



KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ABOUT GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

CONOCIMIENTO DE GESTANTES SOBRE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Viviane Rolim de Holanda¹, Maria Amélia de Souza², Maria Cecília Paulino dos Santos Rodrigues³, Ana Karina Bezerra Pinheiro⁴, Marta Maria Coelho Damasceno⁵

ABSTRACT

Objective: to identify the knowledge of pregnant women with gestational diabetes mellitus about their illness and self-care measures for therapeutic follow-up. **Method:** descriptive study, with analysis of the Collective Subject Discourse. For data collection, a semi-structured interview script was used with recording system, performed from January to March 2011, with ten pregnant women defined by saturation, according to approval by the Committee of Ethics in Research, UFPE (383/10). **Results:** from the analysis of interviews, two categories emerged: Knowledge of pregnant women about gestational diabetes and knowledge about self-care measures for therapeutic follow-up. **Conclusions:** pregnant women showed superficial knowledge about the gestational diabetes and reported difficulties in the dietotherapy follow-up and practice of physical activity, which can influence the promotion of self-care, treatment and control of the disease. **Descriptors:** pregnancy; gestational diabetes mellitus; health education; nursing.

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento de gestantes com diabetes mellitus gestacional sobre a doença e as medidas de autocuidado para o seguimento terapêutico. **Método:** pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, conduzida pelas questões: o que você sabe sobre o diabetes gestacional? O que você sabe sobre os cuidados para o seguimento do tratamento? O estudo foi realizado no Ambulatório da Mulher do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), em Recife-PE, com dez gestantes, definidas por saturação, atendidas no ambulatório de pré-natal, após o atendimento de critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram coletados com gravação durante abril e maio de 2011, que além das questões de pesquisa, aplicou-se um formulário. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e após leituras exaustivas e repetidas, extraíram-se as ideias centrais e as expressões-chave. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), protocolo nº 383/10 e CAAE nº 0382.0.172.000-10. **Resultados:** a partir da análise das entrevistas, emergiram duas categorias: **O conhecimento das mulheres grávidas sobre diabetes gestacional; Conhecimento sobre as medidas de autocuidado para o seguimento terapêutico.** **Conclusões:** as gestantes apresentaram conhecimento incipiente sobre o diabetes gestacional, além de relatarem dificuldades para o seguimento da dietoterapia e prática da atividade física, fato que pode influenciar na promoção do autocuidado, do tratamento e controle da doença. **Descritores:** gravidez; diabetes mellitus gestacional; educação em saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento de gestantes con diabetes mellitus gestacional sobre su enfermedad y las medidas de autocuidado para la continuación terapéutica. **Método:** estudio descriptivo, con análisis del discurso del sujeto colectivo. Para la recopilación de datos se utilizó un guión de entrevista semiestructurada con sistema de grabación, realizada de enero a marzo de 2011, con diez gestantes definidas por saturación, según la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la UFPE (382/10). **Resultados:** a partir del análisis de las entrevistas surgieron dos categorías: El conocimiento de las mujeres embarazadas sobre diabetes gestacional y conocimiento sobre las medidas de autocuidado para la continuación terapéutica. **Conclusiones:** las gestantes demostraron conocimiento superficial sobre la diabetes gestacional y relataron dificultades para la continuación de la dietoterapia y de la práctica de actividad física, hecho que puede influir en el fomento del autocuidado, del tratamiento y el control de la enfermedad. **Descriptor:** embarazo; diabetes mellitus gestacional; educación en salud; enfermería.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEinf) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Assistente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: vivi_rolim@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGEinf da Universidade Federal do Ceará. Professora Assistente da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: souza_mariaamelia@hotmail.com; ³Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: xmariacecix@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora Associado I da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Nível 2. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com; ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: martadamasceno@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A gravidez se constitui em um período ímpar na vida da mulher e da sua família. Essa fase, de modo geral, é marcada pela necessidade de ajustamentos, principalmente no que diz respeito à identidade, à definição de papéis e às informações e práticas educativas para melhor compreensão das alterações do ciclo gravídico-puerperal.¹

Na maioria dos casos, a gestação não apresenta anormalidades, contudo há uma parcela de mulheres, que por terem características específicas ou por sofrerem agravos como a hipertensão arterial ou o diabetes mellitus gestacional (DMG), apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, classificando-se como gestantes de alto risco.²

O DMG é uma condição caracterizada por intolerância a glicose, de graus variados de intensidade, tendo início ou sendo diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.³ Desse modo, as mulheres que apresentam DMG necessitam de atenção diferenciada por parte da equipe multiprofissional, em virtude dos riscos que podem afetar o equilíbrio do binômio mãe-filho. Isso inclui esclarecimentos constantes sobre a doença, o tratamento e, sobretudo, educação em saúde permanente, visando ao autocuidado.

No entanto, a prática clínica tem mostrado que pouco se sabe a respeito do conhecimento que as mulheres com diabetes gestacional têm sobre essa patologia, o seu respectivo tratamento, bem como das medidas de autocuidado praticadas no cotidiano. Fornecer informações de qualidade durante o período gestacional é ação preconizada pelo Programa de Humanização do Pré-Natal, assim, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar a mulher mais partícipe; pode contribuir para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna.

Ao considerar os aspectos mencionados, a pesquisa objetivou identificar o conhecimento de mulheres grávidas com diabetes mellitus gestacional (DMG) sobre essa enfermidade e as medidas de autocuidado para o seguimento terapêutico.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, conduzida pelas seguintes questões norteadoras: o que você sabe sobre o

diabetes gestacional? O que você sabe sobre os cuidados para o seguimento do tratamento?

A pesquisa foi realizada no Ambulatório da Mulher do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), em Recife-PE, por se tratar de instituição de saúde de referência na assistência a pacientes de alto risco e na capacitação de profissionais na área de saúde da mulher no Estado de Pernambuco.

Os sujeitos do estudo foram dez gestantes, atendidas no ambulatório de pré-natal, escolhidas por acessibilidade, considerando o aspecto da voluntariedade. Para tanto, foram utilizados os critérios de inclusão: ter diabetes gestacional; ser atendida no setor de pré-natal da instituição; ter condições físicas e cognitivas para responder à entrevista semiestruturada.

A definição do número de participantes foi realizada por saturação, considerando que o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição.⁴

Os dados foram coletados com auxílio do sistema de gravação durante Abril e Maio de 2011. Além das questões norteadoras, aplicou-se formulário para obtenção de dados socioeconômicos e história reprodutiva.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Após a leitura exaustiva e repetida, extraíram-se as ideias centrais e as expressões-chave que cada uma das gestantes diabéticas apresentou nos discursos. Em seguida, identificaram-se as convergências existentes entre as expressões-chave, para surgimento do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).⁵ Dessa forma, os dados foram agrupados em duas categorias: conhecimento das mulheres grávidas sobre diabetes gestacional e conhecimento sobre as medidas de autocuidado para seguimento terapêutico.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), segundo protocolo nº 383/10 e CAAE nº 0382.0.172.000-10. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

Entre as gestantes investigadas, predominou a faixa etária entre 25 e 35 anos. Quanto às atividades laborativas, cinco

Holanda VR de, Souza MA de, Rodrigues MCPS et al.

estavam inseridas no mercado de trabalho e as demais eram do lar. Com relação ao grau de instrução, quatro concluíram o ensino médio completo e quatro não; e duas não completaram ensino fundamental. Acerca da situação conjugal, três eram casadas e as demais viviam em união estável.

Em relação aos dados gineco-obstétricos, predominou paridade com média de um a dois partos, sendo a maioria de partos normais. Seis não relataram abortamento, três sofreram abortos espontâneos e uma, aborto induzido. Três apresentaram diabetes gestacional em gravidez anterior, duas tiveram filhos macrossômicos. Em relação aos antecedentes familiares, oito tinham histórico familiar de diabetes.

A presença de um ou mais dos fatores de risco, entre eles, história familiar de diabetes em parentes de 1º grau, obesidade, antecedente de diabetes gestacional, glicosúria e macrossomia fetal, identifica, de forma incontestável, grupo de alto risco para o desenvolvimento do diabetes gestacional.⁶

Além disso, dentre os principais determinantes da macrossomia, destacam-se a idade materna avançada, a multiparidade, a obesidade pré-gestacional, além do ganho de peso gestacional excessivo. A ocorrência de macrossomia tem sido associada ao aumento no risco de cesáreas, trauma no parto e à morbidade infantil, especialmente quando associada ao diabetes gestacional.⁷

Sobre a gestação atual, oito gestantes tinham mais de seis consultas, em conformidade com o preconizado para o atendimento pré-natal. Quanto ao estado nutricional, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), cinco gestantes eram obesas, três tinham sobrepeso e duas estavam com o peso adequado. Dessas pacientes, nove seguiam dieta com restrição de açúcar e sal. A ocorrência de sobrepeso e/ou obesidade demonstra associação entre obesidade e DMG. O ganho de peso excessivo durante a gravidez se constitui como fator de risco para o diabetes mellitus gestacional e macrossomia.⁸

Uma gestante fazia uso de insulina Neutral Protamine de Hagedorn (NPH). Cinco gestantes apresentavam histórico de internação hospitalar em decorrência da DMG, e cinco gestantes tinham alguma enfermidade (toxoplasmose, displasia óssea e hipertensão arterial) associada ao DMG.

♦ Categorias selecionadas

● DSC 1 - Conhecimento das mulheres grávidas sobre diabetes gestacional

Knowledge of pregnant women about gestational...

No meu ponto de vista o bebê fica gordo, e entendo que não pode comer açúcar nem frutas que tem açúcar, nem massa que também vira açúcar no sangue [...]. É açúcar no sangue, agora a gestacional entendo que ela é só na gestação, depois que tem o menino passa [...] Depois que eu tiver o bebê eu não vou ter mais essa diabetes. Mas vou continuar na dieta, não tanto rigorosa como eu estou fazendo, só que vou ter mais cuidado porque na minha família tem minha avó que morreu de diabetes.

Ao analisar as falas de cada gestante, foram observados: contexto de vida, englobando cultura, crenças, costumes, valores, os quais influenciaram diretamente nos resultados do conhecimento e seguimento do tratamento do DMG.

O DSC 1 sinalizou conhecimento insatisfatório das gestantes investigadas sobre a doença, limitando-se à necessidade da retirada do açúcar da dieta, caracterizando como doença decorrente do excesso de açúcar no sangue. Ademais, relataram que o bebê nascia com sobrepeso.

A problemática que circunda o diabetes gestacional ultrapassa os aspectos pontuados pelas entrevistadas; essa doença acarreta comprometimento fetal, decorrente primordialmente da hiperglicemia materna, que por difusão facilitada chega ao feto. A hiperglicemia fetal, por sua vez, proporciona produção exagerada de insulina que interfere na homeostase fetal, desencadeando: macrossomia, fetos com tamanhos superiores às suas idades gestacionais (conhecimento apontado pelas entrevistadas), aumento das taxas de cesárea, traumas de canal de parto e distocia (sic) de ombro, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia fetais, distúrbios respiratórios neonatais e óbito fetal intrauterino.⁹

Mediante os resultados, é imperativo salientar que gestantes que desenvolvem DMG, além dos problemas citados, apresentam alto risco de recorrência em futuras gestações e risco de 20% a 40% de desenvolverem diabetes mellitus (DM) tipo 2, em um período de 10 a 20 anos. Contudo, a manutenção de dieta adequada, com controle do peso e prática de atividades físicas regularmente pode ajudar a prevenir o desenvolvimento do DM tipo 2.¹⁰⁻¹¹

Portanto, torna-se necessário uma ação educativa para conscientizar gestantes sobre a importância do conhecimento do DMG como parte integral do cuidado pré-natal, proporcionando melhor convívio com a

Holanda VR de, Souza MA de, Rodrigues MCPS et al.

doença, tornando-as protagonistas do tratamento, com vistas a controlar a doença e suas complicações.¹²

Os profissionais de saúde têm responsabilidades de auxiliar gestantes na prática do autocuidado, instruindo-as sobre a doença, a automonitorização contínua da glicemia, os cuidados pertinentes com a dieta e a prática de exercícios físicos, de modo a garantir mudança de comportamento e participação efetiva no tratamento.

A reflexão e a discussão, em programas de intervenções educativas, de aspectos relacionados com os efeitos deletérios do DMG na vida de mulheres, as conduzirão a maior conscientização sobre os benefícios que os cuidados pré e pós-diagnóstico trazem, como formas de evitar danos físicos ao binômio - mãe-filho.

Conhecer e reconhecer a doença como elemento que poderá interferir fisicamente na saúde, implicando em limitações a curto e médio prazo, poderá levá-la a adoção de comportamentos preventivos, a partir do grau de ameaça que percebe da realidade em que vive.

Os estudos, na literatura nacional, sobre atitude e conhecimento da gestante com diabetes mellitus ainda são escassos.¹³⁻¹⁴ O conhecimento é um processo contínuo, uma vez que a pessoa em condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem em seu organismo para enfrentá-las em seu cotidiano e obter qualidade de vida.¹⁵

Contudo, reconhece-se que o conhecimento sobre a doença é imprescindível na prevenção de complicações, na realização do autocuidado e na manutenção do controle metabólico.

● DSC 2- Conhecimento sobre as medidas de autocuidado para o seguimento terapêutico

Sei que tenho que seguir algumas regras [...] na dieta: não comer açúcar, não comer sal, e não comer coisa muito doce, massa, trigo, pão só centeio ou pão dormido, tomar muito líquido. Estou comendo assim porque estou fazendo bem pra ela, e estar fazendo bem pra ela é fazer bem pra mim também [...] Quem mora em subúrbio é difícil encontrar um leite desnatado, um pão integral... acaba logo, acaba cedendo a comer outros alimentos [...] Quando você está internada aí vem tudo pronto, mas em casa você tem que fazer a sua comida diferenciada e ainda fazer a comida dos outros. É difícil, mas estou me segurando,

Knowledge of pregnant women about gestational...

seguindo a risca [...] Estou fazendo caminhadas e alongamentos, mas nem todos os dias. Estou repousando bastante porque a médica disse que fazia mal estar fazendo muita coisa que podia acelerar o metabolismo.

O seguimento terapêutico do diabetes gestacional requer mudança de hábitos alimentares, prática regular de exercícios físicos, controle glicêmico e aplicação de insulina. Para tanto, urge aquisição de conhecimentos sobre a doença.

No DSC 2, as informações sobre os cuidados foram superficiais e enfocaram a dieta sob a perspectiva da preocupação com o bem-estar da criança e não retrataram o entendimento sobre as recomendações dos profissionais do serviço para seguimento terapêutico.

Ao se expressarem sobre o conhecimento dos cuidados prescritos, o modelo assistencial recebido deveria se pautar na participação ativa da paciente para o tratamento, esse achado corrobora estudo que buscou por aprender as representações sociais sobre os cuidados prestados às pessoas com diabetes mellitus.¹⁶

Estudo desenvolvido na cidade de Fortaleza que investigou o autocuidado em gestantes diabéticas teve como achados déficits relacionados à dieta, atividade física, ao sono e repouso, e interação social, estando associados a não incorporação da gestante diabética ao tratamento e às condutas inerentes ao estilo de vida saudável, com influência de fatores externos, como nível socioeconômico, medos e ansiedade, indisponibilidade de tempo e indisposição para atividades físicas, má conciliação do sono e humor alterado.¹⁷

O autocuidado deve ser entendido como apreensão das necessidades de saúde individuais que pode sustentar e garantir a finalidade da vida.¹⁷ Nesse sentido, as gestantes precisam de apoio de profissionais de saúde. A prática do enfermeiro, quando centrada no cenário da educação em saúde, conduz ao aprendizado eficaz do autocuidado, proporcionando melhor qualidade de vida a essas mulheres.

No DSC 2, evidenciou-se preocupação das gestantes com a alimentação, as quais tentaram seguir dieta orientada. O tratamento inicial do DMG deve incluir a prescrição de dieta balanceada que permita o ganho de peso adequado, de acordo com o estado de nutrição individual da paciente, avaliado pelo IMC.¹⁸

Contudo, as gestantes entrevistadas

Holanda VR de, Souza MA de, Rodrigues MCPS et al.

enfrentavam dificuldades relacionadas a fatores socioeconômicos, que prejudicava o seguimento das recomendações dos profissionais de saúde. Esse fato também foi descrito em outro estudo que apontou que o não seguimento da dieta prescrita, ingerindo maior quantidade de calorias, faz com que mulheres estejam sujeitas a hiperglicemia ou hipoglicemia severa. A modificação da dieta é fator fundamental para o controle dos níveis glicêmicos na gestante diabética e considerada como aspecto importante do tratamento.¹⁷

A dieta deve ser composta por 35-40% de carboidratos, 20-25% de proteínas e 35-40% de lipídios. Mesmo em pacientes obesas, a restrição calórica deve ser instituída de maneira cautelosa, em virtude da susceptibilidade de gestantes diabéticas à desnutrição proteica. Essa situação tem sido implicada no desenvolvimento de macrosomia e ocorrência futura de diabetes tipo 2 no feto.¹⁹

Outra medida de autocuidado para o seguimento terapêutico do DMG é a prática da atividade física, que deve ser estimulada de forma cautelosa. Considera-se segura quando não é extenuante, não causa estresse fetal ou contrações uterinas. As pacientes que praticavam exercícios físicos antes da gestação devem continuar a praticá-los. Para sedentárias e/ou obesas, recomendam-se exercícios aeróbicos, como caminhadas e hidroginástica, com início gradual e, se possível, supervisionados.¹⁹

A atividade física regular aliada à dieta tem como objetivo principal diminuir a intolerância à glicose através do condicionamento cardiovascular, que gera aumento da ligação e afinidade da insulina ao seu receptor através da diminuição da gordura intra-abdominal, aumento dos transportadores de glicose sensíveis à insulina no músculo, elevação do fluxo sanguíneo em tecidos sensíveis à insulina e redução dos níveis de ácidos graxos livres. Além disso, o consumo muscular é responsável pela retirada de 75% da glicose sanguínea.²⁰

Percebeu-se em algumas gestantes melhora dos controles glicêmicos e da hemoglobina glicosilada, após três semanas, com dieta e programa de exercícios assistidos durante 20 minutos, em três sessões semanais, quando comparadas às outras que apenas seguiam dieta.²⁰

Para as gestantes que não obtêm controle glicêmico por meio do tratamento não farmacológico, faz-se necessária a introdução

Knowledge of pregnant women about gestational...

de insulinoterapia, sendo essa prática definida por meio da avaliação clínica.¹⁹

Acrescente-se que a educação em saúde, se for centrada em modelo participativo e dialógico, valoriza as trocas interpessoais e proporciona aceitação da doença, aquisição de conhecimento, melhora no autocuidado e na qualidade de vida. Pode ser realizada por meio de folhetos informativos, dinâmicas de grupos, oficinas temáticas, conversas informais, entre outras, com intuito de se garantir um cuidado individualizado e multiprofissional para os sujeitos envolvidos.²¹

O enfermeiro tem papel fundamental no pré-natal, podendo atuar em ações educativas, conscientizando mulheres quanto ao autocuidado. O enfermeiro obstetra deve estar inserido em equipes de saúde, uma vez tem conhecimento aprofundado sobre o cuidar do DMG e preparo especializado na área obstétrica. Devendo, entretanto, trabalhar em conjunto com equipe multidisciplinar, pois cada membro tem contribuição no atendimento dessas mulheres e, conseqüentemente, essas práticas devem ser complementares.¹⁸

Nessa perspectiva, a educação em saúde é fundamental para que se proporcione a essas mulheres aprendizado que forneça condições para o autocuidado, principalmente no que se refere a tornar efetivas as medidas necessárias para o convívio com o diabetes mellitus gestacional.

CONCLUSÃO

As gestantes relataram informações superficiais sobre o diabetes gestacional, fato que pode influenciar na promoção do autocuidado, no tratamento e controle da doença.

O acompanhamento pré-natal é oportunidade para que gestantes recebam orientações sobre o DMG, devendo ser informadas sobre os principais aspectos, a importância da dieta, a prática de exercícios físicos, além de discutir dificuldades vivenciadas, para que possam enfrentá-las durante o seguimento do tratamento.

Recomenda-se reiterar práticas de educação em saúde por profissionais no local da pesquisa quanto aos pontos encontrados, a fim de reconhecer dificuldades encontradas por usuárias do serviço e necessidades de mudanças para efetivação do cuidar integral.

Em face do exposto, esse estudo contribui para reflexão crítica da atuação do enfermeiro, como membro da equipe de

Holanda VR de, Souza MA de, Rodrigues MCPS et al.

saúde, para implementação de ações de educação em saúde para promoção do cuidado às gestantes. Com efeito, é estratégia útil para abordar o autocuidado, agindo diretamente sobre as mulheres, por meio de grupos educativos ou em consultório, para fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre o DMG.

Portanto, os resultados apresentados deverão potencializar planejamento de estratégias de educação em saúde inovadoras focalizadas no déficit de entendimento dessas mulheres, de modo a exercer assistência de qualidade para promoção da saúde da mulher e do conceito.

REFERENCIAS

1. Holanda VR. A contribuição da Terapia Comunitária para o enfrentamento das inquietações das gestantes [dissertation]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 1999.
4. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 08]; 24(1):17-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008000100003&script=sci_arttext
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2000.
6. Ayach W, Calderon IMP, Rudge MVC, Costa RAA. Associação glicemia de jejum e fatores de risco como teste para rastreamento do diabetes gestacional. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005; 5(3):329-35.
7. Kac G, Velásquez-Meléndez G. Ganho de peso gestacional e macrosomia em uma coorte de mães e filhos. J Pediatr. 2005; 81(1):47-53.
8. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. Rev Saúde Pública [Internet]. 2001 [cited 2012 Jan 08];35(6):502-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102001000600002&script=sci_arttext
9. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2011.
10. MacNeill S, Dodds L, Hamilton DC, Armson BA, VandenHof M. Rates and risk factors for recurrence of gestational diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2001 [cited 2012 Apr 08];24(1):659-62. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/4/659.full>
11. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2004 [cited 2012 Apr 08];27(Suppl 1):88-90. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s103.full
12. Biral AM, Cardoso PM, Grunspan S. A importância do educador em diabetes mellitus. Diabetes Clínica. 2005; 9(3):193-9.
13. Gimenes HT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Otero LM. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. Ciênc Cuid Saúde. 2006; 5(3):317- 23.
14. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Schall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo individual no programa educativo em diabetes. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 08];43(2):291-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto - enferm [Internet]. 2007 [cited 2012 Feb 08]; 16(1):105-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
16. Sales ZN, Alves MDS, Paiva MS, Damasceno MMC. Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus. Rev Saúde Com. 2010; 6(2):2-8.
17. Landim CAP, Milomens KMP, Diógenes MAR. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(3):374-81.
18. Moretto VL. Gestantes portadoras de diabetes: características e vivências durante a gestação [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

2001.

19. Montenegro Júnior RM, Paccola GMFG, Sales CMFAPM, Montenegro APDR, Jorge SM, Duarte G, et al. Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas, no HC-FMRP-USP, no período de 1992-1999. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2001 [cited 2012 Feb 10]; 45(5):467-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302001000500010&script=sci_arttext

20. Maganha CA, Vanni DGBS, Bernardini MA, Zugaib M. Tratamento de diabetes melito gestacional. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2004 [cited 2011 Dec 10];49(3):330-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300009

21. Cosentino SF, Hesler LZ, Küster DK, Lunkes ÂCD, Rodrigues MGS, Ruzin SC. Health group education as a strategy to improve quality of life for diabetics. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2010 Apr 12];4(3):1426-31. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1006>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2012/05/11

Last received: 2012/06/18

Accepted: 2012/06/18

Publishing: 2012/07/01

Corresponding Address

Viviane Rolim de Holanda
Rua Antonio Assunção, 480, Ap. 401B
Jardim Cidade Universitária
CEP: 58052-230 — João Pessoa (PB), Brazil

Portuguese/English

Rev enferm UFPE on line. 2012 July;6(7):1648-54