

DIABETES MELITO GESTACIONAL E AS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Joice Moreira Schmalfluss¹, Lisie Alende Prates², Melissa de Azevedo³,
Vânia Schneider⁴

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó-SC-Brasil.

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS-Brasil.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Ministério da Educação. Porto Alegre-RS-Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo-RS-Brasil.

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou identificar os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com diabetes melito gestacional durante a atenção pré-natal, evidenciados na literatura científica, entre os anos de 2004 e 2013. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS e BDEF, utilizando os descritores “diabetes gestacional”, “cuidado pré-natal” e “enfermagem”. Foram selecionadas sete publicações. Evidenciou-se a existência de lacunas na atenção prestada às mulheres com diabetes gestacional e a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro no contexto de cuidado da gestante, favorecendo a prática do autocuidado. O número restrito de publicações sobre a temática indica a necessidade de investimento em produções voltadas para esse segmento populacional.

DESCRIPTORES: Diabetes gestacional; Gravidez de alto risco; Cuidado pré-natal; Enfermagem.

GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AND THE IMPLICATIONS FOR THE NURSING CARE IN THE PRENATAL PERIOD

ABSTRACT: This integrative literature review aims to identify the nursing care provided to women with gestational diabetes mellitus during the prenatal care, evidenced in the scientific literature, between 2004 and 2013. Data collection was undertaken in the LILACS AND BDEF databases, using the descriptors “gestational diabetes”, “prenatal care”, and “nursing”. Seven publications were selected. Evidence was found for the existence of gaps in the care given to women with gestational diabetes, and the importance of the role performed by the nurse in the context of care for the pregnant woman, promoting the practice of self-care. The restricted number of publications on this issue points to the need for investment in production focusing on this population segment.

DESCRIPTORS: Gestational diabetes; High risk pregnancy; Prenatal care; Nursing.

DIABETES MELITO GESTACIONAL Y LAS IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PRENATAL

RESUMEN: Es una revisión integrativa de la literatura cuya finalidad fue identificar los cuidados de enfermería prestados a las mujeres con diabetes melito gestacional durante la atención prenatal, evidenciados en la literatura científica, entre los años de 2004 y 2013. Los datos fueron obtenidos en las bases LILACS y BDEF, utilizando los descriptores “diabetes gestacional”, “cuidado prenatal” y “enfermería”. Fueron seleccionadas siete publicaciones. Se evidenció la existencia de huecos en la atención prestada a las mujeres con diabetes gestacional y la importancia del papel desempeñado por el enfermero en el contexto de cuidado de la gestante, favoreciendo la práctica del autocuidado. El número restrito de publicaciones sobre la temática apunta la necesidad de inversiones en producciones referentes a ese segmento de población.

DESCRIPTORES: Diabetes gestacional; Gravidez de gran riesgo; Cuidado prenatal; Enfermería.

Autor Correspondente:

Joice Moreira Schmalfluss
Universidade Federal da Fronteira Sul
Rua General Osório, nº 413D - 89802-210 - Chapecó-SC-Brasil
E-mail: joicemschmalfluss@gmail.com

Recebido: 02/05/2014

Finalizado: 17/09/2014

INTRODUÇÃO

O diabetes melito (DM) é um grupo de doenças metabólicas de etiologia múltipla⁽¹⁻²⁾ que, por vezes, coincide com a gravidez. Essa patologia é classificada em DM tipo I, DM tipo II, além de outros tipos específicos de diabetes melito gestacional (DMG)^(1,3), sendo esta última classificação o foco do presente artigo.

Cada vez mais, os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG ganham destaque durante a atenção pré-natal, pois esta é uma doença que apresenta altos índices de prevalência. Aproximadamente 7% de todas as gestações no mundo são complicadas pelo diabetes que ocorre na gravidez, resultando em mais de 200.000 casos por ano e representando 90% dos casos dessa doença. A prevalência pode variar de 1 a 14%, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados⁽⁴⁾.

No Brasil, em 2010, a prevalência de DMG em mulheres com mais de 20 anos de idade atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 7,6%⁽⁵⁾. Um estudo para determinar a prevalência de DMG em grávidas atendidas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Vitória/ES concluiu que essa taxa foi de 5,8% em uma amostra de 396 gestantes⁽⁶⁾. Outro estudo realizado em Pelotas/RS que investigou os fatores associados à ocorrência de DMG em 4.243 puérperas, concluiu que a prevalência dessa patologia foi de 2,95%⁽⁷⁾.

Tais dados demonstram a relevância do DMG, tanto por ser uma intercorrência adquirida no decorrer da gravidez, quanto por ser um problema de saúde pública. Além disso, ao contrário do que acontece com as mulheres que possuem diabetes prévio à gestação (DM tipo I ou II), aquelas que se descobrem diabéticas no decorrer da gravidez atual, têm o acréscimo de uma condição de risco que extrapola as peculiaridades inerentes a qualquer gestação de baixo risco.

Diante do exposto, e, considerando-se o que é agregado ao diagnóstico da doença, que costuma ser feito no final do segundo ou no início do terceiro trimestre da gravidez, quando a resistência à insulina aumenta⁽⁸⁾, é fundamental que o cuidado prestado à mulher com DMG seja rigoroso, tendo em vista todas as complicações e efeitos adversos que a patologia pode acarretar à saúde materno-infantil.

Posteriormente ao diagnóstico, avaliações frequentes do profissional que realiza o pré-natal objetivam a identificação de qualquer alteração, e devem se estender durante todo o acompanhamento da 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 DMG, por meio de orientação e trabalho em conjunto com a gestante.

Dessa forma, a fim de contribuir para a melhoria da assistência pré-natal e dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG, o objetivo do presente estudo foi identificar os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG durante a atenção pré-natal, evidenciados na literatura científica, entre os anos de 2004 e 2013.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um método que reúne os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre uma mesma temática, objetivando sintetizar e analisar os dados, a fim de desenvolver uma explicação mais abrangente de um determinado fenômeno⁽⁹⁾ e fornecer subsídios para a melhoria da assistência à saúde⁽¹⁰⁾. Para realização da revisão, foram delimitadas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão⁽¹⁰⁾.

A primeira etapa contemplou a elaboração da questão norteadora da pesquisa: quais são os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG durante a atenção pré-natal? A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a duas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF).

O levantamento dos estudos ocorreu em abril de 2014. Para selecioná-los, foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “diabetes gestacional”, “cuidado pré-natal” e “enfermagem”, realizando-se cruzamento entre eles da seguinte forma: diabetes gestacional and enfermagem; diabetes gestacional and cuidado pré-natal; enfermagem and cuidado pré-natal; e diabetes gestacional and enfermagem and cuidado pré-natal.

Foram incluídos os estudos que atenderam aos seguintes critérios: artigos originais de pesquisa, publicados entre os anos de 2004 e 2013; que abordassem o DMG e os cuidados de enfermagem; que estivessem disponíveis na íntegra *online* e escritos no idioma português, espanhol ou inglês. Foram excluídos os estudos: repetidos, sem resumo na base de dados ou incompletos.

Por meio da busca nas bases de dados, foram encontrados 61 estudos. Destes, 18 eram repetidos, cinco eram dissertações de mestrado, dois eram manuais de saúde, seis eram revisões de literatura, um era relato de experiência, nove eram anteriores ao ano de 2004 e dois estavam indisponíveis *online*. Portanto, apenas 18 artigos atendiam os critérios de inclusão e foram pré-selecionados para a leitura na íntegra. Em seguida, excluíram-se 11 artigos por não responderem a questão norteadora dessa pesquisa. Assim, esta revisão integrativa foi constituída por um total de sete artigos, sendo que o desenvolvimento do estudo pode ser visualizado na Figura 1.

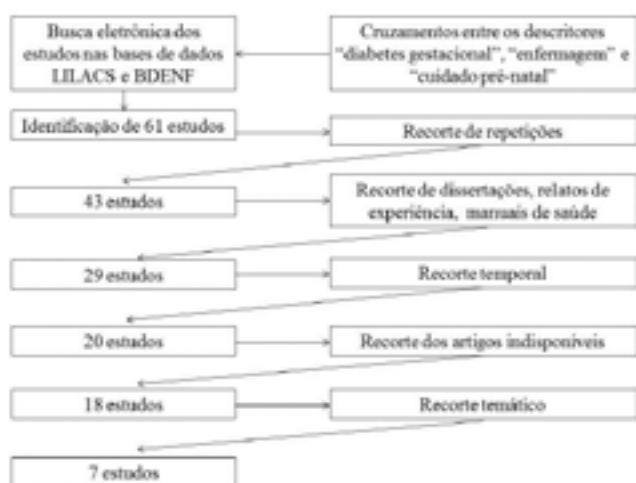


Figura 1 - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. Chapecó-SC-Brasil, 2014

Após a leitura dos estudos selecionados, a fim de organizar a análise dos mesmos, foi organizado um quadro sinóptico, que contemplou as seguintes informações: código, ano de publicação, descritores, método, nível de evidência⁽¹¹⁾, resultados e conclusões.

Na análise e interpretação dos dados, aliado ao conhecimento teórico, foi realizada comparação dos resultados, a partir da avaliação crítica decorrente dos estudos incluídos. Identificaram-se, também, nos artigos selecionados, fatores que podem contribuir para o cuidado pré-natal de mulheres com DMG e àqueles que dificultam a realização do cuidado. Posteriormente, procedeu-se à identificação de conclusões e implicações resultantes dos cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG. Ressalta-se que os aspectos éticos do estudo foram preservados, uma vez que os autores consultados foram referenciados adequadamente, conforme a Lei dos Direitos Autorais, de nº. 9.610⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Na presente revisão integrativa foram analisados sete artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Quatro foram escritos na língua portuguesa, um em espanhol, e dois em inglês. Apresenta-se no quadro, a seguir, as referências dos artigos selecionados na íntegra, com seu respectivo código, conforme a ordem de aparecimento nas buscas.

Nos artigos selecionados, visualiza-se uma concentração de estudos realizados no Brasil (71,42%), seguido de outros países, a saber: Cuba (14,28%) e Venezuela (14,28%). Quanto às regiões do Brasil, prevaleceu a região sudeste, com três estudos (60%), seguida das regiões sul (20%) e nordeste (20%), cada uma com um estudo. Referente aos anos de publicação destacaram-se os anos de 2006 (28,57%) e 2012 (28,57%), seguidos dos anos de 2013 (14,28%), 2011 (14,28%) e 2008 (14,28%).

Quanto ao cenário de estudo, predominaram as UBS (28,57%) e os hospitais (28,57%). Em menor número foram encontrados estudos desenvolvidos em um serviço especializado (14,28%), em dois cenários (hospital/domicílio) (14,28%) e em um (14,28%) dos estudos não foi citado o cenário. Em relação aos sujeitos, grande parte dos

estudos (85,71%) foi realizada com gestantes e um estudo (14,28%) foi desenvolvido com mulheres com histórico de DMG. Com relação aos níveis de evidência, predominou o nível seis (57,14%), seguido do nível quatro (42,85%).

Com o intuito de responder a questão norteadora dessa revisão, realizou-se a leitura dos estudos na íntegra, buscando-se identificar os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG, durante a atenção pré-natal.

Desse modo, entre as ações desenvolvidas relacionadas às atividades assistenciais, destacaram-se: a realização do histórico, identificando fatores de risco, sinais e eventos progressos (A1; A4; A6); a verificação da pressão arterial, mensuração do peso, cálculo do índice de massa corporal (IMC), idade gestacional, altura uterina e ausculta dos batimentos cardíaco-fetais (A1); realização da dosagem de glicemia (A2) na primeira consulta (A4); rigoroso controle glicêmico (A3); monitoramento da glicemia no domicílio (A3); orientação quanto à necessidade de realização de Teste de Tolerância à Glicose Oral, em gestantes com exame de glicemia de jejum alterado (A5); acompanhamento intensificado de mulheres com histórico de DMG (A6); manutenção de padrões nutricionais adequados (A6); manutenção do peso corporal saudável (A6); avaliação periódica da paciente (A6); e identificação e conhecimento em relação ao uso de plantas medicinais como parte do tratamento domiciliar de gestantes, desencorajando o uso daquelas que se desconhecem os efeitos hipoglicemiantes (A7).

Também foram realizadas ações que trabalharam com a educação em saúde, tais como: abordagem da temática do diabetes durante a gestação (A1); estímulo à gestante para desenvolver o autocuidado (A3; A6; A7); exercícios físicos diários após o parto (A6); mudanças de comportamento (A6); empoderamento da usuária (A6); educação em saúde (A7) por meio, por exemplo, de grupos educativos (A6); e planejamento, negociação e acomodação em relação às preferências alimentares da gestante (A7).

Atividades relacionadas à equipe de saúde envolveram: a sensibilização dos pré-natalistas em relação à detecção do diabetes na gestação (A2); a necessidade de referenciar a gestante para um nível de maior complexidade de atendimento (A2), quando necessário; e a implantação

de sistema de informação/divulgação sobre estratégias de promoção, prevenção e controle da doença (A6).

Em muitos artigos buscou-se salientar a importância: da avaliação padronizada e individualizada de cada gestante (A4); da valorização do saber da usuária, sua participação no cuidado, assim como seu contexto de vida (A6); da sensibilização da população quanto às medidas de promoção, prevenção e controle da doença (A6); da valorização do contexto cultural (A6; A7); da valorização do apoio familiar (A6; A7), bem como envolvimento da família nas ações de educação em saúde (A7); do conhecimento referente às crenças, valores, hábitos e padrões comportamentais das gestantes (A7); do respeito às crenças religiosas (A7); do oferecimento de apoio espiritual como parte do atendimento às mulheres (A7); e da compreensão das singularidades e particularidades da usuária (A7).

Além disso, ainda foi possível identificar em um estudo (A6) práticas ou aspectos que dificultam o cuidado de enfermagem, entre eles: não adesão da paciente ao tratamento; não comparecimento ao acompanhamento clínico 60 dias após o parto; diversidade de papéis atrelados à vida da usuária (responsáveis pelas atividades do lar, pelos cuidados com os filhos, entre outros); dificuldade de acesso aos serviços de rede básica para realizar o controle glicêmico periódico; desconhecimento dos profissionais que atuam na rede básica quanto à história progressiva das mulheres e dúvidas dos profissionais de saúde em relação ao acompanhamento clínico adequado das mulheres com história de DMG.

Código	Referência
A1	Valente MMQP, Freitas NQ de, Áfio ACE, Sousa CSP de, Evangelista DR, Moura ERF. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. Rev. RENE;14(2):280-89,2013.
A2	Bonilha AL de L, Gonçalves A de C, Moretto VL, Lipinski JM, Schmalfuss JM, Teles, JM. Avaliação da atenção pré-natal após capacitação participativa de pré-natalistas: pesquisa tipo antes e depois. Online braz. j. nurs. (Online);11(3),2012.
A3	Cavassini ACM, Lima SAM, Calderon IMP, Rudge MVC. Cost-benefit of hospitalization compared with outpatient care for pregnant women with pregestational and gestational diabetes or with mild hyperglycemia, in Brazil. São Paulo med. j;130(1):17-26,2012.
A4	Rehder PM, Pereira BG, Silva JLP. Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste oral de tolerância à glicose - 100g normal. Rev. bras. ginecol. obstet;33(2):81-86,2011.
A5	Valdés LA, Bacallao OS, Anzardo BR, Prieto JL, Santurio AG, Guillén AM. Repercusión materna y perinatal de la glucemia en ayunas alterada (GAA). Rev. centroam. obstet. ginecol;13(3):101-3,2008.
A6	Soares SM, Santos DB dos, Salomon IMM. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em mulheres com história de diabetes mellitus gestacional. Online braz. j. nurs. (Online);5(3),2006.
A7	Castillo CAG de, Vásquez ML. El cuidado de sí de la embarazada diabética como una via para asegurar un hijo. Texto & contexto enferm;15(1):74-81,2006.

DISCUSSÃO

No que se refere aos cuidados de enfermagem abordados nos artigos, observou-se que os mesmos apresentaram consonância em relação ao papel positivo desempenhado pelo enfermeiro no atendimento prestado à gestante diabética. Foi salientada a importância que este profissional exerce em relação à prática da educação em saúde, no seu cotidiano de trabalho, de forma a favorecer o autocuidado da mulher com DMG.

Nesse âmbito, destaca-se que a gestante deve ser proativa no seu cuidado para o sucesso do tratamento e vivência satisfatória da gravidez, facilitando, assim, a convivência com a condição de risco imposta pelo DMG. Para isso, ela precisa ser informada sobre os cuidados que necessita ter consigo, além de estar ciente das consequências que a negligência com o tratamento pode causar⁽¹³⁾.

O DMG é uma doença que está associada a altos índices de morbimortalidade materna e perinatal⁽¹⁴⁾. Além disso, frequentemente, observam-se complicações como hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose, retinopatia, nefropatia, doença hipertensiva da gestação, polidrâmnio, trabalho de parto pré-termo, parto cesáreo por distócia de ombros, anomalias congênitas (cardíacas, renais, neurológicas e gastrointestinais),

diminuição do crescimento cerebral, macrosomia fetal, fratura de clavícula, lesão do plexo braquial, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatal, doença da membrana hialina e corticoterapia antenatal^(2,3,15-16).

Dessa forma, além de desempenhar importante papel nos cuidados de enfermagem prestados à mulher com DMG, o enfermeiro também atua como mediador frente ao sucesso do tratamento da gestante que possui esta patologia, sendo um dos responsáveis pelo sucesso do desfecho gestacional.

Porém, para que isso seja atingido com êxito, faz-se necessário o estabelecimento de uma relação interpessoal entre profissional e usuária⁽¹⁷⁾, por meio de uma prática profissional realizada com amor, bondade, serenidade e sensibilidade. Salienta-se que, além de incorporar esta prática no seu dia a dia de trabalho, o enfermeiro deve estar atento à forte influência que o vínculo de confiança criado com a gestante pode significar para o seu autocuidado⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, valorizar a interação entre profissional e paciente é um aspecto primordial do cuidado de enfermagem, e configura-se como um passo importante para o sucesso da relação entre os dois, pois é instrumento fundamental para estabelecer uma relação de cuidado e de ajuda condizente com as necessidades de cada

gestante. Perceber cada mulher com DMG como um ser único, com experiência de vida particular, temores, ansiedades e sonhos pode ser uma forma de estabelecer essa interação⁽¹⁹⁾, facilitando o estabelecimento do vínculo e, conseqüentemente, de uma relação de cuidado eficaz.

Outro aspecto a ser destacado se refere à importância da inserção da família no contexto do cuidado da gestante diabética. Sabe-se que, durante a gravidez, ocorrem mudanças importantes no núcleo familiar. Por isso, é fundamental que a família da gestante também receba apoio e orientação, a fim de lidar melhor com a condição de risco dessa mulher e promover o suporte de que a mesma necessita^(18,20). Justifica-se este cuidado pela forma complexa, dinâmica, subjetiva e diversificada que a gravidez de alto risco é vivenciada pela mulher com DMG, estendendo-se para a sua família, seu companheiro e sociedade⁽²⁰⁾.

Além disso, outro ponto fundamental no tratamento da doença envolve a dieta da gestante. Em relação a esse aspecto ressalta-se que a orientação nutricional deve ser fornecida por uma nutricionista, a qual deve indicar os valores calóricos adequados para o consumo alimentar da grávida. Em geral, a necessidade calórica estimada situa-se entre 1.800 e 2.220 calorias diárias totais⁽²¹⁾. Porém, a possibilidade de a gestante fracassar na adaptação ao plano alimentar é um temor comum manifestado por elas. Portanto, conforme mencionado por um dos estudos (A7), é imprescindível que o enfermeiro planeje, negocie e acomode o tratamento conforme as preferências alimentares da gestante.

Nessa perspectiva, destaca-se que a alimentação pode interferir no convívio social da gestante. Pois quando se trata da interação social, atenção especial deve ser dispensada à grávida diabética, pois um dos fatores que pode fazer com que a mesma se afaste das atividades sociais está associado às restrições alimentares impostas pela dieta. Para isso, a negociação do enfermeiro com a gestante mostra-se como uma estratégia que pode evitar prejuízos na vida social da mulher com DMG.

Corroborando com isso, um estudo⁽²²⁾ que analisou o conhecimento de 25 gestantes diabéticas sobre a doença, bem como a convivência delas com essa condição, concluiu que o impedimento em ingerir alimentos

desaconselhados na dieta resultou em importante prejuízo nos momentos de lazer de muitas gestantes, implicando no afastamento destas de diversas atividades sociais.

Quanto à prática de atividades físicas, é importante que a gestante seja encorajada pelo enfermeiro a adotar esse hábito regularmente, pois além de auxiliar no bem estar da mãe e do bebê, também pode ser mantida após a gestação⁽²³⁾. Aliado ao exposto, também é indispensável salientar a associação existente entre a prática de exercícios físicos e a diminuição dos riscos de pré-eclâmpsia e de DMG em grávidas⁽²⁴⁻²⁵⁾. Cuidados com o sono e o repouso da gestante também devem ser estimulados, de forma a evitar que a mesma sofra alguma descompensação em função do descanso prejudicado ou insuficiente.

Por fim, outro cuidado de enfermagem levantado por um dos artigos (A7) analisados se refere às práticas de cuidado adotadas pelas gestantes diabéticas. Foi constatado que as mesmas guiam os seus cuidados a partir de crenças, valores, hábitos e padrões comportamentais, sendo aconselhado que o enfermeiro identifique as situações em que tais influências podem ser preservadas (uso de amuletos, medalhas, entre outros); negociadas (falsas crenças sobre a doença e uso de remédios caseiros) ou reestruturadas, por meio da educação em saúde (distanciamento de situações estressantes).

Como as crenças, valores, hábitos e padrões de comportamento exercem forte influência perante o cuidado da mulher com DMG, é fundamental manter constante atenção aos cuidados praticados pela mesma. Por isso, o profissional que realiza o acompanhamento pré-natal da gestante diabética precisa estar preparado para aceitar algo que, para ele, possa parecer estranho, como também deve intervir, quando necessário.

CONCLUSÕES

O restrito número de artigos encontrados sobre a temática abordada nesta revisão integrativa demonstra que existem lacunas na atenção prestada às mulheres com DMG. Além disso, os altos índices de mulheres acometidas por essa patologia reforçam a necessidade de realizar trabalhos envolvendo esse grupo populacional.

Os cuidados de enfermagem prestados às mulheres com DMG merecem destaque, dada a sua relevância perante a atenção pré-natal. Como visto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado a esses sujeitos, colaborando no controle da patologia, desfecho gestacional sem intercorrências e de maneira satisfatória, assim como no nascimento de um bebê saudável e sem complicações neonatais.

Desse modo, as orientações fornecidas durante o acompanhamento pré-natal à gestante diabética devem contemplar aspectos relacionados à gestação e à doença. Além disso, o enfermeiro precisa se certificar se as informações estão sendo transmitidas de forma simples e clara, com linguagem acessível, visando contribuir para o tratamento das mulheres com DMG e facilitar um melhor convívio destas com a condição em que se encontram.

Assim, durante o acompanhamento desse tipo de gravidez de risco, além de oferecer suporte e apoio emocional, é essencial que o enfermeiro oriente as gestantes diabéticas sobre o plano alimentar, o controle glicêmico, os sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, a utilização da insulina de forma correta, a importância da monitorização frequente do feto, a realização de exercícios físicos, entre outros cuidados.

Finalmente, considera-se que cada gestante vivencia a gravidez e o diagnóstico de DMG de maneira distinta. Assim, faz-se necessário promover um cuidado congruente com a realidade e a cultura de cada gestante, atentando para as suas dificuldades e necessidades.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2014; 37(Supl 1):81-90.
2. Montenegro CAB, Rezende J. *Obstetrícia Fundamental*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Oppermann MLR, Reichelt AJ. Diabetes melito e gestação. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães, JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
4. American Diabetes Association (ADA). Gestational diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2014; 37(9):103-5.
5. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.
6. Massucatti LA, Pereira RA, Maioli TU. Prevalência de diabetes gestacional em Unidades de Saúde Básica. *REAS*. 2012;1(1):70-9.
7. Dode MASO, Santos IS. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad saúde pública*. 2009;25(5):1141-52.
8. Cashion K, Durham CF. Gestação de risco: condições preexistentes. In: Lowdermilk DL. *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 606-47.
9. Cooper HM. *Integrating research: a guide for literature reviews*. 2ª ed. London: Sage Publication; 1989.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(1):758-64.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, organizadores. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
12. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*, 1998.
13. Torres HC, Pace AE, Stradioto MA. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare enferm*. 2010; 15(1):48-54.
14. Chaves EGS, Franciscon PM, Nascentes GAN, Paschoini MC, Silva AP, Borges MF. 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. metabol*. 2010; 54(7):620-9.
15. Ricci SS. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
16. Tamez RN. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
17. Araujo MFM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Zanetti ML. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(2):222-7.
18. Landim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficit

- de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev. gauch. enferm.* 2008; 29(3):374-81.
19. Silva KL, Cruz DSM, Oliveira ICC, Nóbrega MML. Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem. In: Nóbrega MML, Silva KL. *Fundamentos do cuidar em enfermagem*. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; 2008/2009, p. 97-115.
20. Petroni LM, Silva TC, Santos AL, Marcon SS, Mathias TAF. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Cienc cuid saúde*. 2012 Jul/Set; 11(3):535-41.
21. Zugaib M. *Obstetrícia*. Barueri (SP): Manole; 2008.
22. Schmalfluss JM. *Mulheres com diabete melito gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela [dissertação]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
23. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. *Rev saúde pública*. 2012; 46(2):327-33.
24. Andrade ES, Oliveira G, Medeiros DL, Santos ML, Ghelfi A, Matos GSR. Percepção de sedentarismo e fatores associados em adolescentes grávidas no Município de Coari, Estado do Amazonas, Brasil. *Rev. Pan-Amazonica Saud*. 2010; 1(4):35-41.
25. Coutinho T, Coutinho CM, Duarte AMBR, Zimmermann JB, Coutinho LM. Diabetes gestacional: como tratar? *Femina*. 2010; 38(10):517-25.