



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

### *NURSING CARE FOR PATIENTS WITH GESTATIONAL DIABETES MELLITUS*

Irismar Marques de Araújo<sup>1</sup>  
Sara Fonseca Araújo<sup>2</sup>  
Elisângela de Andrade Aoyama<sup>3</sup>  
Ronaldo Nunes Lima<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* irismarquesenf@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* sarafonsecadf@gmail.com.br

<sup>3</sup> Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* eaa.facjk@gmail.com

<sup>4</sup> Mestrando em Ciências e Tecnologia em Saúde pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* ronaldo.nunes@facjk.com.br

**Resumo:** O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma forma de intolerância a carboidratos de gravidade variável, com início no período gestacional atual, não preenchendo os critérios diagnósticos de Diabetes Mellitus (DM) tradicional. O DMG é a disfunção metabólica mais comum durante a gestação atinge uma prevalência entre 3 a 25% das gestantes, dependendo do grupo étnico, das características da população e do critério diagnóstico utilizado. Apresentar o risco da diabetes na gravidez e destacar os cuidados do enfermeiro às pacientes, justificando-se face a diabetes mellitus gestacional ser uma das complicações mais recorrentes nas gestantes em todo o mundo. Este artigo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*Lilacs*), Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes de publicações realizadas no período de 2010 a 2019. A DMG alcança cerca de 25% das mulheres grávidas no mundo. Nota-se que o aumento dos níveis de glicose no sangue, trazem complicações à saúde da mulher e da criança. Os riscos são vários, mas podem ser controlados se forem tomadas as medidas cabíveis. Com base no que foi exposto neste trabalho acadêmico, o DMG é o problema metabólico mais corriqueiro em gestantes. Há uma intolerância dos carboidratos durante a gestação que pode ou não continuar depois do parto.

**Palavras-chave:** Atenção de enfermagem, diabetes gestacional, diabetes mellitus e glicose.

**Abstract:** *Gestational Diabetes Mellitus (GDM) is conceptualized by the World Health Organization (WHO) as a form of carbohydrate intolerance of varying severity, beginning in the current gestational*

*period, not meeting the diagnostic criteria of traditional Diabetes Mellitus (DM). GDM is the most common metabolic dysfunction during pregnancy, reaching a prevalence between 3 and 25% of pregnant women, depending on the ethnic group, population characteristics and diagnostic criteria used. Presenting the risk of diabetes in pregnancy and highlighting the care of nurses to patients, justifying gestational diabetes mellitus to be one of the most recurrent complications in pregnant women worldwide. This article was carried out through bibliographic research in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs), Ministry of Health and Brazilian Society of Diabetes databases in publications from 2010 to 2019. DMG reaches about 25% of pregnant women worldwide. It is noted that increased blood glucose levels bring complications to the health of women and children. The risks are many, but can be controlled if appropriate measures are taken. Based on what has been exposed in this academic paper, GDM is the most common metabolic problem in pregnant women. There is a carbohydrate intolerance during pregnancy that may or may not continue after delivery.*

**Keywords:** *Nursing care, gestational diabetes, diabetes mellitus and glucose.*

### **Introdução**

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma forma de intolerância a carboidratos de gravidade variável, com início no período gestacional atual, não preenchendo os critérios diagnósticos de Diabetes Mellitus (DM) tradicional. O DMG é a disfunção metabólica mais comum durante a gestação



atinge uma prevalência entre 3 a 25% das gestantes, dependendo do grupo étnico, das características da população e do critério diagnóstico utilizado. Por vezes, representa o surgimento do diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) durante a gravidez. A incidência de DMG tem aumentado gradativamente em paralelo com os casos de DM2 e da obesidade na entre as mulheres. Os fatores de risco para DMG são: antecedentes obstétricos de abortos de repetição; baixa estatura (menos de 150 cm); crescimento fetal excessivo; deposição central excessiva de gordura corporal; hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual; história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; idade materna avançada; macrosomia; malformações; morte fetal ou neonatal; obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual; polidrâmnio; síndrome de ovários policísticos; sobrepeso [1].

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde citada pelos autores, a prevalência de sobrepeso entre a população adulta no Brasil é de 56,9%, enquanto que a taxa de obesidade chega a 20,8%. Há uma estimativa que aproximadamente 58% dos casos registrados de DM no país sejam atribuídos à obesidade, cujas causas são multifatoriais e estão relacionadas à má alimentação, ao tipo de comida e estilo de vida da atualidade. Com o aumento do consumo dos alimentos ultra processados nos últimos anos, em especial as bebidas açucaradas, é possível estabelecer um paralelo entre o excesso de peso e DM. A hiperglicemia durante a gestação também tem afetado os filhos das mulheres que sofreram com a DMG, aumentando os riscos dessas crianças desenvolverem obesidade, síndrome metabólica e DM no futuro [2,3].

Nos dias atuais existem aproximadamente 415 milhões de adultos portadores de DM em todo o mundo e mais uma grande parcela de pessoas acometidas pela intolerância à glicose, algo em torno de 318 milhões, com risco elevado de desenvolver o DM no futuro. O DM e suas complicações estão entre as principais causas de morte na maioria dos países. Estima-se que uma em cada 12 mortes em adultos no mundo, 1 pode ser atribuída ao DM, totalizando aproximadamente, cinco milhões de óbitos ao ano, equivalente a uma morte a cada seis segundos. A proporção desses óbitos é ligeiramente maior nas mulheres em relação aos homens. O gasto com DM, na maioria dos países, varia entre 5% e 20% das despesas globais em saúde [3].

O Brasil ocupa o posto de quarto colocado no mundo em relação aos casos de DM, principalmente na população adulta, totalizando cerca de 14,3 milhões de pessoas de 20 a 79 anos com DM, a qual é estimada um gasto anual aos cofres públicos de aproximadamente R\$ 21,8 bilhões. Existe uma elevada prevalência de mulheres com hiperglicemia gestacional no país, porém a prevalência de DMG confirmada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de aproximadamente 18% [3].

Estudos indicam que tanto a ingestão de nutrientes e alimentos isoladamente como a adesão a padrões alimentares estejam diretamente relacionadas com a

saúde do binômio mãe-filho. Porém, a abordagem de padrões alimentares é reconhecida como mais abrangente, pois considera a ação sinérgica e inibitória do consumo simultâneo de distintos alimentos e sua relação com os desfechos de saúde. Além de escassos, os estudos que avaliaram a relação entre os padrões alimentares durante a gestação e o DMG apresentam achados inconsistentes devido a distintas características da cultura alimentar verificadas entre as populações estudadas [4].

O DMG é a elevação irregular e/ou descontrolada da taxa de glicemia ou "açúcar" no sangue. Em regra, se adquire próximo do 3º trimestre de gravidez devido a uma resistência à insulina gerada pelos hormônios da gestação. A glicose é extremamente imprescindível à vida. O organismo humano utiliza o açúcar com o objetivo de fabricar energia indispensável à funcionalidade regular de diversos órgãos e tecidos. Para a glicose ser aproveitada funcionalmente em nosso organismo, é necessário que ela passe do sangue para o interior das células através da difusão. Na maior parte dos casos essa condução para o interior das células só é admissível com o auxílio de um importante hormônio: a insulina [1,4].

A insulina é um hormônio (substância química fabricada pelo organismo) que possui como principal função a quebra das partículas de glicose e regulação da glicemia. Ela é originada por aglomeração de células no interior do pâncreas e disseminadas pelo mesmo, a partir de sua função exócrina para todo o organismo. Em circunstâncias habituais e desde muito cedo em nossa existência - antes mesmo de nascermos - o pâncreas gera este hormônio que extrai o "açúcar" do sangue, conduzindo-o para o interior das células [5].

Na DMG o aspecto mais considerável e que determina o diagnóstico é a elevação irregular e descontrolada da glicemia ou "açúcar" no sangue. A diabetes gestacional em regra se adquire próximo do 3º trimestre de gravidez devido a uma resistência à insulina gerada pelos hormônios da gestação [5,6].

O DMG atinge até 25% das gestantes no mundo, segundo dados da SBD. É caracterizado pelo aumento dos níveis de glicemia no sangue, podendo trazer complicações tanto à saúde da mulher como a da criança. Os riscos de se adquirir o DMG são muitos, porém podem ser controlados observando alguns cuidados. O diabetes gestacional normalmente se extingue após o parto e, muito esporadicamente, gera sintomas [6].

Até o momento não há um consenso sobre a indicação de rastreamento e sobre o método diagnóstico do DMG. A maioria das recomendações ainda são oriundas de opiniões dos especialistas. A SBD recomenda que os critérios aceitos em 2013 pela OMS sejam seguidos. Na primeira consulta de pré-natal, deve ser solicitada glicemia de jejum. Se o valor encontrado for  $\geq 126$  mg/dL, será feito o diagnóstico de diabetes mellitus franco na gravidez. Se, porém, a glicemia plasmática em jejum for  $\geq 92$  mg/dL e  $< 126$  mg/dL,



será feito o diagnóstico de DMG. Em ambos os casos, deve-se confirmar o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum. Caso a glicemia seja < 92 mg/dL, a gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre. A investigação de DMG deve ser feita em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de diabetes. Entre a 24ª e 28ª semanas de gestação, deve-se realizar o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste, com jejum de 8 horas [4-6].

Este trabalho tem como objetivo apresentar o risco da diabetes na gravidez e destacar os cuidados do enfermeiro às pacientes, justificando-se face a diabetes mellitus gestacional ser uma das complicações mais recorrentes nas gestantes em todo o mundo.

### Materiais e métodos

Para o desenvolvimento deste artigo científico foi utilizada pesquisa bibliográfica através de uma revisão integrativa (RI) de literatura considerando a relevância do tema, buscando assim compreender melhor sobre o assunto sob o olhar de alguns autores. Segundo o autor, este tipo de pesquisa permite manipular entre as variáveis [7].

Foram utilizados como critérios de inclusão 24 artigos científicos com assuntos relevantes ao tema publicados em periódicos nacionais postados entre 2010 a 2019. A pesquisa foi desenvolvida entre março e maio de 2019. Foram excluídos os artigos publicados antes de 2008 ou que fugiam do tema proposto.

As palavras chaves utilizadas para a busca foram: atenção de enfermagem, diabetes gestacional, diabetes mellitus, glicose. A presente pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de material já publicado, constituído, principalmente, por livros, revistas, periódicos e artigos online, ambos disponibilizados através das plataformas encontradas na Internet. Para a desenvolvimento dessa pesquisa foi realizada uma varredura minuciosa de artigos publicados nas plataformas *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes, nas quais foram encontrados 44 periódicos, sendo utilizados destes 24 trabalhos que possuíam mais ênfase ao tema escolhido.

Para a organização do material, foram realizadas as etapas e procedimentos do trabalho de qualificação do curso de enfermagem, no qual se busca a identificação preliminar bibliográfica. Assim, após a seleção do material bibliográfico, foi realizada uma análise dos dados, sendo feita a leitura partir de seus objetivos, metodologias e resultados que abordassem o tema proposto. Durante o período de elaboração foram produzidos fichamentos de resumo, análises e interpretações do material bibliográfico, bem como revisão e conclusão.

### Resultados

A DMG alcança cerca de 25% das mulheres grávidas no mundo. Nota-se que o aumento dos níveis de glicose no sangue, trazem complicações à saúde da mulher e da criança. Os riscos são vários, mas podem ser controlados se forem tomadas as medidas cabíveis [4].

O Quadro 1 aponta o que ganho de peso na gestação deve ser controlado, por ser indicativo de eventuais problemas. O ganho de peso total na gestação, recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), conforme demonstrado abaixo, varia em relação ao estado nutricional da gestante, para gestantes de baixo peso (BP), o recomendado é de 12,5kg a 18kg, para aquelas que se encontram com estado nutricional adequado (A), entre 11,5kg e 16kg, às com sobrepeso (S), 7kg – 11,5kg e classificadas com obesidade (O), o ganho deve ser de, no máximo, 7kg [8].

Quadro 1: Ganho de peso na gravidez de acordo com o estado nutricional [8].

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5-18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5-16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0-11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

A Tabela 1 apresenta os critérios para diagnóstico da DMG, utilizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Associação Americana de Diabetes (ADA) e Organização Mundial de Saúde (OMS), onde deve-se realizar um teste de tolerância à glicose (TOTG), entre a 24 (vigésima quarta) e 26 (vigésima sexta) semana de gestação em todas as grávidas, com sobrecarga de 75g de glicose e medidas de glicemia aos 0, 1 e 2 horas após, considerando diabetes gestacional um valor igual ou superior a 92, 180 e 153mg/dL (miligrama decilitro) [1].

Tabela 1: Critérios diagnósticos para diabetes mellitus gestacional [1].

GLICEMIA (mg/dL)	SBD, ADA, OMS* 75 g-TOTG
Jejum	92
1 hora	180
2 horas	153

\* Diagnóstico de DG: um valor alterado

A Tabela 2 traz os principais planos de cuidados de enfermagem às gestantes em tratamento de DMG. O enfermeiro deve identificar diagnósticos para elaboração de um plano de cuidados que contribua na prevenção de complicações, através de orientações, acompanhamento e incentivo à manutenção do



tratamento. O plano de cuidados deve priorizar, de acordo com o autor, um melhor controle da nutrição por meio de uma alimentação balanceada, encorajamento à monitoração, a prática de atividades físicas como caminhadas, hidroginástica, fazer o uso correto das medicações, por meio de orientações em relação a terapia farmacológica e educação que permita o esclarecimento de toda a enfermidade à paciente e sua família [9].

Tabela 2: Principais planos de cuidados de enfermagem às gestantes em tratamento da diabetes mellitus [9].

PLANO DE CUIDADOS	
ORIENTAÇÕES EDUCACIONAIS	TRATAMENTO
Controle da nutrição	Alimentação balanceada com orientação especializada.
Monitoração	Encorajar a gestante a fazer sua monitoração diária.
Prática de atividade física	Caminhadas, Hidroginástica ou o exercício que a deixe mais confortável.
Terapia farmacológica	Metformina, Insulina ou associação variável.
Educação	Orientação e esclarecimento papel do enfermeiro na atenção primária.

A Tabela 3 apresenta os diferentes métodos utilizados atualmente para o diagnóstico de DMG. Em 2010, a *International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADPSG) decidiu que os critérios diagnósticos do DMG deveriam basear-se nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes* (HAPO), uma pesquisa observacional que tinha como meta encontrar um ponto de corte que ligasse a hiperglicemia materna a eventos perinatais adversos. Foram propostos, então, novos pontos de corte para o jejum, em 1 e 2 horas, que são  $\geq 92$  mg/dL,  $\geq 180$  mg/dL e  $\geq 153$  mg/dL, respectivamente. Segundo esses novos critérios, um valor anormal já leva ao diagnóstico de DMG. Em 2013, a OMS endossou o uso desses pontos de corte para o diagnóstico de DMG, destacando que glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL ou após sobrecarga  $> 200$  mg/dL seriam critérios diagnósticos para diabetes mellitus franco, e não DMG [1].

Tabela 3: Diagnóstico de DMG em TOTG com ingestão de 75 g de glicose [1].

	OMS (2013) <sup>1</sup> **	NIH (2012) <sup>11</sup> *	IADPSG (2010) <sup>2</sup> **; ADA e SBD (2011); SBD, OPAS, FEBRASGO e MS (2017) <sup>12</sup>
Jejum	92 a 125 mg/dL	95 mg/dL	92 mg/dL
1 hora	180 mg/dL	180 mg/dL	180 mg/dL
2 horas	153 a 199 mg/dL	155 mg/dL	153 mg/dL

Legenda: **OMS**: Organização Mundial da Saúde; **NIH**: *National Institutes of Health*; **IADPSG**: *International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups*; **ADA**: *American Diabetes Association*; **SBD**: Sociedade Brasileira de Diabetes; **OPAS**: Organização Pan-Americana da Saúde; **FEBRASGO**: Federação

Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria; **MS**: Ministério da Saúde.

O DMG é classificado como um problema de saúde pública, independentemente de um pré-natal (acompanhamento da gestante pelo enfermeiro e médico obstetra durante toda a gestação na atenção primária), com atenção e bom acompanhamento, podem ocorrer alguns problemas no desenvolvimento fetal e outras anomalias, porém a prevenção por meio das consultas do pré-natal é fator importante para a contribuição de uma gestação saudável e de um parto seguro [10].

O acompanhamento do enfermeiro às gestantes com diabetes gestacional, necessita de controle metabólico mediante o ajuste dos pilares terapêuticos: dieta, exercício físico, ingestão hídrica e respeito à medicação, incluindo avaliação pré-natal. Existem também critérios para definição do momento do parto que pode, eventualmente, ser antecipado para idades mais precoces nos casos com complicações fetais ou obstétricas [11].

## Discussão

Para o autor, o DMG é a principal complicação fetal que acomete as mulheres com este quadro clínico, principalmente quando associada à macrosomia, fator que está diretamente associado ao risco de obesidade infantil ainda ao risco aumentado de desenvolver a síndrome metabólica em sua vida adulta, e quando não bem controlada pode culminar na morte do feto [12].

Os principais fatores de risco associados ao DMG são: diabetes familiar em parentes de 1º grau; baixa estatura ( $< 150$  cm); idade maior que 25 anos, obesidade ou grande ganho de peso na gestação, uso de drogas hiperglicemiantes, uso de corticoides ou diuréticos, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformações, polidrâmnio, macrosomia ou diabetes gestacional [13].

Sabe-se que pelo acréscimo do nível de glicose no sangue durante a gravidez, o diabetes gestacional pode trazer complexidades à saúde da mulher e do bebê. Entre as suas complicações, estão prejuízos aos rins e hipertensão. A gestante passa por várias alterações hormonais ao longo dos nove meses de evolução do feto [14].

Desta forma, o SUS e seus atores devem estar preparados e estimulados na identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou para a intervenção em complicações crônicas, formular diagnósticos e implementar o tratamento correto para o DM. Utilizar de ações que visem reduzir os fatores de risco e consequentemente promover a diminuição da gravidade desta doença, uma vez que esta necessita de intervenção imediata em virtude da alta prevalência e por causar incapacidades transitórias ou permanentes aos doentes [15].

Os sintomas clássicos da DM são descritos assim: perda involuntária de peso; polidipsia, polifagia e poliúria (os “4 Ps” do DM). Os fatores clínicos são compreendidos como: balanopostite; fadiga; fraqueza; infecções de repetição; letargia; prurido cutâneo e



vulvar entre outros. Em alguns casos é possível se ter um diagnóstico a partir de complicações crônicas conjuntas e características, como: doença cardiovascular aterosclerótica; neuropatia e retinopatia [16].

É importante frisar que o controle glicêmico rotineiro e o acompanhamento frequente com um profissional de saúde numa maternidade neonatal são fatores importantes para a redução de danos decorrentes da DMG à gestante, que, se comprometendo com as recomendações, garantirá uma gestação sem problemas para a sua saúde e do seu bebê [17].

O envolvimento da família na gestação é fundamental para a mulher, por esse motivo é direito da cliente ter um acompanhante nas suas consultas, na qual serão explicados todos os procedimentos a serem executados. É imprescindível que o profissional esteja agendando corretamente as consultas da parturiente, mediante o cartão da gestante referente às consultas anteriores, inserindo-a no cronograma de atendimentos da unidade [18].

O planejamento e acompanhamento para a realização do plano de assistência à gestante apresentam aspectos educativos e assistenciais que podem influenciar diretamente na qualidade do atendimento profissional. Nesse sentido, a organização dos serviços de acolhimento tem sido fundamental ferramenta para a execução das consultas ao pré-natal. Por esse motivo é que são necessários enfermeiros qualificados e sensíveis às reais necessidades da gestante, além da implementação de ferramentas tecnológicas para auxiliar na consulta, na atenção especializada e na dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção com uma abordagem humanizada e com olhar holístico [19].

O enfermeiro é um profissional imprescindível no cuidado ao DMG. Ele deve estar sempre capacitado para orientar as gestantes, especialmente aquelas que tendem ao déficit de autocuidado, além de planejar e executar cuidados individualizados que venham a proporcionar hábitos de vida saudáveis. Desta forma, o papel do enfermeiro na atenção ao pré-natal é importantíssimo, especialmente porque uma de suas principais atribuições junto as gestantes é a de ser um educador em saúde, colaborando para o sucesso do tratamento da DMG e acompanhando sua trajetória ao longo de toda a gestação [20].

Em se tratando de gestação com diagnóstico confirmado de DMG, o enfermeiro deverá atuar juntamente com o médico no atendimento desta cliente, pois esta será considerada como gravidez de alto risco, havendo a necessidade de se realizar exames de maior complexidade e um acompanhamento mais rigoroso. O enfermeiro assume o compromisso de trabalhar junto à gestante, prestando orientações medicamentosas, orientando sobre os bons hábitos alimentares, sobre a prática de atividade física de acordo com a tolerância da gestante, ou seja, prestar uma assistência acerca das ações cotidianas que possam auxiliar na estabilidade da doença, evitando maiores complicações [21].

As gestantes diagnosticadas com DMG são consideradas como grávidas de risco e este agravo representa altos índices de morbidade. Os riscos e complicações não possuem causas bem esclarecidas e por esse motivo é que surgiram nos últimos anos diversas pesquisas sobre o tema, incluindo os novos critérios de diagnóstico do DMG que sofreram alterações em 2005 e são um referencial até os dias atuais [22].

A assistência de enfermagem à gestante é fundamental, tanto no âmbito hospitalar quanto no doméstico, pois durante o pré-natal é que se deve promover ações específicas para conforto da gestante, o correto controle da doença e prevenção de possíveis complicações para ela e o bebê. O enfermeiro deve atuar no cuidado à DMG de forma humanizada, realizando consultas que propiciem à mulher vivenciar a experiência da gestação como um momento especial e natural, deixando claro que esse ciclo é vital para o universo feminino, além de estabelecer um ambiente seguro o suficiente para o nascimento saudável da criança. Todavia para que isto ocorra de fato, não são necessárias apenas tecnologias avançadas, mas um trabalho de acompanhamento e uma abordagem empática de apoio durante todo o pré-natal que permita à gestante chegar no parto fazendo escolhas conscientes [22,23].

Conforme os autores, a assistência do enfermeiro no pré-natal deve dar prioridades à educação em saúde, cuidados com a dieta, atividade física, controle glicêmico e orientação sobre o tratamento medicamentoso. É necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, oriente a gestante e seus familiares sobre a patologia, informando sobre os riscos, conscientizando da importância do comparecimento às consultas, da realização dos exames para acompanhamento do quadro clínico visando a redução de complicações na gestação [23,24].

### Conclusão

Com base no que foi exposto neste trabalho acadêmico, o diabetes mellitus gestacional (DMG) é o problema metabólico mais corriqueiro em gestantes. Há uma intolerância dos carboidratos durante a gestação que pode ou não continuar depois do parto.

Explicou-se ainda, que a diabetes gestacional geralmente se desenvolve perto do 3º trimestre de gravidez, devido a uma resistência à insulina provocada pelos hormônios da gestação. Ficou demonstrado, que ao fim da gestação, a mulher, normalmente, volta ao seu estado normal de produção de insulina. No entanto, essa é uma condição passageira em sua vida e seu bebê vai se desenvolver normalmente se forem adotadas todas as orientações apontadas pela equipe de saúde, em especial, o enfermeiro.

### Referências



## ReBIS Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde

- [1] Sociedade Brasileira de Diabetes (BR). Diretrizes SBD 2017-2018. Oliveira JEP, Montenegro Junior RM, Vencio S. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
- [2] Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sociedade Brasileira de Diabetes (SDB). Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília; 2016.
- [3] Egidio POS. Pós-Gestação. In: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
- [4] Ministério da Saúde (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do Estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasília; 2014.
- [5] Sociedade Brasileira de Diabetes (BR). Diretrizes SBD 2014-2015. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. São Paulo: Editora Clannad; 2014.
- [6] Sartorelli DSF, Silva LJ. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2013; 19(1):S29-S36.
- [7] Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica: Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010
- [8] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Editora do Ministério da Saúde. Brasília; 2010.
- [9] Pereira FC. Cuidados de enfermagem na consulta de pré-natal a gestante diagnosticada com diabetes gestacional. Revista Humano Ser – Unifacex. Natal: Rio Grande do Norte. 2016; 1(1):13-23.
- [10] Simões MA. Análise Ecocardiográfica Fetal de Gestantes Portadoras de Diabete Melito Gestacional. Revista Brasileira de Ecocardiograma e Imagem Cardiovascular. 2011; 24(4):35-40.
- [11] Pereira BG. Diabetes gestacional: seguimento após o parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2014; 36(11):481-3.
- [12] Oliveira ACM, Graciliano NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015; 24(3):441-51.
- [13] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Editora do Ministério da Saúde. Brasília; 2012.
- [14] Bandarra ARC. Macrossomia na diabetes gestacional [dissertação]. Coimbra, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
- [15] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Brasília: 2013; 2(1-reimp.):1-290.
- [16] Weinert LW. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo. 2011; 55(7):435-45.
- [17] Ferreira AGN. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Revista de enfermagem da UFPE. 2013; 7(5):1398-405.
- [18] Schumalfuss JM. Diabetes Mellito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. Revista Cogitare de Enfermagem. 2014; 19(4):815-22.
- [19] Alves CMP, Lima CS, Oliveira FJL. Nefropatia diabética: avaliação dos fatores de risco para seu desenvolvimento. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo. 2011; 9(2):97-100.
- [20] Ribeiro AMC. Diabetes gestacional: determinação de fatores de risco para diabetes mellitus. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. 2015; 10(1):8-13.
- [21] Vieira FAN. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. Revista Rene. 2014; 15(5):823-31.
- [22] Zuccolotto DCC, Lívia Castro Crivellenti LC, Franco LJ, Sarotelli DS. Padrões alimentares de gestantes, excesso de peso materno e diabetes gestacional. Revista de Saúde Pública. 2019; 53(52):1-11.
- [23] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica nº 35. Brasília; 2018.
- [24] Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília; 2012.