

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Karina Carvalho de Brito, Pollyanna S. Dantas de Lima, Alice da Cunha Morales Álvares, Haline Gerica Alvim, Clézio Rodrigues de Carvalho Abreu

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome decorrente da deficiência absoluta de insulina e/ou da incapacidade desta de exercer de forma adequada seus efeitos caracteriza-se por hiperglicemia (FRANÇA, 2007; VALLADARES, 2008). A gestação traz mudanças significativas no organismo das mulheres, uma delas é o aumento da produção de hormônios, principalmente o hormônio lactogênio placentário, que pode prejudicar - ou até mesmo bloquear - a ação da insulina materna. Para a maioria das gestantes isso não chega a ser um problema, pois o próprio corpo compensa o desequilíbrio, aumentando a produção de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O Diabetes Gestacional é o estado de intolerância à glicose durante a gravidez, que envolve tratamentos com dietas, uso contínuo de medicamentos, normalmente associados a outros medicamentos de patologias similares, que aumenta as chances de ocorrência de interações medicamentosas e problemas relacionados com os medicamentos e alimentação, sendo de grande valia a intervenção da atenção farmacêutica.

A atenção farmacêutica voltada ao DG torna-se muito importante por meio da orientação profissional sobre o uso dos medicamentos, seu modo de preparo, aplicações e higiene pessoal, dentre outros. Onde o profissional farmacêutico consegue aumentar a eficácia terapêutica e melhorar a qualidade de vida do paciente. Desta forma, o presente artigo visa realizar uma revisão literária quanto a paciente portadora de diabetes gestacional, devido ao aumento da incidência nos últimos tempos e pelas complicações clínicas e correlacionar com as possíveis complicações clínicas que podem ocorrer por

descaso ou descuido dos profissionais de saúde, principalmente quanto à atenção farmacêutica.

DIABETES GESTACIONAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o primeiro país da América do Sul em prevalência de DM em 2000, com 4553.000 de indivíduos, e a projeção para 2030 é de chegar a 11.305.000 indivíduos. Em 2006, a estimativa da prevalência de DM no Brasil era de 12%. O aumento dos casos totais tem embutido, também, o acréscimo de casos totais de diabetes na gestação (IBGE, 2008).

O DM não é uma única entidade, mas um grupo de desordens metabólicas que apresenta uma característica em comum, a hiperglicemia. A hiperglicemia na diabetes ocorre devido a defeitos na secreção da insulina, na sua ação ou, o que é mais frequente nas duas. A hiperglicemia crônica e a desregulação metabólica resultante podem estar associadas a danos secundários em vários órgãos especialmente: rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos (ROBBINS; COTRAM, 2005).

O DM associada à gravidez classifica-se como diabetes pré-gestacional (incluindo o diabetes tipo 1 e o tipo 2 identificado antes da gravidez). O diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como intolerância à glicose de intensidade variável, detectada, pela primeira vez, durante a gestação (METZGER & COUSTAN, 2008).

No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional (DG) em mulheres com mais de 20 anos atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentados apenas tolerância diminuída à glicose e 6% tinham casos de hiperglicemia fora da gravidez. A prevalência do diabetes tipo 2 vem crescendo de forma epidêmica. Nas Américas estima-se que 35 milhões de diabéticos. No Brasil, um estudo populacional multicêntrico, realizado em 9 capitais brasileiras, demonstrou que a prevalência de diabetes gestacional, que é de causa exata desconhecida, teve considerável aumento (VALLADARES, 2008).

Esse distúrbio é uma das complicações mais comuns da gestação, com uma prevalência de 2 a 15%, dependendo da população estudada e dos critérios diagnósticos utilizados (MONTENEGRO, 2000; VALLADARES, 2008).

O diabetes gestacional (DG) ou diabetes mellitus gestacional (DMG) pode ser definido como qualquer grau de intolerância à glicose e com início ou primeira detecção durante a gravidez. Pode ocorrer em 1 a 14% das gestações e, em geral, é diagnosticado na segunda metade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Na gravidez, duas situações envolvendo a diabetes podem acontecer: a mulher que já tinha diabetes e engravida e o diabetes gestacional. O diabetes gestacional é a alteração das taxas plasmática de glicose detectada pela primeira vez na gravidez (MONTENEGRO & REZENDE, 2008).

Apesar de o diabetes gestacional ser considerado uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados médicos e o envolvimento da gestante possibilitam que a gestação corra tranquilamente e que os bebês nasçam no momento adequado e em boas condições de saúde (CORRÊA, 2004).

FISIOPATOLOGIA DO DIABETES GESTACIONAL

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, podendo ser de início ou diagnosticada durante a gestação. Sua fisiopatologia é explicada pelo aumento dos hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O hormônio lactogênico placentário é o principal responsável pela resistência à insulina durante a gravidez, embora hoje se saiba que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (MUSSUCATTI; PEREIRA; MAIOLI, 2012).

Os níveis de estrógeno e progesterona produzidos pela placenta aumentam na gestação e são responsáveis, em parte, pelas alterações do

metabolismo glicídico materno. Desse modo, o estrógeno age como antagonista à insulina e a progesterona também afeta o metabolismo da glicose, agindo como antagonista da insulina, diminuindo sua eficácia nos tecidos periféricos. O cortisol está aumentado no final da gestação, e atua reduzindo a sensibilidade tecidual à insulina. Eleva os níveis glicêmicos estimulando a gliconeogênese dos aminoácidos e antagonizando a ação da insulina no músculo e no tecido adiposo (PADILHA et al., 2010).

A gestação é uma condição que naturalmente predispõe à resistência à insulina (RI) e seu propósito é disponibilizar nutrientes preferencialmente para o feto. Esta RI pode ser resultado de uma combinação do aumento da adiposidade materna, ingestão calórica e dos efeitos de diminuição da sensibilidade à insulina causada pelos hormônios placentários, como o LPH, lactogênio placentário humano, que se apresenta sob níveis crescentes a partir do segundo trimestre e é o maior responsável pela RI (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009; GOLBERT, 2008). Na gestação estão também aumentados cortisol, estrógenos, progesterona e prolactina que também diminuem a sensibilidade à insulina (GOLBERT, 2008).

O comprometimento fetal decorre principalmente da hiperglicemia materna, que por difusão facilitada chega ao feto. A hiperglicemia fetal, por sua vez, estimula a produção exagerada de insulina que interfere na homeostase fetal, desencadeando: macrossomia, fetos grandes para a idade gestacional (IG), aumento das taxas de cesárea, traumas de canal de parto e distorcia de ombro, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia fetais, distúrbios respiratórios neonataise óbito intrauterino (MAGANHA et al., 2003).

É preciso que a gestante e a equipe de assistência pré-natal estejam bastante atentos, visto que os sintomas da mulher grávida variam muito de pessoa para pessoa, embora alguns possam ser comuns e mais visíveis, como o excessivo ganho de peso, inchaço, bulimia (comer demais). Ela também pode se queixar de vômitos incontroláveis, sua urina se modifica ou é abundante, visão turva (às vezes, necessitando de óculos temporariamente) e, em alguns casos, a mulher deve ser internada a intervalos regulares e monitorada em ambiente hospitalar (ADA, 2003).

DIAGNÓSTICO DO DIABETES GESTACIONAL

Se diagnosticado cedo o diabetes gestacional, a gestante pode ter uma gravidez tranquila, recebendo orientação especializada e tratamento adequado. Além de realizar uma dieta rigorosa própria para diabéticos para controlar os níveis glicêmicos deve-se monitorá-los constantemente para que permaneçam dentro do padrão de normalidade. Daí a importância da verificação da taxa de açúcar no sangue durante os exames pré-natais, já que é nesta fase que os índices de glicose no sangue da futura mamãe podem estar elevados (MAGANHA, 2003).

De acordo com Corrêa (2004), o diagnóstico pode ser baseado nos resultados do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). A determinação da glicemia deve ser feita em amostras de sangue colhidas em jejum uma, duas e três horas após a sobrecarga. Os valores estabelecidos foram: jejum 105mg/dl; 1 hora 190mg/dl; 2 horas 165mg/dl e 3 horas 145mg/dl. O teste é considerado alterado se dois ou mais destes valores apresentarem-se iguais ou acima dos estabelecidos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2007), quando relata sobre a forma como alcançar o diagnóstico do diabetes baseia-se fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral. A medida da hemoglobina glicada não apresenta acurácia diagnóstica adequada e não deve ser utilizada para o diagnóstico de diabetes.

O DM é uma doença crônica que se caracteriza por alterações no metabolismo de carboidratos de lipídios e de proteínas. Em pacientes que não

apresentam hiperglicemia no jejum, o teste de tolerância à glicose por via oral pode ser usado para o diagnóstico de diabetes, que consiste na determinação dos níveis de glicose sanguínea após um período de jejum e, a intervalos de 30-60 min, por 2h ou mais após o consumo de uma refeição contendo 100 g de glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o diabetes mellitus gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

TRATAMENTO DO DIABETE GESTACIONAL

Maganha et al. (2003), analisam os mais recentes avanços no tratamento do diabetes gestacional, enfatizando pontos importantes na abordagem terapêutica: dieta, exercícios, controle glicêmicos, utilização da insulina, assim como a utilização de hipoglicemiantes orais.

O tratamento do diabetes gestacional tem por objetivo diminuir a taxa de macrossomia – os grandes bebês filhos de mães diabéticas – evitar a queda do açúcar do sangue do bebê ao nascer e diminuir a incidência da cesareana. Para a mãe, além de aumento do risco de cesareana, o diabetes gestacional pode estar associado à toxemia, uma condição da gravidez que provoca pressão alta e geralmente pode ser detectado pelo aparecimento de um inchaço das pernas, mas que pode evoluir para a eclâmpsia, com elevado risco de mortalidade materno-fetal e parto prematuro (CORRÊA, 2004).

Aproximadamente 15% das gestantes com DG necessitam da insulino-terapia, devendo ser utilizada a insulina humana. As doses são ajustadas de acordo com os resultados das glicemias subsequentes (DORNHORST; GIRLING, 1995). Os hipoglicemiantes orais não devem ser prescritos durante a gestação (Dornhorst; Girling, 1995).

Os análogos da insulina, também não são indicados ainda por não haver comprovação da sua segurança terapêutica, entretanto estudos recentes apontam que a glibenclamida e o análogo da insulina – lispro possam ser utilizados (REICHELDT; OPPERMANN; SCHMIDT, 2002). A atividade física deve fazer parte do quadro de tratamento do diabetes gestacional. Sendo recomendado exercícios com os membros, a fim de evitar o estresse mecânico do tronco e possíveis danos ao bebê (Pedersen, Beck-Nielson e Hending, 1980).

Reichelt, Oppermann e Schmidt (2002) afirmam que as gestantes que já praticavam exercícios diariamente podem manter as atividades físicas habituais, entretanto as pacientes sedentárias devem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares. Em todos os casos, os exercícios de grande esforço ou que predisponham à perda de equilíbrio não devem ser realizados. Episódios de bradicardia fetal têm sido relatados durante o exercício da gestante. A mãe deve ser orientada a palpar seu útero durante a prática do exercício físico para tentar detectar contrações e, se estas ocorrerem, o exercício deve ser suspenso. Incluem nas contra-indicações sangramento vaginal, doenças cardíacas, hipertensão, obesidade extrema, placenta prévia e retardo do crescimento intra-uterino (PEDERSEN; BECK-NIELSON; HENDING, 1980).

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO DIABETES GESTACIONAL

A atenção farmacêutica tem como prioridade a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos. Estima-se que a atenção é uma maneira de buscar e resolver todos os problemas relacionados com o uso de medicamentos que possam surgir durante o tratamento do paciente e seus objetivos e responsabilizar-se interinamente com o paciente para que o medicamento prescrito pelo médico obtenha o efeito desejado (FLORES, 2005, apud FAUS; MARTINEZ, 1999).

Tendo conhecimento quanto às reações adversas aos medicamentos (RAMs), tentando saná-las de imediato. Portanto atenção farmacêutica

presume a prática profissional sendo que o paciente é o único beneficiado, o conceito resume-se em um conjunto de atitudes, comprometimento, responsabilidades, conhecimentos e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, visando atingir os resultados desejados para a saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente (FLORES, 2005, apud FAUS; MARTINEZ,1999).

A justificativa em implantar um serviço de Atenção Farmacêutica que atenda esses pacientes dá-se pelo fato de que esta doença é um dos mais importantes problemas de saúde pública, pois estas pessoas estão sujeitas a Problemas Relacionados a Medicamentos – PRMs, pela falta de orientação quanto ao uso racional dos medicamentos, complicações, controle da doença e interações medicamentosas e alimentares entre outras (MARTINS B,C, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS 2002) abrange o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade reconhecendo a relevância da participação do farmacêutico junto com a equipe de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde (MARTINS B,C, 2006).

Demonstra-se que a atenção farmacêutica, mais voltada e capaz de atingir as necessidades individuais do usuário, tendo melhoria na adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente racionalizar o uso de recursos em medicamentos e tratamentos de co-morbidades causadas pela baixa adesão (MARTINS B,C, 2006).

Porem na atenção menos efetiva foi às relacionadas com mudanças de hábitos de vida, exemplos: alimentação e atividade física, o tratamento do diabetes envolve modificações principalmente no estilo de vida do paciente, as quais incluem abstenção do fumo, aumento da atividade física e reorganização da dieta e, quando necessário, o uso de medicamentos hipoglicemiantes (MARTINS B,C, 2006).

A atenção farmacêutica ao paciente diabético consiste em diversos conhecimentos que se ampliam além da farmacologia dos agentes antidiabéticos. Reconhecendo que se trata de uma doença crônica, multifatorial e progressiva, ou seja, cada paciente necessita de uma avaliação individual do

seu estado de saúde para assim escolher o tratamento mais adequado. Nessa avaliação devem-se levar em conta aspectos socioculturais do paciente, visto que é essencial educá-lo para que ele se transforme no principal agente do seu tratamento (HILDEBRANDO,M,2008).

O DMG é caracterizado pelo seu início ou seu primeiro reconhecimento durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. É a doença que mais acomete durante a gestação, sendo responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente devido aos fetos macrossômicos e a presença de malformações fetais. A incidência de anomalias congênitas em crianças de mães diabéticas está relacionada com a presença de níveis aumentados de glicose no início da gestação (GOLBERT, 2010).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (GONÇALVES, 2004). Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos (GOLBERT & CAMPOS, 2008).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (NOGUEIRA; DAVIS-FLOYD, 2003).

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Um novo paradigma na atenção à saúde da mulher deve ser investigado por profissionais de saúde com bases programáticas à assistência integral à saúde da mulher (COSTA, 2002).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções

desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (SOARES et al., 2005; GOMES, 2009).

À semelhança do que é feito para os outros tipos de diabetes, o tratamento do diabetes gestacional inclui dieta individualizada e prática de atividade física e, quando indicado, o uso de medicação. A prescrição de dieta e de atividade física constitui-se na etapa inicial e, se as metas glicêmicas preconizadas não forem alcançadas em duas semanas, o tratamento farmacológico é instituído (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). O que afirma a importância da inclusão da assistência nutricional e farmacêutica para os casos de diabetes gestacional no programa pré-natal.

É fundamental ter em mente que na ocasião da atenção farmacêutica ao paciente diabético, rotineiramente será solicitado ao farmacêutico opiniões a respeito de exames laboratoriais. Parâmetros de diagnóstico e de controle, do DM, permitem identificar indivíduos tratados de maneira errada como “diabéticos” e também, detectar pré-diabéticos ou diabéticos não tratados. A maioria dos pacientes possui um cartão de registro para o controle da glicemia (HILDEBRANDO, M, 2008).

O diabético, por mais controlado que esteja, poderá manifestar pelo menos algum nível glicêmico acima do normal. Se um paciente apresentar, constantemente, valores normais de glicemias e hipoglicemias o farmacêutico deverá suspeitar, inclusive do diagnóstico. Na prestação da atenção farmacêutica ao paciente diabético não cabe ao farmacêutico receitar nenhum plano alimentar individualizado (HILDEBRANDO, M, 2008).

A atenção Farmacêutica colocada no PSF (Programa de Saúde da Família) mostra bons resultados na equipe multidisciplinar. Várias ocorrências de PRM (Problemas relacionados aos medicamentos) demonstrando uma grande carência da presença do profissional farmacêutico no PSF, para orientações quanto ao uso racional do medicamento, complicações, controle da doença, interações medicamentosas e alimentares, dentre outras. Os

resultados encontrados mostram a importância da participação do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico do paciente para sua melhor e maior qualidade de vida (MACEDO, et al , SOUSA, 2005).

O interesse em implementar o exercício da Atenção Farmacêutica (AF) em (PSF), dando ênfase aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), tem como base o fato de que esta doença é um dos mais importantes problemas da saúde pública brasileira, devido ao seu grande potencial de morbimortalidade e ao grande número de pessoas portadoras (MACEDO, et al, SOUSA, 2005).

Os principais fatores relacionados a problemas de saúde a partir de medicamentos são: erros de prescrição, dispensação, administração, etc, pois esses erros são praticamente rotineiros e causam graves problemas a saúde pública. A participação da Atenção Farmacêutica contribui na diminuição podendo evitar todos os problemas acima relacionados, pois ajuda na cura ou na prevenção de uma doença, na redução da sintomatologia do paciente, interrupção ou diminuição do processo patológico, enfim, auxilia no tratamento, detectando e evitando efeitos adversos e interações medicamentosas (MACEDO, et al , SOUSA, 2005).

Estudos apontam que a participação ativa do farmacêutico, por meio da atenção farmacêutica aos pacientes diabéticos, favorece a aderência à medicação, pois através da orientação individual do paciente e o acompanhamento terapêutico, diminui o número de reações adversas ao uso dos hipoglicemiantes (OLIVEIRA, et al, LEITE, 2004).

Sendo assim o farmacêutico o profissional mais capacitado para preparar e dispensar medicamentos, responsável pela orientação e o acompanhamento do tratamento farmacológico. Esse comprometimento com o bem estar dos pacientes, associado a ações concretas na prevenção e promoção da saúde, demonstra o importante papel farmacêutico em sua função no sistema de saúde. (OLIVEIRA, et al, LEITE, 2004).

CONCLUSÃO

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica que pode ser diagnosticada em diferentes faixas etárias, apresenta variados fatores que influenciam o seu surgimento e grau de comprometido. Um dos períodos em que o diabetes *mellitus* pode surgir e trazer sérias consequências pelos comprometimentos que acarreta, é durante o ciclo gravídico.

Tanta a gestante que já tenha o diagnóstico, quanto àquelas em que as alterações glicêmicas surgem no decorrer da gravidez, necessitam de acompanhamento rigoroso da atenção farmacêutica durante o pré-natal, pois as consequências da intolerância à glicose, ou do diabetes *mellitus* podem trazer consequências adversas para a mãe, para o bebê ou ainda para ambos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES *MELLITUS*: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* / DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005:104P.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES *MELLITUS*: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* / DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:104P.

CORRÊA, F.H. DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE. *ADOLESCÊNCIA & SAÚDE*, V.1, Nº 2, 2004.

COSTA, A.M. DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO PAISM NO BRASIL, IN: GIFFIN, K., COSTA, S.H., ORGANIZADORES. *QUESTÕES DA*

SAÚDE REPRODUTIVA. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ; 2002. P. 319-35.

NOGUEIRA, A.T. RESUMO E TRADUÇÃO DO TEXTO ORIGINAL EM: ROBBIE DAVIS-FLOYD. "THE TECHNOCRATIC, HUMANISTIC, AND HOLISTIC PARADIGMS OF CHILDBIRTH". IN: INTERNACIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANIZATION OF CHILDBIRTH. FORTALEZA, BRAZIL, 2-4 NOVEMBER 2003, PP. 5-23.

FRANÇA, N.M. DE. PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA VIDA. BRASÍLIA: UNB, 2007.

GONÇALVES, M.K. MORTALIDADE MATERNA. J REPROD MED, 46:427-33, 2004.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M.A.A. DIABETES MELITO TIPO 1 E GESTAÇÃO. ARQ BRAS ENDOCRINOL METAB., 52:307-14, 2008.

MAGANHA, C.A.; VANNI, D.G.B.S.S, BERNARDINI, M.A.; ZUGAIB, M. TRATAMENTO DO DIABETES GESTACIONAL. REV ASSOC MED BRAS 2003; 49(3): 330-4.

METZGER, B.E.; COUSTAN, D.R. ANAIS DO IV WORKSHOP NACIONAL-CONFERÊNCIA SOBRE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. DIABETES CARE 21: B1-B167, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

MONTENEGRO, JR.R.M.; PACCOLA, G.M.G.F.; FOSS, M.C.; TORQUATO, M.T.C.G.; YANO, R.K.; FILHO, F.M.; NOGUEIRA, A.A.; BEREZOWSKI, A.T.; DUARTE, G. PROTOCOLO DE DETECÇÃO, DIAGNÓSTICO E

TRATAMENTO DO DIABETES *MELLITUS*, NA GRAVIDEZ. MEDICINA, RIBEIRÃO PRETO, 33: 520-527, 2000.

PADILHA, P.C. ET AL. TERAPIA NUTRICIONAL NO DIABETES GESTACIONAL. REV. NUTR., VOL.23, N.1 ISSN 1415-5273, 2010.

SOARES, E.A.; PORTELLA, E.S.; SANTOS, C.R.B.; AVILA, S.S. O ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: AVALIAR A QUALIDADE DA DIETA EM DIABÉTICOS TIPO 2. CLIN. NUTR., V.24, N.4, P.652, 2005.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES 2002: DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELITO – RIO DE JANEIRO: DIAGRAPHIC, 2002.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DIRETRIZES: TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES *MELLITUS*. RIO DE JANEIRO: DIAGRAPHIC, 2007.

SBD – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. DIRETRIZES: TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES *MELLITUS*. 3ª EDIÇÃO. SÃO PAULO, 2009.

VALLADARES, C.G., KOMKA, S.B. PREVALÊNCIA DE DIABETES *MELLITUS* GESTACIONAL EM GESTANTES DE UM CENTRO DE SAÚDE DE BRASÍLIA - DF. COMUN CIÊNCIAS SAÚDE., 19:11-7, 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. PROGRAMA PARA MAPEAR AS MELHORES PRÁTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA. OMS CUIDADOS PRÉ-NATAIS EXPERIMENTAÇÃO RANDOMIZED: MANUAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO NOVO MODELO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, BRASIL, 2002.

FLORES, M.C. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA. PORTO ALEGRE: UFRS, 2005.20 P.- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

FREITAS, O; PEREIRA. L.R.L. A EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E A PERSPECTIVA PARA O BRASIL. REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS: VOL. 44, OUT/DEZ. 2008.

KOYASHIKI, N; SILVA. C. E.G *ET AL.* PERFIL DE PACIENTES DIABÉTICOS USUÁRIOS DE SULFONILUREIAS. INFARMA, PARANA: V.17, Nº 3/4, 2005.

SBD- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DIABETES 2002: DIAGNOSTICO E CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELITO- RIO DE JANEIRO: DIAGRAPHIC, 2002.

HILDEBRANDO, M. ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE DIABÉTICO. PORTAL FARMÁCIA. RIO DE JANEIRO, DEZ 2008.

ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. DISPONÍVEL EM <[HTTP://WWW.DIABETES.ORG](http://www.diabetes.org)>. ACESSO EM: 12 AGO. 2014.

DORNHORST, A; GIRLING, J.C. MANAGEMENT OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS. N. ENGL. J. MED., V.333, 1281-1282, 1995.

PEDERSEN, O.; BECK-NIELSON, H.; HENDING, L. INCREASED INSULIN RECEPTOR AFTER EXERCISE IN PATIENTS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS. N. ENGL. J. MED., N.303, P.886-892,1980.

REICHELT, A.J.; OPPERMAN, M.L.R.; SCHMIDT, M.I. RECOMENDAÇÕES DA 2ª. REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO EM DIABETES E GRAVIDEZ. ARQ. BRAS. ENDOCRINOL. METAB., SÃO PAULO, V.46, N. 5, P. 574-581, 2002.

LEITE, S.A.O.; P.A.B.; GUSE, C.; DOROCIKI, J.G.; SILVEIRA, M.C;
TEODOROVICZ, E.A. ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE
DIABÉTICO: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO “STAGED DIABETES
MANAGEMENT” EM UM SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO. ARQUIVOS
BRASILEIROS DE ENDOCRINOLOGIA & METABOLOGIA, V.45/5, P.481-
486, 2001.