

Autora: Eliana da Silva Gomes

e-mail: elianadsgomes@gmail.com

A atuação dos profissionais da atenção básica na prevenção e controle da diabetes gestacional e no surgimento de lesões.

The performance of primary care professionals in the prevention and control of gestacional diabetes and in the appearance of lesions.

Resumo – A prevenção e controle da diabetes gestacional e no surgimento de lesões é importante para evitar a morbimortalidade materno-infantil. O objetivo deste artigo é abordar a importância dos profissionais da atenção básica na prevenção e controle da diabetes gestacional e no surgimento de lesões. O diabetes gestacional é aquele desenvolvido durante a gestação. Sua importância advém do aumento da morbimortalidade materno-infantil decorrente da associação diabetes e gestação. A gravidez por ser induzida a marcantes alterações metabólicas maternas que se tornam mais evidentes com o progredir da gestação e com o conseqüente desenvolvimento do concepto. O efeito mais intenso do diabetes gestacional aparece a partir do segundo trimestre da gestação, quando o feto adquire um forte ritmo de crescimento aumentado à demanda de proteínas, carboidratos e elementos minerais, por isso a necessidade de uma boa alimentação e o acompanhamento com um nutricionista e orientações quanto os cuidados para que não surjam feridas. É muito importante, portanto, o controle da doença durante o período pré-natal. Após o parto, a paciente deve ser reclassificada quanto à tolerância glicídica. E o acompanhamento dessa gestante deve ser feito através de uma equipe multiprofissional da Atenção Básica para que se obtenha um bom resultado.

Palavras chave: Gestante; diabetes; nutrição; estratégia saúde da família; saúde da mulher; Pé diabético; Cuidados de enfermagem.

Abstract –Prevention and control of diabetes gestacionaland in the appearance of lesionsis important as an attempt to avoid unfavorable maternal and fetal outcomes. The purpose of this item is addressed the importance of shares of primary care professionals in diabetes prevention and control gestacionaland in the appearance of lesions. Gestacional diabetes is that devoloped during pregnancy. Its importance stems from the increased maternal and infant morbidity and mortality resulting from the association between diabetes and pregnancy. Pregnancy foe being induced to marked maternal metabolic changes that become more evident with the progress of pregnancy and the consequent development of the conceptus. The stronger effect of gestacional diabetes appears starting from the second trimester of pregnancy, when the fetus acquires a Strong pace of growth increased demand for proteins, carbohydrates and mineral elements, so the need for good nutrition and follow us with a nutritionist and guidance as to how care can not be taken. It is very important therefore to control the disease during the prenatal period. After delivery, the patient should be reclassified as a high sugar tolerance. And monitoring for pregnant women should be done by a multidisciplinary team of primary care in order to obtain a good result.

Keywords: Pregnancy; diabetes; nutrition; family health strategy; women's health; foot diabetic; nursing care.

A atuação dos profissionais da atenção básica na prevenção e controle da diabetes gestacional e no surgimento de lesões.

The performance of primary care professionals in the prevention and control of gestational diabetes and in the appearance of lesions.

1- INTRODUÇÃO

Como os profissionais da Atenção Básica atuam no acompanhamento à gestante diabética, onde muitas vezes não há um acompanhamento adequado para estas gestantes, seja por falta de profissionais, pela falta de conhecimentos técnicos e científicos ou pelas condições de moradia ou sócio- econômicas dessas pacientes.

O diabetes gestacional é aquele desenvolvido ou diagnosticado durante a gestação. Sua importância advém do aumento da morbimortalidade materno infantil decorrente da associação diabetes e gestação. Os fatores de risco associados a diabetes gestacional são semelhantes aos descritos para o diabetes tipo 2, incluindo, ainda, idade superior a 25 anos, ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição excessiva de gordura corporal, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal. Diabetes é uma situação clínica que acomete 0,3% das gestantes. Alterações de tolerância à glicose são observadas em 7% das grávidas.

Entre as complicações crônicas do diabetes mellitus (DM), as úlceras de pés (também conhecido como pé diabético) e a amputação de extremidades são as mais graves e de maior impacto socioeconômico.

Sendo importante, então, o controle da doença durante o período pré-natal. Após o parto, a paciente deve ser reclassificada quanto à tolerância glicídica, com a medida da glicose de jejum ou com o TOTG (Teste de Tolerância à Glicose), seis semanas após o parto, com a finalidade de reclassificação do seu estado metabólico.

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia associadas a complicações, disfunções e insuficiências de vários órgãos, especialmente: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. O diabetes

pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação de insulina ou distúrbios da secreção da insulina.

O principal objetivo diante de um pé diabético é impedir as amputações. Este grande problema é precedido por úlceras acompanhadas geralmente de gangrena e infecção, demonstrando que, na maioria dos defeitos mutilantes, a combinação de isquemia e infecção é preponderante. Desse modo, as úlceras, nos pés dos diabéticos, constituem a causa principal das amputações dos membros inferiores, ressaltando que é uma complicação extremamente comum entre essa população, chegando a ser a maior causa de hospitalização, morbidade e mortalidade.

Pelos riscos maternos e, principalmente fetais, decorrentes da intolerância de glicose na gravidez, muitas tentativas são feitas para detectar precocemente a alteração metabólica, interpretar os testes de tolerância durante a gestação e determinar a incidência de diabetes gestacional com conceitos coerentes na tentativa de fundamentar as condutas e alguns critérios na assistência a essas portadoras de diabetes gestacional.

Na particularidade do trabalho da ESF existem registros realizados através do preenchimento de formulários estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os quais visam à alimentação *Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SISs)*, cujos dados originam indicadores importantes no planejamento da assistência. Além destas finalidades, estes registros em saúde ainda podem ser utilizados na produção de conhecimento e no desenvolvimento do ensino e pesquisa no setor de saúde.

A ESF tem grande importância tanto na prevenção do desenvolvimento do pé diabético, estimulando a alimentação adequada, a adesão medicamentosa, o acompanhamento familiar e ao autocuidado, quanto na detecção precoce do mesmo, como alterações da sensibilidade dos pés, presença de feridas complexas, deformidades, alterações da marcha, infecções e amputações, entre outras.

Por ser uma gestação de risco com um difícil controle ou instalação de complicações, a gestante diabética então é encaminhada para a Atenção

Secundária à Saúde (ASS), cujos serviços são ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde.

A abordagem do pé diabético deve ser especializada e deve contemplar um modelo de atenção integral (educação, qualificação do risco, investigação adequada, tratamento apropriado das feridas, cirurgia especializada, aparelhamento correto e reabilitação global), objetivando a prevenção e a restauração funcional da extremidade. Entretanto, se feridas forem controladas e amputações evitadas, de grande valia será o cuidado e a intervenção precoce.

Diante do exposto faz-se necessário chamar a atenção para o atendimento do indivíduo na Atenção Primária à Saúde, onde o indivíduo é acolhido pela primeira vez e necessita de cuidados e educação no que tange ao seu controle glicêmico e a prevenção das complicações, para que se possa mudar esse trágico cenário.

2- Assistência do Pré-Natal da Diabetes Gestacional na Atenção Básica

A atenção ao pré-natal objetiva acolher a mulher desde o início da gravidez, buscando assegurar, ao seu término, o nascimento de uma pessoa saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Nesse sentido, é importante educar a equipe de multiprofissionais da ESF para uma visão integrada do cuidado da mulher numa concepção de saúde que transcenda os determinantes biológicos. A forma de atuação desses profissionais pode estar relacionada com a sua formação e qualidade da assistência.

No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres adultas (idade superior a 20 anos), atendidas pelo Sistema Único a Saúde, é de 7,6% e o diabetes pré-gestacional representa 10% de casos de mulheres com diabetes na gestação. A diabetes gestacional representa 0,7% das causas indiretas de óbitos maternos, com maiores taxas na região centro-oeste e o diabetes pré-existente representa 0,5% dos óbitos, com maiores taxas na região sul do país.

A principal atividade de todos os profissionais da equipe da Atenção Básica é a educação e no caso das gestantes diabéticas priorizar a educação nutricional. Objetivando adequado ganho de peso materno e suporte nutricional ao feto, a educação nutricional para a gestante diabética é importante para o início do

tratamento. O diabetes gestacional é inicialmente tratado com planejamento alimentar, preferencialmente orientado por nutricionistas. A dieta ideal deve suprir as necessidades gestacionais, evitar hiperglicemias pós-prandias ou aumento excessivo de peso.

Embora muitas sejam as complicações sérias e onerosas que afetam os pacientes diabéticos, aquelas que ocorrem nos membros inferiores (MMII) representam a maior parte delas (40 a 70%). A consequência mais grave do diabetes melitus nos MMII é a amputação, parcial ou total, de um ou ambos os membros, ou ainda a formação de feridas de difícil resolução⁵. Aproximadamente 20% das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores. Oitenta e cinco por cento das amputações de membros inferiores no DM são precedidas de ulcerações, sendo que os principais fatores associados são a neuropatia periférica, deformidades no pé e os traumatismos.

O fato mais importante da neuropatia periférica sobre o pé diabético é a perda da sensibilidade, que o torna vulnerável aos traumas triviais, é porta de entrada das bactérias, e ocasiona infecções silenciosas e graves, caso não sejam tratadas precocemente. A presença de infecção também deve ser investigada precocemente através do exame do pé (localização de sinais flogísticos) ou na vigência de desordem sistêmica (como febre e mau controle glicêmico), pois constitui um fator importante de morbidade e mortalidade em pacientes com úlceras. A maior suscetibilidade do diabético à infecção é decorrente do prejuízo da resposta inflamatória e do sistema antioxidante, da alteração da migração, fagocitose e quimiotaxia de leucócitos e da menor produção de citocinas. A hiperglicemia é o sinal mais precoce de infecção, enquanto que a febre, a leucocitose, os calafrios e os sinais de inflamação podem estar ausentes em até 2/3 dos casos, devido à presença concomitante de alterações neuropáticas e/ou vasculares. Assim, a severidade da infecção não está relacionada ao patógeno causal e não deve ser a base para a decisão da terapia.

A abordagem educativa de pessoas com DM para prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações³. É recomendado que toda pessoa com DM realize o exame dos pés anualmente,

identificando fatores de risco para úlcera e amputação¹, através da inspeção visual, exame dos pulsos dos membros inferiores, exame neurológico.

Fatores adicionais que podem indicar a necessidade de maior frequência de consultas e o rastreamento de complicações em membros inferiores:

- Calos, calosidades nos pés, micoses (interdigital ou ungueal), unhas encravadas, deformidades nos pés e pododáctilos;
- Limitação da mobilidade articular;
- Limitações físicas (p. ex.: cegueira ou redução da visão) ou cognitivas para o autocuidado;
- Baixo nível de conhecimento sobre cuidados preventivos;
- Condições de higiene inadequadas;
- Baixo nível socioeconômico e de escolaridade;
- Pouco ou nenhum apoio familiar ou de amigos no dia a dia; e
- Residência em instituição de longa permanência.

Na Estratégia Saúde da Família, o pré-natal das gestantes diabéticas é realizado por médicos, enfermeiros e a equipe do NASF, devendo haver um trabalho interdisciplinar que possa resultar em assistência de qualidade, cumprindo o objetivo do pré-natal, que são: prevenir, identificar e/ou corrigir intercorrências maternas e fetais, bem como, instruir as gestantes no que diz respeito à gravidez, ao parto, ao puerpério e aos cuidados com o recém-nascido.

3- MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com o objetivo de mostrar a importância dos profissionais da Atenção Básica na prevenção e controle do diabetes gestacional e o surgimento de feridas, foram analisados textos, artigos, teses e livros, através do levantamento em fontes técnicas e científicas.

Segundo Demo (1995, p.1280) “a pesquisa bibliográfica significa diálogo crítico e criativo com a realidade, culminada na elaboração própria e a capacidade de interpretação”.

Esta é uma pesquisa que será qualitativa, pois a pesquisa esteve centrada nas ações dos profissionais de saúde no acompanhamento à gestante diabética. Minayo (1994, p.22) explica que a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Estima-se que a incidência de diabetes gestacional no Brasil atinja cerca de 3 a 8% das mulheres grávidas. Assim como no diabetes tipo 2, o diabetes gestacional ocorre mais frequentemente entre mulheres com história familiar de diabetes ou que estejam acima do peso. O diabetes mellitus é uma doença sistêmica geradora de alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos, proteínas e eletrólitos. De caráter crônico e evolutivo, caracteriza-se por deficiência na secreção e/ou ação da insulina, com consequente hiperglicemia. É um processo patológico, como tal, durante a gestação, pode repercutir na saúde materna, fetal e perinatal.

O diabetes gestacional está associado a um risco aumentado de resultado perinatal indesejável e, após a gestação, esta mulher terá mais risco de desenvolver o diabetes tipo 2. No sistema público de saúde, no Brasil, 7,6% das gestantes com mais de 20 anos são portadoras de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Além disso, a mortalidade também está aumentada, com altos índices de macrosomia, toco-traumatismo, e complicações metabólicas (hipoglicemia, hipocalcemia), hematológicas (bilirrubinemia, policitemia) e respiratórias.

As medidas antropométricas são recomendadas e empregadas para o acompanhamento nutricional de gestantes diabéticas na Atenção Básica devido à

sua importância reconhecida na prevenção da morbimortalidade perinatal, prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção da saúde da mulher. Características como fácil aplicabilidade, baixo custo e caráter pouco invasivo reforçam a importância da antropometria na avaliação do estado nutricional de gestantes.

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje uma epidemia mundial. Na mulher não diabética a gravidez está associada com profundas alterações no metabolismo energético, logo, a DMG é qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidez variável, com início ou diagnóstico durante a gestação.

Durante a evolução da gestação pode haver ruptura precoce da bolsa das águas, abortamento e polidrâmnio, que levam a partos prematuros e cesários. O feto poderá ter macrossomia fetal, definida como Recém-Nascidos (RN) com peso superior a 4.000 kg, a qual continua sendo a complicação fetal mais comum de mães com diabetes, incluindo o DMG. Para essas pacientes, tal tipo de macrossomia leva a um aumento do risco de lacerações perineais e complicações no parto (parto distócico) exigindo-se muitas vezes, a realização de cesariana. Já para os RNs de mães diabéticas, os riscos de complicação imediata são altos, desde hemorragia intracraniana, distócia de ombro, hipoglicemia neonatal, icterícia e desconforto respiratório.

Em nível de Atenção Básica a gestante diabética é cadastrada pela equipe, a partir daí no decorrer das etapas do período gravídico puerperal é muito importante à realização de ações de promoção da saúde, mas é no pré-natal que a mulher deve ser orientada para que possa vivenciar toda a gestação e o parto de forma positiva e saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e uma boa alimentação.

Antes do descobrimento da insulina, a gestação na diabética constituía uma curiosidade clínica. Nos poucos casos diabetes-gestação a mortalidade era de 40% a 60%, com a mortalidade materna também elevada. Hoje, a fertilidade da mulher diabética é praticamente igual a da não diabética.

É consenso geral que os níveis glicêmicos se situam de 5 a 15 mg/dl abaixo dos valores observados na mulher fora da gestação, diferença que se acentua à medida que esta se aproxima do termo. Com o desenrolar da gravidez, porém, ocorre uma diminuição da tolerância da glicose. Nenhuma alteração da curva glicêmica é reconhecida na primeira metade da gestação, mas a partir daí os níveis glicêmicos durante a curva se mostram significativamente mais elevados, embora ainda dentro dos limites normais.

O desenvolvimento do diabetes gestacional é definido como tolerância diminuída aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticado pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

O tratamento do pé diabético é baseado na redução da pressão tecidual do pé, controle da infecção, correção isquêmica e cuidados com a lesão. O repouso e a elevação do membro devem ser iniciados imediatamente, sendo ideal a retirada de todo peso nos membros inferiores⁴. O profissional deverá avaliar se os calçados são apropriados aos pés da pessoa, observando se são ajustados e confortáveis³. Calçados desgastados, com palmilhas deformadas, muito curtos ou apertados podem provocar vermelhidão, bolhas ou calosidades^{2,7}. Quanto à infecção, apesar da cultura e do antibiograma ajudarem na escolha de regimes antimicrobianos, na maioria das vezes, a terapia empírica com drogas de largo espectro é necessária antes dos resultados da cultura estarem disponíveis. Comprometimento vascular deve ser investigado no exame físico inicial e também na vigência de uma má resposta terapêutica, tornando a correção da doença oclusiva vascular necessária, já que dificulta o fornecimento de nutrientes e antibióticos à área lesada.

O diagnóstico de diabetes é confirmado com a realização do TOTG solicitado entre a 24^a e 28^a semanas de gestação. Se a gestante apresentar fatores de risco, o TOTG pode ser realizado mais precocemente, a partir da 2^a semana. Os pontos de corte da glicose plasmática para diagnóstico do diabetes gestacional. Caso o exame seja normal, mas haja suspeita de diabetes na gestação atual (crescimento fetal exagerado, polidrâmnio), deve-se repetir o teste em um mês ou redor da 32^a semana de gestação.

Pela produção placentária de hormônios hiperglicemiantes ou diabetogênicos (insulina- hormônio hipoglicemiante e glucagon, as catecolaminas, o cortisol e o GH- hormônios hiperglicemiantes ou contra reguladores) a gravidez se constitui em situação que se caracteriza por maior secreção de insulina pelas células beta para manter a glicemia materna em níveis normais. Em gestantes em que esse nível de hipersulinismo endógeno que por alguma razão não ocorre, isso se traduz por hiperglicemia ou intolerância à glicose, que se manifesta geralmente na segunda metade da gestação e, em particular a partir de 28 a 32 semanas.

As mulheres com diabetes na gestação são divididas em duas categorias:

I) Diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez).

Diabetes gestacional: é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Seu diagnóstico é controverso. A Organização Mundial de Saúde recomenda os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez.

II) Diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2, ou outros).

- Diabetes tipo 1 (ex- diabetes juvenil): cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células betas pancreáticas que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma ou morte.
- Diabetes tipo 2 (ex- diabetes do adulto): cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara, e quando presente é acompanhado de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gorduras.

Existem outros tipos específicos: decorrentes de defeitos genéticos das células *B*- pancreáticas; defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, tais como fibrose cística, e doenças induzidas por drogas, tal como no tratamento da AIDS ou após transplante de órgãos.

4- RESULTADOS e DISCUSSÃO

As feridas e amputações em membros inferiores interferem na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes diabéticos. E a equipe de Saúde da Família, pelo acolhimento, cuidado integral, longitudinal e com a dedicação dos agentes comunitários, que visitam os pacientes com frequência, tem grande possibilidade de atuar junto aos pacientes, de forma individualizada para prevenir as complicações do pé diabético e até o seu estabelecimento.

A Diabetes Gestacional deve ser enfrentada, como uma complicação metabólica que quando não tratada adequadamente, evolui de forma negativa para o binômio mãe e filho. Doenças como esta precisam de prevenção e controle, já que podem levar a complicações macro e microvasculares, piorando a qualidade de vida da gestante e prejudicando o resultado obstétrico.

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é considerado um problema de saúde pública prevalente, em ascensão, do ponto de vista social e econômico e com potencial reconhecido para a prevenção, mas que depende de ações da Atenção Básica para sua prevenção e controle, com vista às ações educativas dando prioridade a educação nutricional realizada por profissionais da Estratégia Saúde da Família e de toda Atenção Primária de Saúde.

Tendo em vista a dimensão deste problema de saúde pública, este trabalho vem contribuir com informações que reforçam a importância da interdisciplinaridade na atenção à saúde da gestante quando, principalmente trata-se daquelas de maior risco no resultado obstétrico para ela e seu filho. E que leve à compreensão da necessidade do acompanhamento do pré-natal ao pós-parto, por toda equipe de saúde, desenvolvendo práticas voltadas para a prevenção e o controle da diabetes gestacional.

Tal compreensão proporcionará um redimensionamento do modelo de atenção à saúde da gestante, incorporando os pressupostos do cuidado integral que incluem as dimensões do bem estar biológico, psicológico, social e espiritual entre outros preconizados no modelo de atenção primária à saúde.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As medidas preventivas são essenciais na assistência ao pé diabético. O controle do diabetes mellitus, as orientações para evitar ulcerações através de cuidado adequado dos pés e visitas regulares ao médico, assim como a colaboração do paciente, de seus familiares e da equipe da ESF são fundamentais na prevenção de incapacidades e deformidades por pé diabético.

A participação da gestante nas atividades de saúde realizadas pela equipe de saúde na atenção básica, garantindo o sucesso das ações de prevenção e controle das intercorrências e /ou complicações na gestação, depende também de um bom relacionamento entre a paciente diabética e a equipe multidisciplinar de saúde da Atenção Básica, cujo os profissionais tem formação específica e capaz de minimizar a morbimortalidade. A validade de assistência pré-natal como parte preventiva essencial da obstetrícia é inquestionável, tendo como objetivo por em prática um conjunto de atividades para melhorar a assistência à população materno-infantil, reduzindo os agravos à saúde deste grupo.

As gestantes quando chegam ao pré-natal, depositam nestes profissionais a esperança e o desejo de ter uma gestação tranquila e saudável, e que seu bebê chegue sem nenhuma complicação. Cabe a toda a equipe da Estratégia Saúde da Família, por todo o seu conhecimento científico em prática, garantir a adesão da gestante diabética ao acompanhamento e tratamento de sua saúde nesta fase da vida. Os profissionais devem enxergar a gestante diabética como um todo, compreender que cuidam de mãe e filho, além de orientá-las ao auto-cuidado. Desta forma, o resultado obstétrico positivo para a gestante diabética é resultado do conhecimento do agravo e de seus determinantes, da realização de estratégias efetivas para o cuidado e, também, o equilíbrio da relação entre pacientes e profissionais de saúde da equipe multidisciplinar da atenção básica de saúde.

REFERÊNCIAS

1. A Bull; Edeof Sally. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predisposição do risco de intercorrências gestacionais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica, Rio de Janeiro, 2007.
Bertine, A.M. Diabetes mellitus. São Paulo, Atheneu, 2001.
2. Elizabeth Accioly; Saunders e Lacerda. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan, 2ª edição, 2ª revisão, 2012.
3. Francisco, Arduino. Diabetes mellitus. Rio de Janeiro, ed. Guanabara koogan, 1980.
4. GDda Costa, RMM Cotta, JR Reis, RS Batista, AP Gomes, SCC Franceschini. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, 2009. Rio de Janeiro, ed. Revinter, 2001.
5. Lais Angelo Massucati; Roberta Amorin Pereira; Tatiane Uceli Maioli. Prevalência de diabetes gestacional em unidades de saúde básicas. Revista Eletrônica, 2012.
6. Laun, Ingeborg Christa. Diabetes gestacional. Rio de Janeiro, ed. Revinter, 1993.
7. MCV de Almeida; MRC Vaz; PP de Figueiredo; LS Cardoso; CF Sant'Anna; CA Bonow. Registros em Saúde como instrumento no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência, Cuidado e Saúde, São Paulo, 2009.
8. Minayo, Maria C de S. Pesquisa social, teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, ed. Vozes, 1994, p.22.
9. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica - 20. Carência de micronutrientes. Brasília- DF, 2007.
10. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. 2010- Bvms.saúde.gov.br.
11. Ministério da Saúde. Manual técnico de gestação de alto risco. 5ª Ed, 2012.
12. Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília - DF, 2006.
13. Ministério da Saúde. Assistência pré - natal: normas e manuais técnicos.
14. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013.

