

# **Fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional**

*Factors that interfere with the adherence to the treatment of Gestational Diabetes Mellitus.*

## **Fabian Friedrich**

Farmacêutico-Bioquímico, Especialista, Mestre, Doutor e Pesquisador em Biologia Molecular, Prefeitura Municipal em Blumenau, SC.

[fabian.ff@bol.com.br](mailto:fabian.ff@bol.com.br)

## **Márcia Aparecida**

Pós-graduanda em enfermagem em saúde coletiva com ênfase em saúde da família

[marciaalves.oliv@gmail.com](mailto:marciaalves.oliv@gmail.com)

## **Mari Uyeda**

Mestre em Ciências da Saúde, Nutricionista, Professora do Departamento de Ciências da Saúde da Pós-graduação da Universidade Nove de Julho

[mariuyedanutri@gmail.com](mailto:mariuyedanutri@gmail.com)

## **RESUMO**

A gravidez é caracterizada pela presença de uma variedade de mudanças no organismo da mulher. Dentre as anormalidades que podem ocorrer com a gestante destaca-se o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Objetivo: Identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento da DMG. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura acerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento da DMG. Resultados e Discussão: A gestante portadora de DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico, assim como o risco elevado de pré-eclâmpsia. Conclusão: A adesão da gestante ao seu tratamento constitui-se num fator importante para a prevenção e controle das complicações advindas dessa patologia.

**Palavras Chave:** Diabetes Mellitus Gestacional, Gravidez, Adesão.

## **ABSTRACT**

Pregnancy is characterized by the presence of a variety of changes in the woman's body. Among the abnormalities that can occur with the pregnant woman stands out Gestational Diabetes Mellitus (DMG). Objective: To identify the factors that interfere in the adherence to the treatment of DMG. Methodology: This is a review of the literature on factors that interfere with adherence to treatment of Gestational Diabetes Mellitus. Results and Discussion: A pregnant woman with untreated DMG has a higher risk of premature rupture of membranes, premature baby, fetus with pelvic in evidence and macrosomic fetus, as well as the high risk of preeclampsia. Conclusion: The adherence of the pregnant woman to her treatment

constitutes an important factor for the prevention and control of complications arising from this pathology.

**Keywords:** Gestational Diabetes Mellitus, Pregnancy, Adhesion.

## INTRODUÇÃO

A gravidez é caracterizada pela presença de uma variedade de alterações e mudanças no organismo da mulher. Após a fecundação, a mulher apresenta manifestações como náuseas, vômitos, hipersensibilidade nas mamas, polaciúria, constipação intestinal e distensão abdominal (RICCI, 2008). Devido às manifestações que ocorrem no período gravídico, é necessário que a gestante seja devidamente avaliada, bem como possa receber as adequadas orientações, e sanar suas dúvidas, de modo que consiga se adaptar e vivenciar o período gestacional de forma tranquila e poder acompanhar tranquilamente o desenvolvimento do seu filho (BRASIL, 2011).

Durante o pré-natal são avaliados dados antropométricos como peso e estatura, estado nutricional, pressão arterial, mensuração da barriga e batimentos cardíacos, bem como o calendário vacinal e a avaliação de alterações sistêmicas e localizadas como a presença de edema. A finalidade é identificar anormalidades que possam ocorrer no período gestacional e proceder com intervenções promotoras de saúde tanto para gestante quanto para o bebê (BRASIL, 2011).

Existem alguns casos onde há presença de alterações clínicas que podem colocar em risco a vida e a saúde da mãe e feto. Dentre as anormalidades que podem ocorrer com a gestante destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), que é definida como uma doença metabólica crônica, caracterizada pela elevação dos níveis glicêmicos, sendo um dos grandes causadores de morbimortalidade perinatal, principalmente, a macrosomia fetal e as más formações fetais (BRASIL, 2010; SBD, 2009), bem como a rotura prematura de membranas, parto pré-termo, feto com apresentação pélvica

e, também podem apresentar risco elevado de ocorrer a pré-eclâmpsia (SBD, 2009).

O DM que tem associação com a gravidez apresenta-se de duas formas distintas: o Diabetes Gestacional (DG) que é diagnosticado no período gestacional e o Diabetes pré-gestacional que pode ser diagnosticado antes mesmo da gestação (BRASIL, 2010; SBD, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como uma intolerância aos carboidratos de graus e intensidades variados e diagnosticado pela primeira vez na gestação, e ainda, pode ou não prosseguir no período pós-parto (BRASIL, 2010).

A fisiopatologia do DMG é determinada pelo aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, gerado pelo estresse atribuído a gravidez e, também por fatores genéticos ou ambientais. Os hormônios que estão envolvidos na resistência a insulina são os lactogênico placentário, hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e a prolactina (SBD, 2009).

Não existe um consenso sobre a efetivação de um rastreamento universal das gestantes diabéticas ou se a abordagem deve basear-se apenas nos fatores de risco. Pelo fato da doença apresentar poucas evidências que comprovem a real necessidade de rastreamento, atualmente a terapêutica é de acordo com a representatividade das características populacionais (AMORIM; MELO, 2009). A resistência insulínica na gestante é um achado importante e deve ser visto como um importante fator de risco que pode desencadear graves e sérias complicações maternas e fetais (CUARTERO; VERGASA; HERRANZA, 2009).

Evidencia-se a necessidade de se realizar um acompanhamento adequado da gestante para identificação precoce dos riscos potenciais ou existentes que possam levar ao desenvolvimento e evolução do DMG. Com o rastreamento e confirmações das alterações dos níveis glicêmicos é possível determinar se a gestante encontra-se no grupo de risco ou não para desenvolver o DGM, bem como suas possíveis complicações perinatais (SBD,

2009; AYACH et al., 2010).

A adesão da paciente também é um fator importante no controle do DMG. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) enfatiza sobre a importância de se educar o indivíduo diabético como sendo a melhor forma de torná-lo competente para vivenciar todas as experiências diárias que podem ter ou não relação com a doença.

O enfermeiro deve utilizar as práticas educativas, focando seus esforços na metodologia sanitária atribuindo seus conhecimentos técnico-científicos à população através da promoção da saúde de forma a potencializar a educação dialógica, e também, baseando-se em um bom planejamento estratégico para que as ações educativas possam ser implantadas de acordo com a realidade de vida e as reais necessidades das gestantes diabéticas (BORBA et al., 2012).

A equipe multiprofissional nas ações educativas é algo fundamental, pois suas ações conscientizadoras, preventivas e de promoção da saúde estimulam o autocuidado, difundindo o conhecimento para as gestantes diabéticas para que elas possam cuidar de si mesma e, desta forma, contribuir para minimizar as complicações geradas pela evolução descontrolada da doença (RODRIGUEZ; MORETTO, 2010).

O objetivo do presente trabalho é identificar os fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes *Mellitus* Gestacional.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão da literatura acerca dos fatores que interferem na adesão ao tratamento da Diabetes *Mellitus* Gestacional.

As buscas pelas referências foram realizadas com base na literatura utilizando-se os seguintes descritores: Diabetes Gestacional, Gestante, Fatores de Risco, Assistência de enfermagem e Enfermeiro.

Foram utilizados periódicos indexados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sustentada pelo banco de dados do Centro

Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) da BIREME, como também pela *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Os dados foram coletados por meio da análise dos artigos incluídos na amostra, respeitando-se os seguintes critérios de inclusão: publicados no período de 2000 a 2017, disponíveis na íntegra para pesquisa e escritos na língua portuguesa, inglesa e espanhola e que aborde a temática. Foram excluídos os trabalhos que não preenchiam ou atendam os critérios de inclusão.

A análise do material coletado foi realizada por meio de leitura informativa e exploratória, além de uma leitura crítica, realizada com o objetivo de encontrar definições conceituais e ações propostas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A gestante portadora de DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico (YANG, 2002). Há também risco elevado de pré-eclâmpsia.

Com relação ao feto, além da macrossomia, o risco para o desenvolvimento de síndrome de angústia respiratória, cardiomiopatia, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea, encontra-se fortemente aumentado (ADA, 2004; JONES, 2001).

O resultado perinatal está diretamente relacionado ao controle metabólico materno, com evidência de 52,4% de macrossomia, 14,3% de óbito fetal e 8,2% de má formações em gestantes com controle metabólico não adequado, caracterizado por média glicêmica superior a 130 mg/dl no terceiro trimestre (RUDGE et al., 1995).

Vários são os fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais relacionados ao desenvolvimento do DMG, que devem ser usados como guia para atenção individualizada à paciente (HANNA; PETERS, 2002).

A ADA (American Diabetes Association) (2004) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2008) orientam os seguintes limites para indicação de insulino-terapia associada à dieta, o que, indiretamente, caracteriza as metas para as glicemias plasmáticas no controle de tratamento:

- ✓ Glicemia de jejum  $\leq 105$ mg/dl •
- ✓ Pós-prandial de 1 hora  $\leq 155$ mg/dl •
- ✓ Pós-prandial de 2 horas  $\leq 130$ mg/dl

O manual de orientação da FEBRASGO, Diabetes e Hipertensão na Gravidez, é mais rígido quanto ao controle glicêmico materno. Preconiza o limite de 90 mg/dl para o jejum e de 130 mg/dl para qualquer pós-prandial, o que refletiria em média glicêmica diária inferior a 120 mg/dl (FEBRASGO, 2004)

### **Tratamento para o DMG**

Revisão sistemática sobre a eficácia da insulina na prevenção da macrosomia em fetos de mães diabéticas gestacionais, incluindo 1281 gestantes, mostrou benefícios da insulina comparada à dieta. Porém, os achados (redução de risco 0,098 indicam a necessidade de novos estudos controlados, pela heterogeneidade na literatura (GIUFFRIDA et al., 2003).

As metas para o tratamento incluem:

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para Diabetes Gestacional

| Glicemia (mg/dL) | SBD, ADA * | Febrasgo ** |
|------------------|------------|-------------|
|                  | 75 g TOTG  | 75 g TOTG   |
| Jejum            | 92         | 95          |
| 1 hora           | 180        | 180         |
| 2 horas          | 153        | 155         |

**\*Diagnóstico de DG: um valor alterado**  
**\*\*Diagnóstico de DG: dois ou mais dos valores alterados**

ADA: American Diabetes Association (2004); SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

(2008); FEBRASGO: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2004).

Dieta abaixo de 1200 Kcal/dia ou com restrição de mais de 50% do metabolismo basal não são recomendadas, pois estão relacionadas com desenvolvimento de cetose (FRANZ et al., 2002).

A grávida portadora de DMG deve fazer aproximadamente seis refeições por dia, sendo três principais e três lanches. O lanche noturno é importante para evitar a cetose durante o sono (ADA, 2004).

Grávidas obesas devem ser submetidas a leve restrição calórica, com total de 25 Kcal/kg de peso atual por dia. Grávidas com peso normal devem ser orientadas a ingerir um total calórico diário em torno de 30 Kcal/kg de peso e grávidas de baixo peso 35 Kcal/kg. Nos 2º e 3º trimestres de gestação, deve-se adicionar 300 Kcal por dia. O valor calórico total deve ser bem distribuído durante o dia, com 15% no café da manhã, 10% na colação, 30% no almoço, 10% no lanche da tarde, 25% no jantar e 10% na ceia (VIDAEFF et al., 2003). A distribuição sugerida dos nutrientes é de 40% a 50% de carboidratos, 25% a 30% de proteínas e 25% a 30% de gorduras.

A atividade física leve a moderada, em pacientes sem contra-indicações clínicas ou obstétricas, contribui para a redução e o controle da glicemia.

A insulinização é indicada quando: •

- ✓ Jejum > 90 mg/dl e qualquer pós-prandial > 130 mg/dl na vigência de dieta exclusiva, com dose inicial calculada pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Jejum} - 90}{4}$$

Fonte: SBD, 2017

- ✓ Após uma semana de adoção das medidas dietéticas sem atingir alvo de tratamento;
- ✓ Parâmetros ultra-sonográficos indicativos de macrosomia ou polidramiônio, mesmo na vigência de parâmetros laboratoriais adequados

Deve-se dar preferência à insulina humana em detrimento do animal, pelo fato da primeira ser menos imunogênica, prevenindo a formação de anticorpos, que ultrapassam a barreira placentária.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a insulina lispro não é encontrada na circulação fetal e do uso clínico esporádico em gestantes, ainda não existem evidências que embasam esta conduta (ADA, 2004; GARCIA- BOURNISSEN et al., 2003). Não existem trabalhos sobre o uso de insulina aspart ou glargina em gestantes.

Não existem evidências que justifiquem ou embasem o uso de anti-hiperglicemiantes durante a gestação. Entretanto, um estudo sobre o uso do gliburide, sulfoniluréia de segunda geração, que não cruza a placenta, demonstrou ação comparável à insulina e necessidade de substituição por insulina em menos de 10% das diabéticas randomizadas (LANGER et al., 2003) O uso desta droga em gestantes diabéticas ainda não foi aprovado pelo Food and Drugs Administration (FDA), sendo necessários mais estudos, em maior número de gestantes, para estabelecer a segurança deste tipo de terapia. Assim, mantém a orientação de se usar insulina, e não anti-hiperglicemiantes orais, durante a gestação (ADA, 2004).

São pontos de destaque na assistência pré-natal das portadoras de DMG, a frequência das consultas, o controle metabólico materno e a avaliação do bem-estar fetal (FEBRASGO, 2004).

- ✓ As consultas de pré-natal devem ser quinzenais, do diagnóstico de DMG até a 32ª semana e, daí em diante, semanais até o parto; •
- ✓ O controle glicêmico materno coincide com as consultas de pré-natal e é realizado pelo perfil glicêmico (PG) de 24 horas, nas gestantes usuárias de insulina e de 12 horas, nas controladas com dieta e exercício físico; •
- ✓ Deve ser realizado um ultrassom no primeiro trimestre para datar a idade gestacional, um segundo entre a 24ª/25ª semanas para avaliação da morfometria fetal e, a partir da 30ª semana, deve ser mensal para avaliação da biometria no desenvolvimento fetal,



índice de líquido amniótico (ILA) e grau placentário, com Doppler das artérias umbilical e cerebral média, de preferência, a cada quinze dias;

- ✓ Cardiocotografia anteparto a partir da 28<sup>a</sup>/30<sup>a</sup> semana de gestação, semanal, nas gestantes seguidas em ambulatório e diária, nas gestantes durante as internações.

No período pré-parto, a meta do controle glicêmico deve estar entre 80 e 120 mg/dl. O controle da hiperglicemia é de grande importância, pois a maioria das complicações fetais está relacionada à elevação da glicemia materna no pré e peri-parto.

Gestantes que não usaram insulina durante a gestação, geralmente, não necessitam de cuidados especiais durante o parto. A partir do início do jejum, deve-se iniciar infusão venosa de solução glicosada a 5% a 100 ml/h. A medida da glicemia capilar deve ser realizada a cada hora para monitorização adequada. Bolus de insulina regular podem ser usados caso ocorram elevações glicêmicas significativas.

Pacientes em uso de insulina poderão ser controladas com insulino-terapia venosa contínua (indicada para pacientes com maior labilidade glicêmica), ou sob regime de controle intermitente com insulina regular. Para o dia do parto: 1/3 da dose total de insulina usada na gestação; soro glicosado a 10%, via intravenosa, 40 gotas/ minuto, glicemia capilar de 4/4 horas e reposição com insulina regular, se necessário (FEBRASGO, 2004). Após o parto, com a retirada da placenta, as alterações metabólicas são revertidas, e os níveis glicêmicos normalizados. O aleitamento materno deve ser estimulado (ADA, 2004).

### **Educação em Saúde**

O tratamento do diabetes baseia-se em estratégias de educação e de modificação do estilo de vida, que incluem a suspensão do fumo, aumento da atividade física, reorganização dos hábitos alimentares e, se necessário, o uso

de medicamentos. Para tanto, a análise global da paciente, no que se refere ao nível educacional, condições socioeconômicas, emocionais, idade, tipo de diabetes e a presença ou não de complicações crônicas é fundamental (OLIVEIRA, 2000).

A educação é a chave para melhorar a qualidade de vida do portador de diabetes. É um investimento tanto para o paciente como para a equipe de saúde, porque permite o melhor controle metabólico, previne as complicações, reduz o número de hospitalizações e os custos do tratamento. A atividade educativa permite à diabética a compreensão de fatores que interferem no controle da doença, contribuindo significativamente para uma progressiva aceitação da responsabilidade por seu próprio tratamento (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007). Os trabalhos em grupos visam a estimulação da gestante ao autocuidado em domicílio de forma sistemática e contínua e a participação da família neste cuidado. Objetivam reduzir danos controláveis e complicações, evitar internações e reinternações, aprimorar os conhecimentos da gestante diabética e familiares em relação à patologia. Procuram proporcionar, com base na informação e na troca de experiência no grupo, o desenvolvimento de hábitos de vida que possibilitem maior segurança e melhor aceitação da doença.

Segundo Rodrigues (2003), a sugestão de formação de equipe multiprofissional tem sido seguida no Brasil, favorecendo o surgimento de muitos grupos de assistência e cuidados ou ligas (na forma de associações organizadas juridicamente). Esses grupos adotaram modelos de intervenção (ou modelos de teoria da adesão) que nortearam as estratégias utilizadas pelas equipes.

De acordo com Jardim (2001), os modelos de teoria de adesão ao tratamento objetivam a melhor compreensão do fato, porém não se consegue explicar completamente o que modifica o comportamento dos indivíduos, tornando-os melhores ou piores seguidores de uma prescrição, seja ou não medicamentosa. Para esse autor, os modelos de teoria de adesão ao tratamento são os seguintes:

1 - Modelo Educacional – comportamento mais responsivo, baseado em aumento da carga de informações ao paciente. Acredita-se que o desconhecimento da doença, seus riscos e as inúmeras possibilidades de controle adequado possam ser a causa maior da não adesão ao tratamento;

2 - Modelo de Crença na Saúde – busca-se a constante motivação para a cooperação, partindo do princípio de que o sucesso no tratamento está intimamente ligado à maior consciência da pessoa sobre a possibilidade de ficar doente, à gravidade da doença e aos riscos de acontecimentos. É semelhante ao modelo educacional porque também envolve a informação;

3 - Modelo de Estímulo às Emoções – tem relação com os modelos anteriores, na medida em que procura despertar no paciente o medo pela doença, as limitações causadas por ela e suas consequências;

4 - Modelo Comportamental ou “Teoria do Aprendizado Social” – baseia-se em mudanças de atitudes que resultam do estímulo ambiental e de recompensa pelo comportamento esperado, mediante modelos previamente determinados e que devem ser seguidos. Ocorre uma interpretação pessoal que determina quais aspectos devem ser valorizados pelo indivíduo e quais devem ser proscritos. O paciente passa a ser corresponsável pelos resultados, sendo o próprio agente da mudança;

5 - Modelo de Autorregulação: é composto por três etapas: a) tomada de informações por parte da pessoa acerca do ambiente, da própria doença, sua importância e seus riscos; b) planejamento para ação, com vistas a adotar um comportamento desejado; c) após os resultados, a monitorização do comportamento, visando manter as mudanças adquiridas.

Ainda para Jardim (2001), as estratégias e os passos a serem seguidos pela pessoa são, de início, passivas, enfatizando a compreensão e a aceitação da doença; em seguida, a ênfase recai sobre as posturas mais ativas a serem adotadas, ocasionando mudanças de atitudes; por fim, deve ocorrer a manutenção das transformações com a adoção de um estilo de vida saudável, bem como um real comprometimento da pessoa com sua própria saúde.

Rodrigues (2003) acredita que os modelos citados buscam mudanças de comportamento para a obtenção de melhor “obediência” ao que é proposto e, conseqüentemente, melhor adesão ao tratamento. Sabe-se, porém, que os modelos trouxeram suas contribuições, mas não conseguiram responder à difícil e complexa tarefa de manter a paciente fiel completamente às orientações. O modelo que tenta sistematizar e melhorar a compreensão de como alcançar bons resultados com portadores de doenças crônicas é o modelo educacional, pois é inegável a capacidade de orientação que tem o profissional de saúde de repassar informações precisas sobre a doença e o tratamento, uma vez que existe um indicativo de que, quanto melhor e mais completa for a orientação/ informação melhor seria a adesão ao tratamento.

As ações educativas têm sido utilizadas com o objetivo principal de controle glicêmico, não levando em consideração os aspectos psicológicos, sociais, culturais e de relacionamentos. Dessa forma, a aderência da gestante diabética tem sido notoriamente baixa, tendo como motivos: a atenção voltada para o conteúdo e quantidade de informações necessárias para o convívio com a doença e a falta de motivação da gestante diabética e dos profissionais de saúde (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007).

Segundo Bursztyn e Tura (2001), o modelo de intervenção vigente induz à segmentação dos sujeitos, da adesão e das ações de prevenção e tratamento sem considerar as diferentes representações acerca do mesmo objeto, ou seja, sua capacidade de apreensão de ação, sua interação com diferentes grupos no contexto dinâmico e ativo em que se origina a comunicação social e a conduta dos indivíduos.

É muito comum encontrar-se profissionais de saúde que se limitam a compreender apenas os mecanismos biológicos das várias partes do corpo, sem se preocupar com as relações, inter-relações e acontecimentos da vida cotidiana de seus clientes. Estes apresentam visões diversificadas de mundo e isto só enriqueceria e facilitaria o processo de adesão ao tratamento, uma vez que permitiria um diálogo mais aberto, amplo, em que a gestante sentiria

confiança em dividir com o profissional suas dúvidas, incertezas, inseguranças e dificuldades em lidar com a doença.

## **CONCLUSÃO**

A DMG promove repercussões importantes não apenas na área de saúde, em razão de sua incidência e prevalência elevadas, mas também pelo fato de quase sempre estar acompanhada de complicações múltiplas que irão causar grande impacto para mãe e bebê.

Por se tratar de uma patologia complexa a gestante diabética tende a apresentar alterações psicossociais que podem prejudicar seu processo de aderência a um regime de tratamento prolongado, complexo, que demanda tempo, recursos financeiros e, em algumas situações, da ajuda de outras pessoas.

No entanto a adesão da gestante ao seu tratamento constitui-se num fator importante para a prevenção e controle das complicações advindas dessa patologia. Assim, uma contínua estimulação dessas mulheres, por meio da participação em programas educativos, com equipe multidisciplinar, tendo como enfoque os aspectos subjetivos do adoecer é de extrema relevância. Nas ações de educação em saúde, deve-se buscar a incorporação de novos hábitos que permitam não só o controle metabólico, mas também a aquisição de condições psicológicas e sociais para a adoção de um novo estilo de vida próprio da condição de gestante diabética.

Para melhor entender o processo de adesão ao tratamento e, assim, poder intervir de forma adequada e baseada nas necessidades dessas mulheres, é preciso compreender que cada gestante tem a sua forma de aderir, sua conotação singular, e que esses aspectos envolvem elementos que permeiam o viver humano, sua subjetividade e a tornam única, e precisam ser considerados em se tratando de gestantes.

A adesão ao tratamento do DMG perpassa a subjetividade e é preciso rever conceitos com relação à educação em saúde para essas mulheres,

levando em consideração questões psicossociais, afetivas e culturais que influenciam o seu pensar e agir, tendo em vista a mudança de comportamentos e atitudes, para que elas possam ter qualidade de vida independente da condição crônica de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. v. 27, sup. 1, p. 88-90, 2004.

AMORIM, M.M.R.; MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal – parte 2. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 367-74, 2009.

AYACH, W.; CALDERON, I.M.P.; RUDGE MVC, COSTA RAA. Comparação entre dois testes de rastreamento do diabetes gestacional e o resultado perinatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 5, p. 222-8, 2010.

BORBA, A.K.O.T.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C.; RAMOS, R.S.P.S. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p.169-76, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BURSZTYN, I.; TURA, L.F.R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para análises de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A.S.P. (org.). **Representações sociais: teoria e prática**. Paraíba: EDUEPB, 2001.

CUARTERO, B.G.; VERGAZA, A.G.; HERRANZA, S.; VÁZQUEZA, M.C.; CARVAJALA, O.; CARPINTERO, P. et al. El bajo peso al nacer es un factor de riesgo de diabetes mellitus tipo 1. *An. Pediatr.*, v. 70, n. 6, p. 542–546, 2009.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Diabete e hipertensão na gravidez: manual de orientação*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2004.

FRANZ MJ, BANTLE JP, BEEBE CA, BRUNZELL JD, CHIASSON JL, GARG A, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**, v. 25, p. 148-98, 2002.

GARCIA-BOURNISSEN, F.; FEIG, D.S.; KOREN, G. Maternal-fetal transport of hypoglycaemic drugs. **Clin Pharmacokinet.**, v. 42, n. 4, p. 303-13, 2003.

GIUFFRIDA, F.M.A.; CASTRO, A.A.; ATALLAH, A.; DIB, S.A. Diet plus insulin compared to diet alone in the treatment of gestational diabetes mellitus: a systematic review. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 36, n. 10, p.1297-300, 2003.

HANNA, F.W.; PETERS, J.R. Screening for gestational diabetes; past, present and future. **Diabet. Med.**, v. 19, n. 5, p. 351-8, 2002.

JARDIM, P.C.B.V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudos. In: NOBRE, F. et al. **Adesão ao tratamento o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

JONES, C.W. Gestational diabetes and its impact on the neonate. *Neonatal Netw.* v. 20, n. 6, p.17-23, 2001.

LANGER, O.; CONWAY, D.L.; BERKUS, M.D.; XENAKIS, E.M.; GONZALES, O. A comparison of glyburide and insulin in women with gestational diabetes mellitus. **N. Engl. J. Med.**, v. 343, n. 16, p. 1134-8, 2000.

OLIVEIRA, J.E.P. Diabetes melito. In: MION JR., D.; FERNANDO, N. **Risco cardiovascular global da teoria à prática**. São Paulo: Lem vascular global da teoria à prática os Editorial, 2000.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RODRIGUES, M.T.M. Caminhos e descaminhos da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: um estudo com usuários do PACHA do tensivo Hospital Universitário Onofre Lopes. 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

RODRIGUEZ, M.C.R. Ações da enfermagem no cuidado a gestante diabética. 2010. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

RUDGE, M.V.C.; CALDERON, I.M.P.; RAMOS, M.D.; MAESTÁ, I.; SOUZA, L.M.S.; PERAÇOLI, J.C. Perspectiva perinatal decorrente do rígido controle pré-natal em gestações complicadas pelo diabete. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.17, p. 26-32, 1995.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. ed., Itapevi, SP. SILVA, A.A. Farmacêutica-2009. Disponível em: < [www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09\\_final.pdf](http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf) > Acesso em: 25 fev. 2019.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabetes Mellitus Gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 6, p. 471-86, 2008.

TORRES, R.M.; FERNANDES, J.D.; CRUZ, E.A. Adesão do portador de Diabetes ao Tratamento: Revisão Bibliográfica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, 2007.

VIDAEFF, A.C.; YEOMANS, E.R.; RAMIN, S.M. Gestational diabetes: a field of controversy. **Obstet Gynecol Surv.**, v. 58, n. 11, p. 759-69, 2003.

YANG, X.; HSU-HAGE, B.; ZHANG, H.; ZHANG, C.; ZHANG, Y.; ZHANG, C. Women with impaired glucose tolerance during pregnancy have significantly poor pregnancy outcomes. *Diabetes Care*, v. 25, n. 9, p. 619-24, 2002.