixo risco é de 1,4% a 2,8% (MAGANHA *et al*, 2003).

A gestante que apresenta diabetes gestacional está inserida em um grupo que possui necessidades específicas, podendo ser considerada gestante de riscos, ou seja, tem maior risco de desenvolver complicações que advém muitas vezes do mau controle glicêmico durante a gestação (GOUVEIA *et al*, 2004).

A importância do papel do enfermeiro frente ao diabetes mellitus é fundamental desde a orientação, acompanhamento e ao acolhimento, realizando e observando o monitoramento das atividades realizadas pelos pacientes, dando-lhe melhores qualidades de vida por meio da aceitação e convivência com o diabetes.

Vislumbrando uma estratégia de assistência de enfermagem na prevenção das possíveis complicações que o diabetes gestacional pode acometer o binômio mãe-filho que o objetivo proposto neste trabalho é ressaltar sobre a importância dos cuidados de enfermagem ao assistir a mulher no período gestacional sobre o tratamento, dieta e controle ao diabetes que permita contribuir de forma segura e eficaz na prevenção das possíveis implicações que esta patologia possa acarretar futuramente ao recém nato. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de revisão bibliográfica com abordagem qualitativa que atenderá o objetivo proposto neste artigo.

1. Diabetes Mellitus: conceitos gerais

Para melhor entendimento do leitor, faz-se necessário uma breve revisão que norteie os aspectos mais relevantes a respeito Diabetes mellitus considerado uma doença que altera o metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas e eletrólitos. Podendo ser crônico e evolutivo, caracterizando por uma deficiência na produção, secreção e ação de insulina (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Para se ter maior probabilidade de desenvolver a patologia, a gestante terá que apresentar dois ou mais fatores de risco, onde haverá uma criteriosa investigação (MAGANHA, *et al*, 2003).

Maganha *et al*, (2003) afirmam que em gestações complicadas por diabetes gestacional, é realizado a cada consulta pré-natal o rastreamento por doença hipertensiva da gestação com a medida da pressão arterial, medida da circunferência abdominal fetal, ultrassonografias e quando indicado, da relação proteína e creatinina em amostra de urina, pois o risco de pré-eclâmpsia pode-se elevar e trazer graves complicações.

Existem 4 grupos de classificação para o diabetes de acordo com (OLIVEIRA *et al*, 2009, p. 29):

Diabetes tipo 1: quando ocorre principalmente crianças e adolescentes, causando pequena ou nenhuma produção de insulina com a necessidade de uso exógeno e continuado desse hormônio.

Diabetes tipo 2: mais freqüente em pessoas após os 40 anos, onde apresenta a insuficiência produção de insulina.

Diabetes causado pela infecção ou indução por drogas.

E o diabetes mellitus gestacional.

À semelhança do que é feito para os outros tipos de diabetes, o tratamento do diabetes gestacional inclui também cuidados específicos que serão esclarecidos de forma objetiva para melhor entendimento do leitor.

2. Diabetes Mellitus em Gestantes

Segundo Oliveira *et al* (2009), diabetes mellitus consiste em um processo patológico, que durante a gestação pode-se manifestar na saúde materna, fetal e perinatal. Em qualquer gravidez, a avaliação fetal é muito importante para atender ao aumento de risco condicionado pela DG (WEINERT *et al*, 2011).

Considera-se DMG, quando ela é diagnosticada pela primeira vez na gestação, consiste em diminuição da tolerância à glicose, podendo ou não prosseguir após o parto (COSTA *et al*, 2015).

Para Oliveira *et al*, (2009) relatam que a DMG poderá estar associado a um risco aumentado no período perinatal indesejável e após a gestação. A mortalidade perinatal é quatro vezes maior nesse grupo e a morbidade também pode ser aumentada, e há altos índices de desenvolver algumas doenças como macrosomia, tocotraumatismo, complicações metabólicas como hipoglicemia, hiperglicemia, hipocalcemia, hematológicas bilirrubinemia, policitemia e respiratórias.

Sabe-se que para se ter maior probabilidade de desenvolver a patologia, a gestante terá que apresentar dois ou mais fatores de risco, onde haverá uma criteriosa investigação (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Os fatores de risco que acometem as gestantes são: idade acima de 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso, excesso de gordura na região abdominal, histórico familiar de diabetes, baixo estatura (1,50), crescimento fetal excessivo e hipertensão na gravidez atual (VIEIRA, 2012).

Para um maior controle da diabete gestacional é fundamental que o mais precocemente e em época oportuna, se realize o rastreamento e confirmação diagnóstica durante a gestação. Quando a gestante fica internada para tratamento, os planos de cuidados são mais eficazes e monitorados diariamente (OLIVEIRA *et al*, 2009).

A cada duas a quatro semanas repetidas, a resposta fetal ao controle da glicose materna é estimada pela medida da circunferência abdominal fetal e em ultrassonografias seriadas a partir de 28 semanas. Quando o controle obstétrico passa a ser semanal, elas são avaliadas após a cada duas semanas até a 36ª semana de gestação com mulher em tratamento não farmacológico e com bom controle glicêmico, na ausência de outras indicações obstétricas (COSTA *et al*, 2015).

Em gestações complicadas por diabetes gestacional, é realizado a cada consulta pré-natal o rastreamento por doença hipertensiva da gestação com a medida da pressão arterial e quando indicado, da relação proteína e creatinina em amostra de urina, pois o risco de pré-eclâmpsia pode-se elevar e trazer graves complicações (MAGANHA *et al*, 2003).

As mulheres com diagnósticos de diabetes gestacional devem encaminhadas para uma equipe multidisciplinar (obstetrícia, endocrinologia e nutrição) que será responsável pelo planejamento do tratamento individualizado em que o principal objetivo será estabilizar os níveis glicêmicos mais próximo da normalidade e evitar complicações no feto (WEINERT *et al*, 2011).

Não terão necessidade de antidiabéticos orais ou insulina após o parto as mulheres com diabetes gestacional, porém deve ser medida a glicemia capilar antes da alta hospitalar. A amamentação, ingesta calórica deve ser encorajada, pois é geralmente suficiente para suprir as necessidades da lactação e permitir a perda gradual de peso (WEINERT *et al*, 2011).

A diabetes gestacional além de trazer complicações para a mãe, pode acarretar complicações também para o bebê como macrossomia fetal, obesidade macrossomia fetal prévia, hiperglicemia em jejum no TTG, malformações cardíacas (WEINERT *et al*, 2011).

A maioria das mulheres que têm diabetes gestacional terá os bebês saudáveis desde que monitore e controle seus níveis glicêmicos regularmente. No entanto, o diabetes gestacional que não é cuidadosamente gerido pode levar a níveis de açúcar no sangue não controlados e causar problemas para a mulher quanto para o bebê, incluindo um aumento da probabilidade de necessitar de parto cesárea (COSTA *et al*, 2015).

Assim, Araújo *et al*, (2013, p. 224) ressaltam que as possíveis complicações que podem acometer ao bebê são:

- Peso excessivo ao nascer;
- Nascimento de bebê prematuro;
- Síndrome do desconforto respiratório;
- Hipoglicemia logo após o nascimento;
- Diabetes tipo 2 mais tarde na vida;
- Diabetes gestacional não tratada pode levar á morte de um bebê antes ou logo após o nascimento;

O diabetes gestacional pode também acarretar complicações para a gestante como Hipertensão Arterial, pré-eclâmpsia e diabetes no futuro (ARAÚJO *et al*, 2013, p. 225).

Assim, o enfermeiro é um profissional-chave no cuidado do diabetes gestacional, ele deverá transmitir de forma clara e precisa as seguintes orientações como forma preventiva na minimização das possíveis complicações que poderão advir.

Com a consolidação dessa afirmativa , o profissional enfermeiro passou a ser considerado o protagonista nas intervenções do autocuidado com orientações pertinentes que uma vez absorvidas pelas gestantes irá prevenir nas possíveis complicações futuras.

2.1 Tratamentos no diabetes gestacional

O tratamento padrão para o diabetes gestacional é a insulinoterapia subcutânea. A insulina é um hormônio produzido pelas células beta das ilhotas de Langherans situado no pâncreas, onde se regula os níveis de glicose, que logo após sua produção irá penetrar nas células adiposas e musculares, e assim transformando em energia (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Na insuficiência ou ineficaz da insulina para promover a adaptação de glicose pelas células musculares e adiposas, poderá haver um acúmulo de glicose na corrente sanguínea, causando assim a hiperglicemia (OLIVEIRA *et al*, 2009).

De acordo Maganha *et al*, (2003), relatam em seus estudos que as insulinas de curta ação-Regular e Lispro e as de ação mais prolongada – Intermediária (NPH), lenta e ultralenta são as que estão disponíveis. Durante a gestação, a insulina Regular humana tem se demonstrado segura com seu pico de ação atingido dentro de uma hora de injeção.

Assim, com ênfase nos registros obtidos nas literaturas utilizadas percebeu-se que há melhora no controle glicêmico pós- prandial, hemoglobina glicosilada na utilização desses tipos de insulina e não traz nenhum malefício para o feto. E a quantidade de insulina, o esquema e o tipo de insulina varia com os níveis glicêmicos da gestante (OLIVEIRA *et al*, 2009).

No tratamento do DMG, vários esquemas e doses vêm sendo sugeridos para o tratamento, porém muitas vezes com resultados discordantes. Geralmente a dose inicial de insulina é calculada de acordo com o peso da paciente e idade gestacional, nas pacientes extremamente obesas, a dose inicial pode variar para contrapor a resistência à insulina combinadas pela gravidez e obesidade (MAGANHA *et al*, 2003).

Para a paciente iniciar com esquemas simples, é mais fácil para que ela possa adaptar-se progressivamente a esquemas mais complexos quando necessário. Sabe-se que os melhores resultados perinatais são alcançados com esquemas fracionados. De acordo com as glicemias de jejum e pré-prandiais altera-se a insulina NPH e quando ocorre hiperglicemia pós-prandial aumenta-se a insulina Regular (MAGANHA *et al*, 2003).

Em relação aos ajustes realizados pelas glicemias de jejum e pré-prandiais, os ajustes de insulina de acordo com as glicemias pós-prandiais demonstraram

melhor controle glicêmico e diminuição do risco de hipoglicemia neonatal, macrossomia e parto cesária. No período periparto a insulina é geralmente descontinuada, sendo mantida infusão de glicose constante para aporte calórico, monitorizando a cada duas horas (MAGANHA *et al*, 2003).

È de grande valia ressaltar que como alternativa terapêutica, as medicações orais mostraram-se, recentemente de efetividade comparável à da insulina no tratamento do diabetes gestacional (PAC, *et al*, 2008).

2.1.1 Hipoglicemiantes orais

Nos últimos anos os hipoglicemiantes orais estão aparecendo como opção de tratamento do DMG, apesar de terem sido evitados na gestação por muito tempo. Por causar potencialmente hipoglicemia neonatal e anomalias fetais, as drogas do grupo das sulfoniluréias foram sempre abolidas da gestação, por diversas entidades (MAGANHA *et al*, 2003).

Simionato *et al*, (2011) enfatizaram que na rotina do tratamento com as gestantes com diabetes gestacionais, indicam-se normalmente dois tipos de medicamentos que podem ser administrados durante o período gestacional. Metformina e Glibenclamida.

Diante do exposto foi necessário deixar claro para os leitores a ação desses dois medicamentos (WEINERT *et al*, 2011, p. 56):

- Metformina é um hipoglicemiante oral que tem o mecanismo de ação na diminuição da produção hepática de glicose, sua função é semelhante à insulina, seu efeito realiza na passagem placentária no transporte ativo feto-materno;
- Glibenclamida é um hipoglicemiante oral que tem o mecanismo de ação no secretagogo de insulina, sua função é semelhante à insulina, seu efeito é insignificante na passagem placentária.

Embora algumas mulheres com diabetes gestacional não necessitam da ingesta desses dois fármacos, mas aquelas que no momento é essencial a utilização da Metformina e Glibenclamida alcançarão níveis glicêmicos desejados, pois essas medidas farmacológicas são aceitáveis na gestação sendo pouco freqüente a suspensão dos mesmos por efeitos adversos (PAC *et al*, 2008).

3. O Papel do Enfermeiro no Autocuidado e na prevenção de possíveis complicações na diabetes gestacional

Considerando os aspectos biopsicossocial, cultural e espirituais, a mulher em seu conceito na gravidez de risco e sua família, deverá obter uma equipe médica e de enfermagem especializada devido à sua complexidade (GOUVEIA *et al*, 2004).

No entanto a sistematização da assistência de enfermagem é muito importante, pois favorece a continuidade da assistência, direciona através do embasamento científico e pode levar a uma visão global da condição tanto da mulher quanto da concepção (GOUVEIA *et al*, 2004).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como método científico de prestar o cuidado de enfermagem na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual, familiar e da comunidade oferecendo uma assistência de qualidade (NECO *et al*, 2015).

Para Neco *et al*, (2015) definem cinco etapas para o Processo de Enfermagem inserido no SAE como: Coletas de dados, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento dos cuidados, Implementação e a Avaliação dos resultados.

A enfermagem deve agir também na instrução da paciente para possibilitar maior segurança e melhor aceitação da doença proporcionando o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida. O enfermeiro poderá ser um elemento multiplicador de conhecimentos por meio da promoção de educação em saúde aos clientes (LANDIN *et al*, 2008).

Acredita-se que o enfermeiro tem capacidade na orientação da prevenção das possíveis complicações já explicitadas em parágrafos anteriores que podem, por ventura, vir desenvolver durante o período gestacional e, como também, promover o engajamento da cliente com DMG nas suas atividades de autocuidado, refletindo assim, na melhoria de sua qualidade de vida onde é capaz de compreender, decidir e executar suas atividades individuais de cuidado diariamente.

Na orientação das ações de autocuidado, no planejamento, na tentativa de promover a vida e a saúde do indivíduo e ajudá-lo a se recuperar da doença e seus efeitos, o cuidado de enfermagem é imprescindível (LANDIN *et al*, 2008). Quanto à amamentação, ingesta calórica deve ser encorajada, pois é geralmente suficiente para suprir as necessidades da lactação e permitir a perda gradual de peso (WEINERT *et al*, 2011).

O monitoramento glicêmico capilar diário, adesão à dieta prescrita, atividade física, insulinoterapia pode ser controlado e suas complicações podem ser prevenidas, esses comportamentos são atitudes de autocuidado. O autocuidado é capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida nas reais necessidades de saúde individuais, mas para que isso venha à tona é necessário que a prática de ações passam ser aplicadas pelo própria pessoa garantindo o bem-estar, a saúde e manutenção da vida (LANDIN *et al*, 2008).

Indivíduos portadores de patologias precisam de informações suficientes e adequadas para que possam conviver com a doença e superar as complicações nas quais práticas de autocuidado se fazem necessárias para minimizar o déficit no cuidado (LANDIN *et al*, 2008).

Para minimizar tais déficits de autocuidado, o profissional enfermeiro deve estar capacitado, planejando e executando cuidados individualizados às clientes com DMG, a fim de atuar de maneira eficaz na assistência de enfermagem à gestante diabética, melhorando sua qualidade de vida (LANDIN *et al*, 2008).

Para Costa *et al*, (2015), possibilitar maior segurança e melhor aceitação da doença proporcionando o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida, o enfermeiro poderá ser um elemento multiplicador de conhecimentos por meio da promoção de educação em saúde a clientes com DGM. Este por sua vez poderá contribuir da seguinte maneira:

- Escolher alimentos ricos em fibras e pobres em gordura e calorias;
- Comer mais frutas, legumes e grãos integrais;
- Exercício antes e durante a gravidez pode ajudar a proteger contra o desenvolvimento de diabetes gestacional;
- Não ganhar muito peso durante a gestação, por isso é necessário seguir as orientações do seu obstetra;
- Procurar mudar os seus hábitos alimentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido o aumento da idade materna e a obesidade, à prevalência de nutrizes que desenvolvem diabetes mellitus gestacional (DMG) tem sido cada vez maior. Além da identificação dos fatores de risco, é importante um rastreamento mais a

fundo através de exames laboratoriais, físicos e obstétricos, pois a diabetes de melito, na gestação, acarreta complicações materno-fetais.

Atualmente, a investigação quanto à presença de diabetes na gestação é recomendada para todas as gestantes, pela realização de glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal e teste oral de tolerância à glicose entre a vigésima quarta e vigésima oitava semanas de gestação. Assim, justifica a necessidade do acompanhamento e orientações do profissional enfermeiro na perspectiva de evitar o desencadeamento desta doença ainda no período gestacional.

Acredita-se que o enfermeiro tem capacidade de promover o engajamento da cliente com DMG nas suas atividades de autocuidado refletindo assim na melhoria de sua qualidade de vida onde é capaz de compreender, decidir e executar suas atividades individuais de cuidado diariamente.

Na orientação das ações de autocuidado, o enfermeiro deverá manter uma linha de pensamento onde fique claro para a cliente que a eficácia do tratamento como a melhoria do prognóstico dependerá da adesão da gestante ao tratamento, como também da sua capacidade de desenvolver por si mesma o autocuidado.

Assim, espera que este artigo possa contribuir de forma direta ou indireta como uma ferramenta para que novas pesquisas possam ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M; *et al.* **Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres gravidas hospitalizadas.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 66, n. 2, p. 222-227, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200011>. Acesso em 12-10-2016.

CARVALHO, A. R. S; *et al.* **Identificando as complicações do diabetes mellitus em freqüentadores de um centro regional de especialidades.** 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, UNIOESTE-Campus de Cascavel. 2005.

COSTA R. C; *et al.* Diabetes Gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Revista Saúde (Santa Maria), v. 41, n. 1, p. 131-140, 2015.**

GOUVEIA, H.G; *et al.* Diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-am Enfermagem 2004.**

LANDIN, C. A. P; *et al.* Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2008 set;29(3):374-81.** Disponível em <http://wwwwww.Scielo.br/pdf/tce/v14n2/a02v114n2.pdf>. Acesso em 11-09-2016

MAGANHA, C. A.; *et al.* Tratamento diabetes melito gestacional. **Rev Assoc Med Bras.** Vol.49 (3). São Paulo 2003. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300040 >. Acesso em 17-10-2016.

NECO, K. K.S. D; *et al.* sistematização da assistência de enfermagem em instituições de saúde no Brasil: **Revisão Integrativa.** Rev enferm UFPE. Recife, 9(1):193-200, jan., 2015. . Disponível em < <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci> >. Acesso em 08-09-2016.

OLIVEIRA, M.I. V. D; *et al.* Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.4, p. 28-36, out/dez. 2009. Disponível em < www.repositorio.ufc.br/bitstream/r.pdf >. Acesso em 23-09-2016.

PAC,M;*etal.*Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.54 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2008.

WEINERT, L. S; *et al.* Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 55-7. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf> >. Acesso em 11-10-2016

VEIRA, V. H. F.B. **O papel do Enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada.** 2012 Disponível em < <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/31072012TCC%20Viviane%20Helena%20Fidelis.pdf> >. Acesso em 21-09-2016.