



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

DISSERTAÇÃO

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Assistência à Grávida com Diabetes Gestacional

Iva Mendes

Leiria, março de 2024



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde
Pública

DISSERTAÇÃO

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública na Assistência à Grávida com Diabetes
Gestacional**

Iva Mendes nº 5210170

Orientador: Professor Doutor Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Leiria, março de 2024

Epígrafe

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos queridos filhos pelos longos anos em que ficaram sozinhos em casa, sem ter os meus carinhos e ao meu esposo e familiares pelo apoio incondicional. Pois sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecer em apenas algumas linhas por todos estes anos não é suficiente para demonstrar a minha gratidão a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este momento.

A Deus pela força, coragem e todas as pessoas que me apoiaram ao longo deste trabalho.

À minha família, principalmente ao meu marido, ao meu filho e às minhas irmãs pelo carinho e dedicação atribuído ao longo dos anos, mas também não podia deixar de dar um obrigado especial ao meu orientador pela ajuda, disponibilidade e dedicação ao longo do trabalho.

E por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os meus amigos pelo companheirismo e paciência e também aos meus colegas pelo tempo disponibilizado juntamente com a sua força de vontade.

RESUMO

A Diabetes, uma doença conhecida como “silenciosa” de evolução lenta, embora não seja uma patologia recente, tem vindo a assumir maior evidência pelo crescimento e impacto verificado mundialmente não só pelo aumento da sua incidência, como também pela sua elevada morbidade e mortalidade. A Diabetes Gestacional (DG) representa aproximadamente 90% de todas as gravidezes complicadas por diabetes, está associada a complicações maternas e a um aumento de morbidade e mortalidade fetais.

Este estudo teve por objetivo analisar as evidências na literatura sobre a assistência de enfermagem com mulheres que apresentaram DG na comunidade. Trata-se de um estudo de síntese de evidência do tipo revisão narrativa da literatura.

A gestação é um processo natural que envolve múltiplas mudanças, tanto fisiológicas, como psicossociais e emocionais. Dentro das mudanças fisiológicas, pode surgir a DG. Neste contexto a intervenção de enfermagem pré-natal e o atendimento comunitário eficiente podem diminuir expressivamente a morbidade e mortalidade materna e fetal.

Concluimos que são importantes para a consciencialização da sua relevância, criar diversas estratégias de intervenção promotoras do aumento dos níveis de literacia em saúde das grávidas com DG.

Na comunidade, para alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno como fetal, nos procedimentos, diagnóstico e tratamento da DG. O enfermeiro como educador, deve orientar a gestante quanto à doença, os seus sintomas e a terapêutica medicamentosa, realizando orientações de hábitos saudáveis, como por exemplo, alimentação e exercícios físicos, elucidar dúvidas durante a evolução da gestação e incentivar a mesma para o autocuidado.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* gestacional; Assistência de enfermagem; Atenção dos cuidados primários de saúde.

ABSTRACT

Diabetes, a disease known as “silent” with slow evolution, although not a recent pathology, has become more evident due to the growth and impact seen worldwide, not only due to the increase in its incidence but also due to its high morbidity and mortality. Gestational Diabetes (GD) represents approximately 90% of all pregnancies complicated by diabetes and is associated with maternal complications and increased fetal morbidity and mortality.

This study aimed to analyze the evidence in the literature on nursing care for women with GD in the community. This is an evidence synthesis study of the narrative literature review type. Pregnancy is a natural process that involves multiple changes, both physiological, psycho-social and emotional. Within the physiological changes, GD may arise. In this context, prenatal nursing intervention and efficient community care can significantly reduce maternal and fetal morbidity and mortality.

We conclude that it is important to create different intervention strategies to increase the health literacy levels of pregnant women with GD to raise awareness of its relevance.

In the community, to achieve balance and well-being, both maternal and fetal, in the procedures, diagnosis and treatment of GD. The nurse, as an educator, must guide the pregnant woman regarding the disease, its symptoms and drug therapy, providing guidance on healthy habits, such as nutrition and physical exercise, clarifying doubts during pregnancy and encouraging self-care.

Keywords: Gestational diabetes mellitus; Nursing care; Primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADA - *American Diabetes Association*

ADO - Antidiabéticos orais

AGJ - Anomalia da Glicemia de Jejum

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

DM1 - Diabetes *Mellitus* tipo 1

DM2 - Diabetes *Mellitus* tipo 2

DMG –Diabetes *Mellitus* Gestacional

EEESCSP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

HbA1c - Hemoglobina glicada

IDF - *International Diabetes Federation*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OND - Observatório Nacional da Diabetes

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOP - Síndrome dos Ovários Policísticos

SPD - Sociedade Portuguesa Diabetologia

TDG - Tolerância Diminuída à Glicose

TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose

ÍNDICE

<i>LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS</i>	8
<i>ÍNDICE DE QUADROS</i>	11
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	12
<i>INTRODUÇÃO</i>	6
<i>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	9
<i>1. A GRAVIDEZ</i>	9
1.1. Fases da Gravidez	9
1.2. Complicações da Gravidez.....	10
<i>2. A DIABETES ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA</i>	11
2.1. Prevalência e Incidência.....	11
2.2. Classificação da Diabetes	13
2.2.1. Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1	13
2.2.2. Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	14
2.2.3. Outros Tipos Específicos	14
<i>3. A DIABETES GESTACIONAL COMO ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</i>	15
3.1. Fisiopatologia da Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional	15
3.2. Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Diabetes Gestacional	17
3.3. Critérios de Diagnóstico da Diabetes Gestacional	18
3.4. Tratamento da Diabetes <i>Mellitus</i> Gestacional.....	20
<i>4. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA</i>	23
<i>CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA</i>	26
<i>1. METODOLOGIA</i>	26
1.1. Questão de Investigação.....	26
1.2. Objetivos	26
1.3. Critérios de Inclusão	27
1.4. Critérios de Exclusão	27
1.5. Estratégia de Pesquisa	27
1.6. Análise dos dados.....	28
1.7. Considerações Éticas.....	28
<i>2. ANÁLISE DOS RESULTADOS</i>	30
<i>3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	34
3.1. Intervenção Especializada do EESCP na Assistência à Grávida com DMG.....	40

3.2.	Impacto dos Determinantes em Saúde na Gestão da Grávida com DMG	44
3.3.	Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados	45
4.	<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	48
	<i>REFERÊNCIAS</i>	50

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Diabetes Gestacional	18
Quadro 2 - Valores de Glicemia em Jejum na primeira Consulta de Vigilância Pré-Natal	19
Quadro 3 - Valores PTGO com 75 g de Glicose às 24-28 semanas de Gestação	20
Quadro 4 - Estratégia Pico.....	26
Quadro 5 - Análise dos Artigos.....	30
Quadro 6 -Intervenção de Enfermagem e Competências do Enfermeiro Especialista.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos	29
--	----

INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito da conclusão de Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento das doenças crónicas nos países industrializados, nos quais se incluem Portugal. Com o aumento da longevidade humana, os avanços da medicina, os hábitos alimentares pouco saudáveis, o sedentarismo e novos estilos de vida adotados, as doenças crónicas foram ganhando terreno revelando-se epidémicas e algumas, como a diabetes, formam verdadeiras pandemias (OND, 2014).

A diabetes, uma doença conhecida como “silenciosa” de evolução lenta, embora não seja uma patologia recente, nas últimas décadas tem vindo a assumir maior evidência pelo crescimento e impacto verificado mundialmente (World Health Organization, 2012). Constitui um grave problema de saúde pública, não só pelo aumento da sua incidência como também pela sua elevada morbidade e mortalidade. Acarreta custos elevados para os utentes e famílias, bem como a nível governamental. Atualmente, estima-se a existência de 537 milhões de pessoas adultas com diabetes (1 em cada 10 adultos). Prevê-se que o número total de pessoas com diabetes aumente para 643 milhões (1 em cada 9 adultos) até 2030 e 784 milhões (1 em 8 adultos) até 2045. Uma em cada cinco pessoas com mais de 65 anos têm diabetes e sendo esta responsável por 11,5% dos gastos em saúde em 2021. Estes dados comprovam que a Diabetes *Mellitus* (DM) é um sério problema de saúde pública e está relacionado com fatores socioeconómicos, demográficos, ambientais e genéticos (International Diabetes Federation, 2021).

No que concerne à gestação, este é um estado fisiológico e temporário que envolve mudanças físicas, sociais, psicológicas e hormonais. Estas alterações podem causar alguns sintomas que são normais e considerados saudáveis quando não impactam na saúde da mulher, do feto ou recém-nascido. Porém, quando ocorre o contrário e essas alterações interferem na saúde dos dois, a gestante será classificada como alto risco, podendo levar ao surgimento de alguns distúrbios, dentre eles a Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) (Amorim et al., 2017).

A diabetes é um dos problemas mais comuns na gestação sendo um problema metabólico que resulta do aumento da glicemia devido ao ganho de peso da gestante. A enfermagem tem um papel essencial na promoção de saúde por conta do seu conhecimento, através deste, contribui com ações efetivas que podem reduzir a mortalidade materna e fetal diante das complicações na gestação e pós-parto, advindos da DMG (Santo Antônio de Jesus, 2019).

Ademais, é importante destacar que esta patologia contribui para o aumento de morbimortalidade perinatal e materna. A hiperglicemia quando não controlada pode trazer complicações à gestante como: pré-eclâmpsia, cesariana, aumento nas chances de desenvolvimento da DM no pós-parto e malformações congénitas. Enquanto o bebê pode nascer de maneira prematura, com crescimento fetal excessivo (macrossomia), morte perinatal e outros (Queiroz et al., 2019).

Nesse contexto, a atuação da equipa de enfermagem pode desempenhar um papel fundamental na assistência à mulher gestante com DMG, especialmente na atenção primária à saúde/cuidados de saúde primários, uma vez que a atuação do enfermeiro é essencial para garantir um acompanhamento adequado e promover o autocuidado da gestante, visando prevenir complicações e promover a saúde da mãe e do bebê, seja no período pré-natal como no pós-parto (Mariano et al., 2021).

O tema selecionado é assim de grande relevância pois a DMG é uma das patologias que afetam as mulheres em todo o mundo. É também uma doença que afeta os meus familiares e eu própria e, por essa razão, perdi um bebê, o que me leva a sentir com maior sensibilidade o sofrimento das outras mulheres.

Sendo assim, passo a afirmar que o tema em estudo tem interesse, quer a nível pessoal, quer a nível académico, como também a nível profissional pois o tema em estudo é de grande relevância, uma vez que todas as mulheres grávidas estão sujeitas a desencadear a DMG, e muitas vezes não sabem lidar com esta situação, nem o que fazer para minimizar as possíveis complicações que podem aparecer durante o processo da gravidez.

A nível académico, pode-se dizer que para além de alcançar os objetivos que é de analisar as evidências na literatura sobre a assistência de enfermagem com mulheres que apresentaram esta patologia na comunidade, através de um estudo síntese de evidência, pretende-se ainda observar através de artigos científicos, a importância da assistência da enfermagem para prevenção e controle, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para

prevenção da DMG durante o pré-natal onde possam adquirir os conhecimentos relativamente ao tema, visto que a temática é pouco explorada a nível académico.

A nível profissional, é importante realçar que este tema é muito importante na área de enfermagem uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde que está diariamente com as gestantes, e na prestação de cuidados com o intuito de proporcionar o bem-estar e uma boa recuperação.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. O enquadramento teórico está organizado em quatro capítulos, o primeiro capítulo reserva-se aos conceitos de gravidez, as suas fases e complicações. O segundo capítulo descreve conceitos da diabetes, classificação da diabetes, conceito de diabetes *mellitus* e os seus vários tipos. Já no terceiro capítulo é abordada a diabetes *mellitus* gestacional, prevalência, fatores de risco, diagnóstico e tratamentos. Finalmente, no quarto capítulo, são abordadas as competências e intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária bem como o modelo teórico de suporte.

Na segunda parte, correspondente à fase metodológica, os objetivos, onde abordam-se as questões de natureza metodológica, tipos de estudo e critérios de exclusão e inclusão, resultados obtidos, discussão onde são abordadas as competências dos enfermeiros especialistas, os determinantes de saúde e a relação com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e conclusões finais da investigação por fim, as referências bibliográficas. Este trabalho foi realizado de acordo com as normas para orientação de trabalhos emanada pela Escola Superior de Saúde de Leiria e das referências APA 6ª edição.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo irão ser abordados diversos itens, uma vez que estes são fundamentais para a compreensão da temática em investigação. Explanar-se-ão temas como a gravidez, Diabetes *Mellitus* (DM), Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), complementando com conceitos, fatores de risco, as fases da gravidez e por fim, uma abordagem sobre a intervenção dos enfermeiros, podendo assim adquirir novos conhecimentos e enriquecer o trabalho na perspetiva de vários autores.

1. A GRAVIDEZ

A gravidez é um período em que o corpo da mulher passa por várias modificações, tanto físicas como emocionais. Estas transformações são rápidas e intensas, pois afetam a sua rotina, e exigem adaptações que pode originar insegurança e ansiedade. A gravidez é o período de cerca de nove meses de gestação nos seres humanos, contado a partir da fecundação e implantação de um óvulo no útero até ao nascimento. Durante a gravidez, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas que sustentam o bebé em crescimento e preparam o parto.

Na gravidez normal ocorrem adaptações metabólicas do organismo materno destinados a proporcionar um ambiente adequado ao normal decurso da gestação. As necessidades do feto tornam procedentes sobre a mãe de forma que a glucose e alguns aminoácidos lhe sejam fornecidos de forma continuada. E isto se consegue através de “(...) uma ação hormonal que promove a diminuição do consumo de glicose e de aminoácidos pelo organismo materno o que se passa a segurar o seu metabolismo energético preferencialmente a custo dos ácidos gordos” (Bonilha & Duarte, 1995, p.82).

A gravidez, quando desejada, é um marco emocionante para a vida de uma mulher, porém nem toda a gravidez é dessa forma e muitas mulheres não vivenciam essa experiência de maneira tranquila, algumas passam por esse período em situação de alto risco, causando sofrimento e apreensão, podendo ser muito prejudicial tanto para a gestante quanto para o feto.

1.1. Fases da Gravidez

No primeiro trimestre, que abrange o período da 1 semana até às 12 semanas de gravidez, o estado metabólico da gestante é manipulado, significativamente, pelos níveis de estrogénio da progesterona que aumentam. Estas hormonas estimulam as células beta do

pâncreas e aumenta a produção de insulina, promovendo um aumento de uso periférico da glicose e diminuindo a glicose sanguínea” (Lowdermlk et al., 2002, p. 608).

O segundo trimestre de gravidez inicia-se nas 13 semanas de gravidez e termina às 26, exatamente quando o bebé se coloca em posição fetal. É neste trimestre que a gestação desenvolve um efeito diabetogénico sobre o metabolismo materno. Por esta razão, ocorrem “(...) as principais mudanças hormonais, há menos intolerância à glicose, maior resistência à insulina, menos reservas de glicogénio e aumento de produção hepática da glicose” (Lowdermilk et al., 2002, p. 608).

No terceiro trimestre, a reta final da gestação começa nas 27 semanas de gravidez e termina no momento do parto. Esta é a mais segura de todas as etapas da gravidez. É por isso que, nesta etapa, a mulher deve começar a preparar tudo o que o bebé vai precisar quando nascer, bem como a sua mala para levar para o hospital e, inclusivamente, a decoração do quarto do bebé. Nestes meses é um período de estabilidade, em que a grávida se sente em excelente saúde, descrita por todos. Aumenta a confiança em si própria e pode surpreender o companheiro com a sua maturidade e segurança. Durante a gravidez acontecem várias reações nas grávidas e elas precisam de confiança, amor e carinho por parte da sua família. Assim a gravidez, além de ser um momento especial para a gestante, torna-se também um momento de grandes expectativas e merece cuidados especiais para que tudo possa acontecer dentro da normalidade.

O parto é a última das etapas da gravidez. Se a gravidez chegou ao final, o momento de dar à luz vai dar-se entre as 39 e as 40 semanas de gravidez, o termo médio de gravidez.

1.2. Complicações da Gravidez

As complicações da gravidez podem afetar qualquer mulher, mas as mais propensas são as que têm algum problema de saúde ou que não seguem corretamente o período pré-natal. Algumas das possíveis complicações que podem surgir na gravidez são:

- **Ameaça de parto prematuro:** Pode ocorrer quando a mulher passa por situações stressantes ou faz muito esforço físico, por exemplo. Os seus sintomas incluem: contrações antes das 37 semanas de gestação e corrimento gelatinoso que pode ou não conter vestígios de sangue (tampão mucoso).

- **Anemia de Ferro na gravidez:** Pode ocorrer se a mulher consumir poucos alimentos ricos em ferro ou sofrer com a má absorção de ferro no intestino, por exemplo. Os seus sintomas incluem: cansaço fácil, dor de cabeça e fraqueza.
- **Diabetes gestacional:** Pode ocorrer devido ao consumo excessivo de açúcar ou fontes de carboidratos. Os seus sintomas incluem: visão turva ou borrada e muita sede.
- **Eclâmpsia:** Pode ocorrer devido ao aumento excessivo da pressão sanguínea causado pela má alimentação e falta de exercício físico. Os seus sintomas incluem: Pressão arterial acima de 140/90mmHg, face ou mãos inchadas e presença de uma concentração anormalmente elevada de proteínas na urina.
- **Placenta prévia:** É quando a placenta recobre parcial ou totalmente a abertura do colo do útero, impossibilitando o trabalho de parto normal. É mais comum em mulheres que possuem miomas. Os seus sintomas incluem: um sangramento vaginal indolor que pode ser de cor vermelho vivo e inicia-se no final da gestação, que pode ser leve ou intenso.
- **Toxoplasmose:** Infecção causada por um parasita chamado *Toxoplasma gondii*, pode ser transmitido por animais domésticos como cães e gatos, e alimentos contaminados. A doença não gera sintomas e é identificada num exame de sangue. Apesar de ser potencialmente grave para o bebé, ela pode ser facilmente evitada com medidas simples de higiene alimentar.

Pode-se evitar estas e outras complicações realizando exames antes de iniciarem as tentativas para engravidar e realizar o pré-natal corretamente. As mudanças do corpo da mulher, cuidados com a sua saúde e alimentação, sexualidade na gravidez, consultas da gravidez, sinais de alerta na gravidez, sinais de início do trabalho de parto, devem ser alvo de vigilância apertada por parte dos profissionais de saúde, especialmente os Enfermeiros. Todas as grávidas têm direito à prestação de cuidados de saúde gratuitos, quer no centro de saúde, quer no hospital mantendo a regularidade na acessibilidade e presença nas consultas.

2. A DIABETES ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

2.1. Prevalência e Incidência

OND (2021) (1) refere uma prevalência estimada mundial de hiperglicemia na diabetes de 16%, sendo 80% de diabetes gestacional. Na Europa é referida uma prevalência de

12,2% atingindo um valor máximo de 20% na América do Norte e Caraíbas. Em Portugal, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 14,1%, isto é, cerca de 1,1 milhões de portugueses neste grupo etário tem diabetes (OND, 2021).

Atualmente, estima-se a existência de 537 milhões de pessoas adultas com diabetes (1 em cada 10 adultos). Prevê-se que o número total de pessoas com diabetes aumente para 643 milhões (1 em cada 9 adultos) até 2030 e 784 milhões (1 em 8 adultos) até 2045. Uma em cada cinco pessoas com mais de 65 anos têm diabetes sendo que diabetes foi responsável por 11,5% dos gastos em saúde em 2021. O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 2,4 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2021, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 20,5% neste período.

Existem 240 milhões de pessoas com diabetes que desconhecem que possuem a doença. Cerca de 1 em cada 2 pessoas com diabetes não está diagnosticada, em termos de composição da taxa de prevalência da DM, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada (OND, 2021).

A DM provocou 6,7 milhões de mortes em 2021 e cerca de 1,2 milhões de crianças e jovens tem diabetes tipo 1. Um em cada 6 nascimentos foram afetados, durante o período de gravidez, por hiperglicemia materna em 2021.

Em 2015, na Europa, o país com maior prevalência para a faixa etária já descrita foi a Federação Russa com 12,1%, seguindo-se a Alemanha com 6,5% e em terceiro lugar a Turquia com 6,3% (IDF, 2016).

A prevalência da DMG em 2018, foi de 8,8% da população parturiente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), registando-se um aumento da sua significância ao longo da última década. Verifica-se, ainda, que a prevalência da DMG aumenta com a idade das parturientes, atingindo os 17,7% nas mulheres com idade superior a 40 anos (Observatório Nacional da Diabetes, 2018).

Verificou-se um ligeiro crescimento do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal na última década, bem como o aumento do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal nos últimos três anos. Em 2021, estima-se a existência de 680 novos casos de diabetes por cada 100.000 habitantes. Em média, na

última década, foram diagnosticados anualmente 670 novos casos de diabetes por cada 100.000 residentes em Portugal Continental (OND, 2022).

2.2. Classificação da Diabetes

Os primeiros sintomas da DM relacionam-se com os efeitos diretos da alta concentração de glicose no sangue. Quando este valor está acima dos 160 a 180 mg/dl, a glicose passa para a urina e, se este valor é ainda mais alto, os rins segregam uma quantidade adicional de água para diluir as grandes quantidades de glicose. Ao produzirem urina em excesso, eliminam grandes volumes de urina (poliúria) e, por conseguinte, aparece uma sensação anormal de sede (polidipsia). Também se perdem calorías e, conseqüentemente, perda de peso. Como compensação, a pessoa sente fome exagerada (polifagia). Outros sintomas como visão turva, sonolência, náuseas e diminuição da resistência durante o exercício podem ser relatados por diabéticos (OND, 2022).

A fisiopatologia da diabetes é muito complexa, uma vez que envolve fatores genéticos e ambientais e difere consoante o tipo de diabetes. Neste sentido, a classificação da diabetes estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:

- Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1);
- Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2);
- Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) – Abordada na Secção 3;
- Outros tipos específicos.

2.2.1. Diabetes *Mellitus* Tipo 1

A DM1 é causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema de defesa do organismo, geralmente devido a uma reação autoimune. As células beta do pâncreas produzem assim, pouca ou nenhuma insulina, a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo.

A DM1 pode-se desenvolver em qualquer idade, mas ocorre mais frequentemente em crianças e adolescentes apresentando deficiência grave de insulina devido a destruição das células β , associada à autoimunidade. Quanto à DM1, o corpo produz muito pouca ou nenhuma insulina, o que significa que são necessárias injeções diárias de insulina para manter os níveis de glicose no sangue sob controlo. O quadro clínico mais característico

é de um início rápido, em alguns dias ou até poucos meses, tendo sintomas como: sede, diurese e fome excessivas, emagrecimento importante, cansaço e fraqueza. Se o tratamento não for realizado rapidamente, os sintomas podem evoluir para quadro mais grave, conhecido como Cetoacidose Diabética: desidratação severa, sonolência, vômitos, dificuldades respiratórias e coma (DGS, 2021).

2.2.2. Diabetes Mellitus Tipo 2

A Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) é mais comum em adultos e representa cerca de 90% de todos os casos de diabetes, estando associada à obesidade e ao envelhecimento. Quanto à DM2, o corpo cria uma resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. O quadro clínico é mais lento e os sintomas são: sede, aumento da diurese, dores nas pernas, alterações visuais e outros, podem demorar vários anos até se apresentarem. Se não reconhecido e tratado a tempo, também pode evoluir para um quadro grave de desidratação e coma (Rodacki, Teles & Gabbay, 2022). A grande maioria dos diabéticos adultos, após os 35 anos, apresenta DM2. No adulto, é habitual a diabetes não dar sintomas no seu início e, por isso, pode passar despercebida durante anos. Os sintomas só aparecem quando existe hiperglicemia constante e, habitualmente, no adulto e no idoso, ocorre de modo mais lento que na criança ou jovem. Contudo, a hiperglicemia provoca lesões mesmo sem se dar por isso. É essa a razão pela qual, às vezes, aquando do diagnóstico, já possam existir complicações. A DM 2 ocorre assim quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida (OND, 2019).

2.2.3. Outros Tipos Específicos

Neste tipo, enquadram-se todas as situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, de que são exemplo:

- defeitos genéticos da célula β ;
- defeitos genéticos na ação da insulina;
- doenças do pâncreas exócrino;
- endocrinopatias diversas;
- diabetes induzida por químicos ou fármacos.

3. A DIABETES GESTACIONAL COMO ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante a gestação é importante ter o controlo dos níveis toleráveis de glicose para a manutenção da saúde da mãe e o desenvolvimento do feto, já que a manutenção de uma hiperglicemia gestacional, se não acompanhada, pode persistir após o parto (Barreto, 2017).

Para Andrade e Vieira (2009, p. 115) “(...) na fisiologia da gravidez há alterações hormonais e metabólicas conhecidas que condicionam um estado de insulinoresistência durante o período gestacional e que justifica não só o agravamento da diabetes prévia à gravidez como a possibilidade do aparecimento de diabetes durante a gestação” (OND, 2021).

Durante a gravidez, para permitir o desenvolvimento do bebé, a mulher sofre alterações no seu equilíbrio hormonal. Em algumas mulheres, no entanto, este processo de equilíbrio não ocorre e elas desenvolvem um quadro de diabetes gestacional, identificado pelo aumento do nível de glicose no sangue. Podendo ocorrer em qualquer mulher, a Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG) nem sempre apresenta sintomas identificáveis (Zajdenverg, 2019).

A DMG é uma das apreensões da saúde pública, dado que amplia o risco de macrosomia (podendo ocasionar problemas tanto para a mãe como para o bebé), e das crianças, quando os adultos vierem a desenvolver obesidade e a síndrome metabólica (Souza, 2020). Esta patologia pode desenvolver-se no início ou no transcorrer do período gestacional e pode ou não continuar depois do parto, ocorrendo em mulheres que possuam uma insuficiência na função pancreática, assim ultrapassando a resistência à insulina relativa ao estado gestacional.

3.1. Fisiopatologia da Diabetes *Mellitus* Gestacional

A DMG corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez. A definição é aplicável, independentemente de a insulina ser ou não utilizada no tratamento (Observatório Nacional da Diabetes, s.d.). A DMG ocorre em cerca de 1 em cada 20 grávidas e, se não for detetada através de análises e a hiperglicemia corrigida com dieta e/ou com insulina, a gravidez pode complicar-se para a mãe e para a criança.

Nestes casos, são vulgares os bebés com mais de 4 kg à nascença e a necessidade de cesariana na altura do parto. Podem ainda, ocorrer abortos espontâneos. Sendo a DMG uma doença que pode acarretar vários tipos de complicações médicas durante a gravidez, ela é caracterizada por um elevado nível de glicose no sangue que é detetado durante a gravidez. O estudo desta temática torna-se pertinente se tentarmos compreender se os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas, estão preparados para lidar com as possíveis complicações que podem surgir durante a gravidez, visto que a DMG é uma das patologias que pode pôr em causa tanto a saúde da mãe como também a do feto.

Dentre os principais tipos de diabetes, a DMG é em seu conceito uma intolerância aos carboidratos, caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue durante a gestação e está associado a complicações, tanto para a mãe quanto para o filho (Consensos de Diabetes Gestacional, 2016). A DMG pode ser transitória ou não e, ao término da gravidez, a mulher deve ser investigada e acompanhada devido ao risco maior de desenvolver futuramente DM2. Quando o bebé é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intrauterino, há maior risco de crescimento excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta (IDF, 2021).

A DMG é caracterizada quando se inicia ou é diagnosticada pela primeira vez durante a gestação uma intolerância à glicose sendo a DMG uma combinação clínica que tem a sua cronicidade determinada pelas suas comorbidades e redução da qualidade de vida dos portadores da doença, visto que as evidências disponíveis recomendam que essa hipofunção das células β pancreáticas implica diversos fatores, como causas monogénicas, doença autoimune e resistência à insulina (Silvia et al., 2009).

A DMG é definida como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. A sua fisiopatologia é explicada pela elevação de hormonas contrarreguladoras da insulina, pelo *stress* fisiológico imposto pela gravidez e por fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). A principal hormona relacionada com a resistência à insulina durante a gravidez é o lacto génio placentário, contudo, sabe-se hoje que outras hormonas hiperglicemiantes como cortisol, estrogénio, progesterona e prolactina também estão envolvidos (ADA, 2019).

A DMG também pode começar quando o corpo da mãe não é capaz de produzir e usar toda a insulina necessária para a gravidez. Sem insulina suficiente, a glicose não consegue sair do sangue e ser transformada em energia. Quando a glicose se acumula no sangue, isso é chamado de hiperglicemia (Bernardes et al., 2023).

A resistência à insulina durante a gestação está relacionada com os mecanismos de controlo da glicemia, em função do consumo de glicose pelo embrião e feto, pode contribuir para a ocorrência de alterações glicémicas, favorecendo o desenvolvimento ao DMG. Algumas hormonas produzidas pela placenta e outros órgãos são aumentados pela gestação como: lactogénio placentário, cortisol e prolactina, assim podem promover redução da atuação da insulina em seus recetores e ocasionando o aumento da produção de insulina nas gestantes saudáveis. Sendo assim, esse mecanismo pode não ser observado em gestantes que já estejam com a sua capacidade de produção diminuída (Febrasgo, 2019).

O controlo dos níveis de glicose no sangue materno reduz significativamente o risco para o recém-nascido. Pelo contrário, o aumento do nível de glicose materna pode resultar em complicações para o recém-nascido, nomeadamente macrosomia (tamanho excessivo do bebé), traumatismo de parto, hipoglicemia e icterícia. As mulheres que tiveram DMG apresentam um risco aumentado de desenvolver DM2 em anos posteriores. A DMG está também associada a um risco aumentado de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta dos descendentes.

3.2. Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Diabetes Gestacional

Os principais fatores de risco do DMG são: a idade avançada dessa gestante, as alterações de peso (sobrepeso, obesidade, excesso de gordura corporal, o ganho excessivo de peso na gestação), síndrome dos ovários policísticos (SOP), estatura materna inferior a 1,5 metros, diabetes em pessoas da família de primeiro grau, antecedentes de crescimento fetal excessivo, polidrâmnio (líquido amniótico excessivo) além de hemoglobina glicada $\geq 5,9\%$ no primeiro trimestre (Clannad, 2019).

Nas mulheres gestantes, não ter uma alimentação saudável é um grande fator de risco, podendo agravar condições fisiológicas como anemia, ganho de peso excessivo, hipertensão, diabetes gestacional, retenção de peso no pós-parto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e várias outras condições que afetam a saúde da grávida e do seu bebé (Ruiz et al., 2021). A prática de atividade física em nível leve e moderado na gestação

pode prevenir DM e pré-eclâmpsia em até 50%, além de controlar o peso da gestante. Nesse contexto, é importante atentar-se às características da gestante e avaliar se existem fatores que contraindicam essas atividades, como por exemplo: problemas cardiorrespiratórios, hemorragias, problemas com a placenta, etc. Na consulta, é necessário que haja uma busca acerca do nível de atividade física e comportamento sedentário (Santos, 2019). O quadro 1 abaixo resume os fatores de risco:

Quadro 1 - Fatores de Risco para o Desenvolvimento da Diabetes Gestacional

Idade \geq 35 anos	Histórico Familiar
Má Formação Fetal (gestação anterior)	Hipertensão ou pré-eclâmpsia
Sobrepeso	Morte Fetal
Diabetes Gestacional em Gestações Anteriores	Crescimento Fetal Excessivo

Fonte: Elaboração própria

3.3. Critérios de Diagnóstico da Diabetes Gestacional

Para a consolidação do conceito e fisiopatologia da doença é fundamental o estabelecimento do seu diagnóstico. A epidemia em curso da obesidade e diabetes tem levado a um aumento da DM2 em mulheres em idade fértil.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o critério diagnóstico em questão para o DMG tem como principal característica a observação da ocorrência de estados hiperglicêmicos, caracterizado por uma alteração glicêmica em jejum, superior a 126 mg/dl seguido de teste oral de tolerância a glicose (TOTG) (ou Prova de Tolerância à Glicose Oral – PTGO) com valores superiores a 200 mg/dl, devendo ser esta gestante caracterizada como um pré-natal de alto risco e receber acompanhamento individualizado com ênfase clínica e laboratorial (OPAS, 2017).

No que respeita à DMG, os critérios de diagnóstico são baseados nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*, sendo que a norma constituída pela Direção-Geral de Saúde estabelece que “(...) o diagnóstico da Diabetes Gestacional envolve duas fases temporais distintas: glicemia em jejum na primeira consulta de vigilância pré-natal e prova de tolerância à glicose oral - (PTGO) às 24 - 28 semanas de gestação” (OPAS 2017). Relativamente à glicemia em jejum, na primeira consulta de vigilância pré-natal, os valores de glicemia de referência em mg/dl, para diagnóstico, são os que constam do Quadro 2 abaixo referenciados.

O diagnóstico é realizado baseado em “passos estratégicos”:

- 1º passo - ingestão de 75gr de glicose oral em jejum e,
- 2º passo - seguido de ingestão de 50gr de glicose e 100gr para aqueles que apresentem resultados positivos (ADA, 2017).

Em Portugal, os critérios de diagnóstico recomendados pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia revistos em 2016, são baseados nos resultados dos estudos HAPO e de acordo com os critérios da Associação Internacional dos Grupos de Estudos de Diabetes e Gravidez (IADPSG), que demonstrou a existência de uma relação linear entre os valores da glicemia materna e as morbidades materna, fetal e neonatal.

Apesar de se manter grande controvérsia quanto à sua aplicabilidade, têm progressivamente vindo a ser ratificados pelas diversas autoridades científicas como a OMS (Organização Mundial de Saúde), FIGO (Federation of Gynecology and Obstetric), IDF (International Diabetes Federation), e parcialmente pela ADA (American Diabetes Association). Na primeira visita pré-natal todas as grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática em jejum. Um valor da glicemia em jejum (de 8 a 12 horas) superior ou igual a 92 mg/dl (5,1mmol/l) mas inferior a 126 mg/dl (7,0mmol/l) faz o diagnóstico de DMG.

Grávidas com valores de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 126 mg/dl (7,0mmol/l) ou com um valor de glicemia plasmática ocasional superior a 200 mg/dl (11,1mmol/l), se confirmado com um valor em jejum superior ou igual a 126 mg/dl, devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de DMG na gravidez.

Quadro 2 - Valores de Glicemia em Jejum na primeira Consulta de Vigilância Pré-Natal

Glicemia plasmática em jejum	
≥92 mg/dl	Normal
≥92 mg/dl (5,1mmol/L) <126 mg/dl	Diabetes Gestacional
≥126 mg/dl >200 mg/dl ocasional HbA1c ≥6,5%	Tratar como provável Diabetes prévia

Fonte: Norma Nº 007/2011 da DGS, 2011

Para a prova de tolerância à glicose oral – PTGO, com 75gr de glicose às 24-28 semanas de gestação, segundo a mesma circular, o diagnóstico de DMG faz-se quando um ou mais valores, em mg/dl, forem iguais ou superiores aos valores de referência descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Valores PTGO com 75 g de Glicose às 24-28 semanas de Gestação

Hora	Glicémia plasmática
0	≥ 92 mg/dl
1	≥ 180 mg/dl
2	≥ 153 mg/dl

Fonte: Norma Nº 007/2011 da DGS, 2011

Estes critérios de diagnóstico da diabetes gestacional são baseados nos resultados do estudo *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* que demonstrou a existência de uma relação linear entre os valores da glicemia materna e a morbilidade materna, fetal e neonatal.

O diagnóstico da hiperglicemia intermédia, ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros, como nos refere a Direção-Geral de Saúde:

- Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl
- Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (Norma Nº 002/2011, p.1).

Quando diagnosticada com DMG a mulher deve receber orientações da equipa de saúde referente à importância de hábitos alimentares, com dieta específica e com teor calórico correspondente às suas necessidades, permitindo um ganho de massa ente 0,3 a 0,4 kg a cada semana, além do incentivo a prática de atividades de lazer que envolvam exercício físico, grande aliado no tratamento do DMG (Queiroz, 2019)

3.4. Tratamento da Diabetes *Mellitus* Gestacional

Após a atribuição do diagnóstico de DMG, as utentes iniciarão a monitorização dos níveis glicémicos em jejum e pós-prandiais. O tratamento é feito sob a forma de aconselhamento dietético, e insulinoaterapia como exigido para o controle glicémico, reduzindo as taxas de complicações graves, sem aumentar a taxa de parto por cesariana.

Considera-se como objetivo principal do tratamento do DMG a redução das possíveis complicações, tanto para mãe como para o feto, principalmente a macrosomia, que é definida como o peso ao nascimento maior que 4.000g, a pré-eclâmpsia, ou seja, o aumento da pressão arterial durante a gestação, e a ocorrência de cesariana. Existem duas formas de tratamento que podem ser utilizadas para controle do DMG:

- As medidas não farmacológicas, que seriam dieta nutricional e atividades físicas;
- Medidas farmacológicas, como hipoglicemiantes orais e insulinas (Hoff et al., 2015).

O tratamento adequado do DMG está relacionado com diagnóstico comprovado e precoce da doença, ao início imediato da terapêutica (farmacológica ou não), ao controle da glicemia, e ao acompanhamento das medidas preventivas puerperais (OPAS, 2019).

O plano alimentar deverá ser personalizado e de acordo com o estado nutricional da grávida devendo ser elaborado por um nutricionista. A dieta deve ser equilibrada e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia. O valor calórico total deverá obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes: 50-55% de hidratos de carbono, 30% de gorduras e 15% a 20% de proteínas. O valor calórico deverá ter em consideração o IMC prévio à gravidez e o ganho ponderal durante a mesma. (Consensos Diabetes na Gravidez, 2016).

Depois da avaliação médica e se não houver contraindicação obstétrica, por exemplo, sangramento uterino e hipertensão arterial grave, a gestante pode começar a prática de atividades físicas de pequeno impacto, preferencialmente nos períodos pós-prandiais e respeitando as suas condições, com roupas leves, em dias mais frescos, evitando a alta humidade relativa do ar e hidratando-se sempre (Martins et al., 2021).

O exercício regular deve ser estimulado, preferencialmente a marcha, sobretudo quando efetuada em período pós-prandial. Estima-se que 70-85% dos casos podem ser controlados apenas com modificações de estilo de vida (Kelly, 2015). O exercício regular ajuda não só a controlar os níveis de glicose, mas também para controlar o peso e, ao mesmo tempo, reduzir a resistência da insulina.

Se as metas de tratamento não forem atingidas, tipicamente dentro de 1-2 semanas, a farmacoterapia deve ser iniciada. A insulina não atravessa a placenta e é geralmente recomendada como primeira linha (Queiroz, 2006). Com base nos estudos existentes sobre o uso de Antidiabéticos Orais (ADO) durante a gravidez parece não existir, comparativamente ao uso de insulina, diferença na evolução da gravidez e complicações neonatais. Desconhece-se, no entanto, o efeito a longo prazo destes fármacos na programação fetal que levaria a obesidade, síndrome metabólico e DM no futuro adulto (Consensos da Diabetes na Gravidez, 2016).

A Glibenclamida e a Metformina são ADO de uso na gravidez e são considerados seguros e eficientes, embora não existam dados de segurança disponíveis a longo prazo. Nas últimas orientações publicadas para o tratamento farmacológico da DMG, a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) afirma que a insulina e ADO são igualmente eficientes e podem ser utilizados como fármacos de primeira linha. Tanto a ADA como a NICE colocam em 1º ou 2º linha o uso de Metformina ou Glibenclamida em relação à insulina pois tanto a Metformina como a Glibenclamida atravessam a barreira placentária, mas não foram encontrados efeitos teratogénicos.

A Glibenclamida, no entanto, parece estar associada a uma taxa superior de hipoglicemia neonatais e de macrossomia. Já a Metformina, está associada a menor risco de hipoglicemia neonatal e a menor ganho de peso materno (Consensos da Diabetes e Gravidez, 2016). Os ADO são absorvidos principalmente na parte do intestino delgado e possui uma semivida de três horas. Atua nos tecidos por meio de transportadores orgânicos, não se liga a proteínas plasmáticas. E por não sofrer a metabolização, a sua excreção ocorre pela urina na forma de composto ativo (Katzung, 2017).

A glibenclamida/gliburida (sulfonilureia) e a metformina são duas drogas muito utilizadas no tratamento do DMG, e possuem ótimos resultados. Estas duas medicações atravessam a placenta e, por consequência do seu uso, podem interagir com o feto (Hoff et al., 2015). Até ao presente momento, as pesquisas evidenciam que esses medicamentos são seguros para uso durante a gestação e que têm demonstrado equivalência em relação à insulina e aos desfechos da gestação. Entretanto é necessário que consideremos alguns aspetos antes de prescrição dessas medicações à gestante, como por exemplo: a taxa de falha, os dois hipoglicemiantes possuem uma taxa de falha, ou seja, eles podem não atingir os níveis glicémicos que são esperados, mesmo a gestante fazendo o uso correto, e a dose seja a máxima prescrita, nesses casos, deve se considerar o uso da insulina, como outra forma de tratamento (Hoff et al., 2015).

Na questão da efetividade, é um ponto a favor tendo em conta que os agentes orais são mais baratos e que possuem maior acessão em relação à insulina (Hoff et al., 2015). A insulino terapia deve ser introduzida quando o controle dietético e os exercícios físicos, os dois hipoglicemiantes, não resultam em um controle metabólico adequado (Martins, 2019).

Atualmente, existem vários tipos de insulinas, para o tratamento de diabetes e elas se diferenciam pelo tempo em que ficam ativas no corpo, pelo tempo que levam para começar a agir e de acordo com a situação do dia em que são mais eficientes. Sendo assim, a insulina regular é idêntica à humana na sua estrutura e possui ação rápida, já a NPH é associada às substâncias protamina e zinco, o que promove um efeito mais prolongado a ela, ou seja, um tempo de ação intermediário (Clannad, 2019).

4. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no seu Regulamento n.º743/2019 refere que é função do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos programas de saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS (2011-2016); realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico; atualizar o manual de boas práticas com normas e critérios de enfermagem dirigida a doentes diabéticos; formar, participar e coordenar a consulta de enfermagem da diabetes; criar redes de apoio local capazes de assegurar as necessidades dos diabéticos; participar e orientar estudos científicos sobre diabetes; “Definir e utilizar indicadores de saúde na área da diabetes que permitam avaliar sistematicamente as mudanças verificadas na evolução da diabetes do utente, agindo de modo a melhorar os mesmos, obtendo ganhos em saúde” (Regulamento n.º428/2018, p. 19354).

Particularmente, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária cabe: participar com a equipa multidisciplinar no desenvolvimento do planeamento em saúde através da definição dos principais problemas de saúde entendidos como situação de doença/acontecimento e medidos em termos de morbimortalidade (elaboração do diagnóstico); selecionar os problemas que poderão ser resolvidos (definição de prioridades); selecionar os indicadores, os problemas prioritários e os prazos para atingir os objetivos; e tradução dos objetivos em objetivos operacionais (fixação de objetivos); determinar as técnicas específicas utilizadas (seleção de estratégias); planificar as ações desenvolvidas a seguir (elaboração de programas e projetos); executar as atividades e projetos e avaliar o processo e percurso (Melo, 2020).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública (EEESCSP) devem ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP no que diz respeito à intervenção em comunidades/grupos. Os enfermeiros especialistas devem estar atentos ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, como nos fala a DGS, o PNS 2030 e as Metas de Saúde XXI, desenvolvendo projetos específicos que foquem essencialmente, como já foi referido, os temas – alimentação fracionada / equilibrada, exercício físico, autocontrolo e autovigilância, novidades no tratamento e diagnóstico, direitos do diabético, associações e centros de apoio, bem como o diabético em viagem. Devem também, estar atentos à família, amigos e trabalhar com a comunidade onde estes diabéticos estão inseridos.

O enfermeiro é um elemento sempre presente e primordial, nos CSP, e é aquele que está sempre presente no atendimento e acompanhamento dos indivíduos e da comunidade, assumindo um papel único na promoção da saúde e na prevenção da doença, especificamente no contexto do PNPCD (2008), na promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de complicações agudas e tardias, assim como na identificação de grupos de risco. Cabe ao EEESCSP desempenhar um papel mais responsável na concretização de muitas das estratégias contempladas no mesmo programa. A enfermagem comunitária (Melo, Silva & Figueiredo, 2018) é descrita como uma das suas intervenções e competências principais para serem a capacitação de comunidades. No que diz respeito ao referencial teórico, é importante interligar os conhecimentos adquiridos nas diferentes salientando a importância das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem, que são na grande maioria das vezes negligenciados, e que são uma barreira importante ao desenvolvimento de CSP de qualidade.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, compete à OE cooperar para a existência de um modelo de prestação de cuidados capaz de adequar os recursos humanos face às próprias características da população, aos perfis de saúde e de doença e às tecnologias de saúde, garantindo reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais sendo,

“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos

às reais necessidades de cuidados da população” (Regulamento n. °743/2019, 2019 p.128).

Por isso, entende-se que, além de a dotação segura ser um cálculo, é necessário ter em consideração as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços e a formação. O ideal para a identificação destas necessidades será uma aproximação entre as que são reais, expressas e sentidas, articulando assim a Saúde Pública e a Saúde Comunitária. Tavares (1992) (as cited in Melo, 2020) diz-nos que é necessário entender a diferença entre problema e necessidade. Em que problema é o estado de saúde que é julgado deficiente e a necessidade representa o necessário para atenuar o problema identificado. Assim, faz sentido afirmar que como forma de identificar o Diagnóstico de Enfermagem à Comunidade será orientador utilizar o termo necessidade. A teórica de enfermagem que utilizei como referência do meu trabalho foi Nola Pender.

Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender como Contributo

O Processo de Enfermagem pode ser norteado, utilizando o Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola J. Pender como base, a partir da identificação dos fatores que tenham influência no comportamento do utente, com foco no modelo de crenças avaliada pelo profissional enfermeiro e que são pontos críticos de sua intervenção, no qual, utente e enfermeiro, devem trabalhar juntos a fim de alcançar um comportamento saudável (Aguiar et al., 2021). Esse pensamento surgiu a partir da inserção de Nola J. Pender na enfermagem, onde ela indagou que “a enfermagem deveria levar as pessoas ao cuidado delas mesmas”. Como supracitado, esse modelo é embasado e fundamentado por três conceitos (enfermagem holística, teoria de aprendizagem e a psicologia social). Ao integrar esses fundamentos, promove-se uma interpretação das relações do estilo de vida e de comportamentos adotados pelas pacientes em seu contexto biopsicossocial (Aguiar et al., 2021). O modelo de Nola Pender, é uma teoria que tem como conceitos metaparadigmáticos: ambiente, saúde, enfermagem e pessoa, e é amplamente utilizado como eixo para pesquisas que objetivam a consciência de estilos de vida e comportamentos promotores de saúde (Lima et al., 2020).

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA

1. METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho optou por desenvolver um estudo síntese de evidência através de uma revisão *Scoping*, com o objetivo de consolidar o conhecimento específico sobre um determinado acontecimento, procurando-se a informação na literatura disponível sobre o tema desenvolvida de acordo com as etapas: seleção da pergunta para a revisão; amostragem (procura dos estudos segundo os critérios de inclusão e exclusão); extração das características das pesquisas primárias (extração dos dados); análise dos dados; interpretação dos resultados; relato da revisão. Foram seguidas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2009) conforme descrito na Figura 1. Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual (Rother, 2007, p.1).

1.1. Questão de Investigação

Para elaboração da questão da pesquisa, foi utilizada a estratégia pico (P- População: Mulheres com diabetes gestacional; I- Interesse: assistência de enfermagem sobre DMG; Co- Contexto: Comunidade). Subsequentemente, foram consultados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Títulos CINAHL e MESH conforme Quadro 4. Assim, construiu-se a seguinte questão de pesquisa: Nas mulheres com diabetes gestacional (P) quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (I) na vigilância na Comunidade (Co)?

Quadro 4 - Estratégia Pico

	Variáveis	Linguagem Natural	Descritores em Saúde (DeCS)	Termos CINAHL
P	População	Mulheres com Diabetes Gestacional	Diabetes Gestacional	Diabetes Mellitus, Gestational
I	Intervenções	Intervenções do EEECS	Enfermagem	Nursing Interventions
Co	Contexto	Comunidade	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care

Fonte: Elaboração própria

1.2. Objetivos

Foi definido como objetivo principal desta revisão analisar as evidências na literatura sobre as intervenções de enfermagem a mulheres que apresentaram DMG na comunidade.

1.3. Critérios de Inclusão

Foram incluídos artigos que abordem a atuação do profissional enfermeiro na assistência à gestante com DMG, publicados na língua portuguesa e inglesa nos últimos 5 anos, disponíveis gratuitamente e online. Ainda, foram incluídas diretrizes, manuais ou consensos preconizados na literatura científica sobre DMG.

Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra com resultados de pesquisa que respondessem à questão do estudo, na língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos estudos secundários (relatos de experiência, artigos de reflexão, editoriais), e produções não relacionadas ao propósito do estudo. Para a seleção dos artigos, houve recorte temporal de cinco anos.

1.4. Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo artigos repetidos, resenhas de livros e teses bem como todos os artigos que não cumpriram os critérios de inclusão.

1.5. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa dos artigos que integram esta revisão ocorreu de outubro 2023 a março de 2024. A estratégia de procura decorreu nas bases de dados de estudos da área da saúde:

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);
- CINAHL
- MEDLINE
- Biblioteca Eletrónica Científica Online (SciELO);
- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed).
- *Google Scholar*.

e ainda, busca livre na internet e revistas.

A pesquisa foi realizada respeitando a singularidade de cada base, utilizando a combinação do operador booleano “AND” com os descritores. A estratégia de busca empregue para as bases de dados foi:

Diabetes Gestacional *AND* Enfermagem, Diabetes Gestacional *AND* Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária à Saúde *AND* Enfermagem

Todos constam nas bases de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Pesquisa CINAHL

(MH "Diabetes Mellitus, Gestational") *AND* (nurs*) *AND* (MH "Primary Health Care")
OR (MH "Primary Care Nurse Practitioners")

Pesquisa MEDLINE

(MH "Diabetes Gestational") *AND* (nurs*) *AND* (MH "Primary Health Care")

1.6. Análise dos dados

A seleção dos artigos foi realizada a partir da leitura inicial do título do material metodológico, seguida pela leitura do resumo, atentando aos critérios de inclusão e exclusão, visando a garantia dos estudos responderem à questão norteadora.

Em seguida, o material selecionado (estudos e demais manuais) foram categorizados e descritos num quadro contendo as seguintes informações: base de dados, periódico, autores, título, tipo de estudo, objetivo e resultados. Assim, os estudos foram submetidos à leitura e avaliação crítica da pesquisadora, analisando a relevância da questão de pesquisa, o método científico de cada estudo, as respostas obtidas em cada estudo, dentro outros (Soares et al., 2014).

1.7. Considerações Éticas

Este estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e, por se tratar de uma revisão da literatura científica, foi dispensada a submissão numa Comissão de Ética.

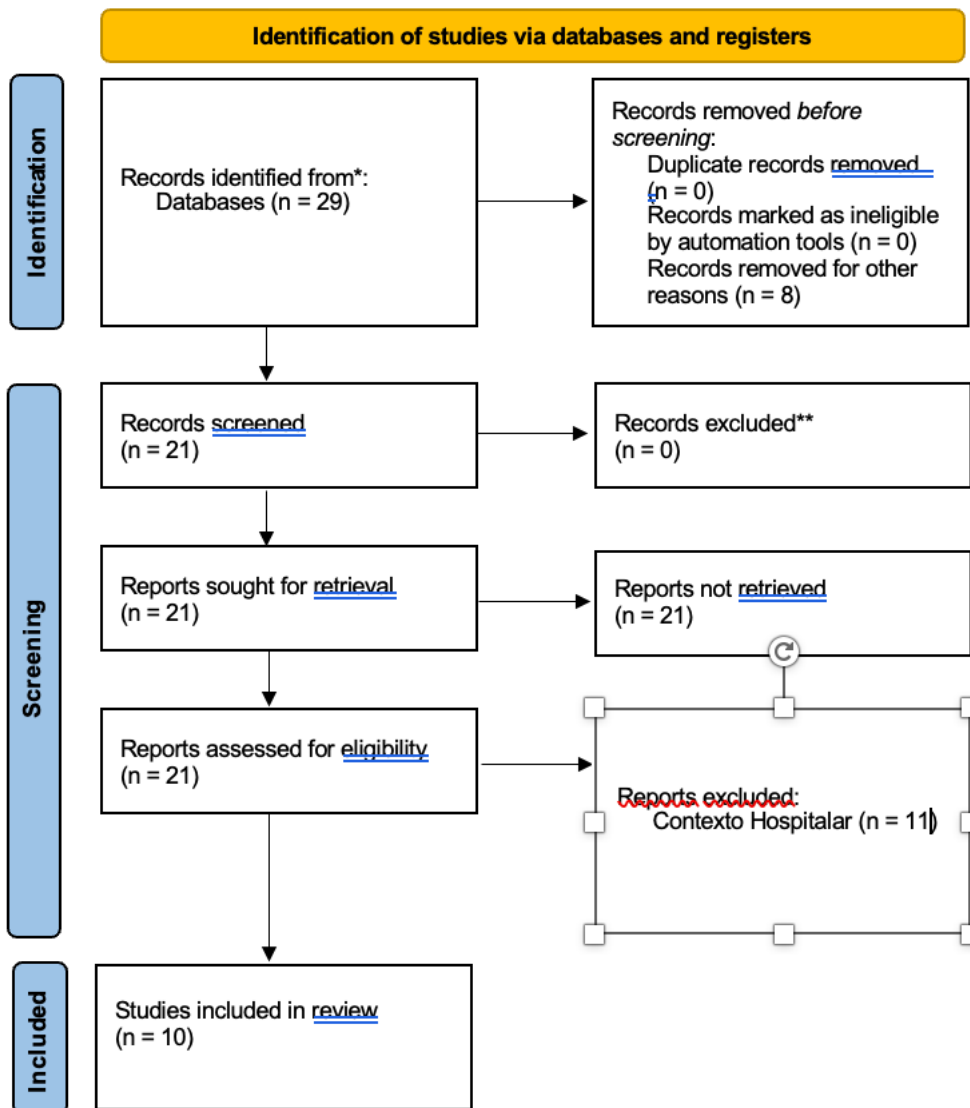


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra final constituiu na inclusão de dez artigos que correspondiam ao conhecimento da assistência do enfermeiro na comunidade com mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional. As características dos artigos incluídos nesta revisão, acerca dos autores, periódico, objetivos, método, resultados e conclusões seguem descritos no Quadro 5.

Quadro 5 - Análise dos Artigos

Autores Ano	Título	Objetivo(s)	Método (tipo, local, participantes)	Resultados	Conclusões
Juliane Petenuci Vieira (2021)	Assistência de enfermagem a paciente com diabetes mellitus gestacional	Analisar as evidências na literatura sobre a assistência de enfermagem na Atenção Básica a paciente que apresentaram DMG	Tipo: revisão integrativa de literatura Participante: 325 artigos	A amostra final constou-se de onze artigos, os quais contemplam esta revisão integrativa. Compreendendo as potencialidades do cuidado; identificando os fatores que interferem nos resultados; Capacitação/treinamento/conhecimento; Fragilidades do cuidado	Conclui-se que a gestão de utentes com DMG em CSP torna-se extremamente relevante para a diminuição das complicações materno-fetais como também na diminuição da incidência da progressão para a DM2
Susan B. Quelly, Jacqueline B. LaManna, Maria Stahl/2021	Melhorando o acesso aos cuidados para mulheres grávidas de baixa renda com Diabetes gestacional	os clientes segurados pelo Medicaid podem ter melhor acesso aos cuidados e melhores resultados de saúde do que aqueles sem seguro	Tipo: revisão do programa Local: maternidade baseada em saúde pública em um condado de Florida Participantes: de 2.000 mulheres grávidas, a maioria das quais não têm seguro ou são beneficiárias	Entre os adultos carentes, os clientes segurados pelo Medicaid podem ter melhor acesso aos cuidados e melhores resultados de saúde do que aqueles sem seguro. Esta revisão do programa descobriu que mulheres não seguradas e seguradas pelo Medicaid com Da mesma forma, o DMG ($P > 0,05$) alcançou metas de glicemia ($HbA1C < 6,0\%$) sob cuidados ESC durante a última parte do gravidez. Ambos os grupos tiveram acesso oportuno comparável a cuidados pré-natais e encaminhamentos ESC; mulheres sem seguro tiveram menos encaminhamentos para medicina materno-fetal de alto risco, mas taxas mais altas de	Apesar das diferenças significativas em vários determinantes demográficos e sociais das características de saúde entre mulheres não seguradas e seguradas pelo Medicaid com DMG recebendo atendimento do ESC, as metas de glicemia foram alcançadas durante o cuidado ESC para ambos os grupos durante os últimos meses de gravidez, quando os níveis de glicose no sangue normalmente aumentam

				comparecimento às consultas de ESC	
LaManna JB, Quelly SB, Stahl M, /2020	Uma clínica endócrina baseada em saúde pública na Flórida para pessoas de baixa renda mulheres grávidas com diabetes	Avaliar os resultados da gravidez de mulheres de baixa renda com gestações complicadas por diabetes que receberam cuidados de um serviço integrado de saúde pública.	Tipo: Descritiva avaliação do programa Local: clínica de especialidade endócrina (ESC) na Flórida Participantes: Noventa e duas (92) gestantes	Os níveis de HbA1C durante os cuidados ESC ($6,9 \pm 1,4$) foram inferiores aos do início do programa Níveis de HbA1C ($7,9 \pm 1,8$) para mulheres com diabetes pré-gestacional ($Z = -3,364$, $p = 0,001$). Entre mulheres com DMG, valores médios de HbA1C durante cuidados ESC ($5,5 \pm 0,4$) não diferiu significativamente ($t(51) = -0,532$, $p > 0,05$) dos níveis de HbA1C de entrada no programa ($5,5 \pm 0,5$), sugestivo de cumprimento de meta glicêmica. Sem hipoglicemia neonatal ou casos de Hiper bilirrubinemia foram observados em ambos os grupos. Aproximadamente 11% dos nascimentos eram prematuros e 16% dos neonatos eram grandes para a idade gestacional.	Conclusões: Uma ESC baseada na saúde pública para mulheres grávidas de baixa renda com diabetes pode afetar positivamente os resultados da gravidez
Sherri G. Mendelson RNC, PhD, /2008	enfermeira paroquial comunitária Programa de Intervenção para Mexicanos Mulheres Americanas com Gestacional Diabetes	Examinar os efeitos de um Programa de Intervenção de Enfermeiros Paroquiais (PNIP) nos comportamentos de saúde materna, controle glicêmico e resultados neonatais entre mulheres mexicano-americanas com diabetes gestacional	TIPO: Programa de Intervenção LOCAL: Uma clínica de tratamento ambulatorial para diabetes gestacional em um hospital terciário sem fins lucrativos participante: Cem mulheres mexicano-americanas foram incluídas no estudo com Enfermeiros (n - 49) e cuidados habituais (n - 51).	Os resultados indicam uma melhoria significativa nas pontuações do Perfil de Estilo de Vida de Promoção da Saúde II na Enfermeira Paroquial Grupo Programa de Intervenção pós-intervenção em comparação com o grupo Carre As Usual. Sem diferenças significativas entre os grupos quanto ao controle glicêmico, macrossomia ou dias de internação materna ou neonatal	A taxa de natalidade das mulheres hispânicas ultrapassou de todos os outros grupos nos Estados Unidos (Hayes-Bautista, Hsu, Perez e Kahramanian) e ao mesmo tempo que a taxa de diabetes gestacional entre as mulheres hispânicas aumentou. que o diabetes nos Estados Unidos ocorra em 3% a 5% de todas as gestações (Gabbe & Graves, 2003) e aumenta o risco perinatal tanto para a mãe e infantil, levando a implicações significativas para a saúde pública.

Aarhus, Bartholins Alle, Øster Farimagsga de e Copenhagen , Borgmester/ 2022	Co-criando com famílias e cuidados de saúde profissionais: moldando uma saúde sensível ao contexto intervenção de promoção de ‘face-it’	transmitir como a cocriação foi promulgada com várias partes interessadas em uma variedade de tipos de envolvimento para desenvolver uma intervenção de promoção da saúde, Face-it, dentro de um desenho estruturado.	Tipo: participativos, por ex. workshops utilizando jogos de design, dramatizações e entrevistas familiares, bem como trabalho de campo etnográfico	o processo foi (i) alcançado através de diversas práticas de envolvimento entre grupos de partes interessadas; e (ii) manteve ambas as premissas do design estruturado (fidelidade) e flexibilidade (adaptação) no desenvolvimento do conteúdo e entrega da intervenção	
Jéssica George/ 2011	Algumas estratégias simples melhoraram o cuidado de Waikato mulheres que tiveram diabetes mellitus gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> • aumentar a conscientização dos enfermeiros sobre o importância do acompanhamento pós-natal da mulher com DMG; • aumentar a absorção do pós-natal de seis semanas TOTG; e • estabelecer um sistema contínuo para registrar pacientes de alto risco mulheres com DMG para um OGTT anual. 	Tipo: participativos, LOCAL: três hospitais regionais e três municípios Dinamarca. Participante: mulheres com diabetes anterior durante a gravidez, com suas famílias e obstetras, parteiras	Dos 77 pacientes que completaram um OGTT após a implementação do piloto, três por cento foram diagnosticados com diabetes tipo 2, 10 percentagem com tolerância diminuída à glicose (IGT) e três por cento com glicemia de jejum prejudicada	O diabetes gestacional está associado a problemas maternos e complicações perinatais e há também uma alto risco de a mãe e o bebê desenvolverem Diabetes tipo 2
XBarbara Ann Gattullo, RN, ANP-BC, CDE, FNP, MS, MSN, e Catherine A. Olubummo, RN, FNP, MS, MSN	Dimensionando o diabetes gestacional	como ajudá-la a gerenciar sua condição e o que ensinar observando como a gestação diabetes se desenvolve	Tipo: Local: Estados Unidos Participante: quase 200.000 mulheres	Aproximadamente 60% dos obesos e 30% das mulheres magras com histórico de diabetes gestacional estão em risco, portanto, tome medidas proativas imediatamente	Para a maioria das mulheres, o diabetes resolve após o parto, mas tendo O diabetes gestacional coloca a mãe e seu filho em risco vitalício de desenvolver diabetes (principalmente tipo 2).

Valerie E. Whiteman, Jason L. Salemi, Maria C. Mejia De Grubb, Mary Ashley Cain, Mulubrhan F. Mogos, Roger J. Zoorob e Hamisu M. Salihu/ 2015	Efeitos aditivos do índice de massa corporal pré-gravidez e Diabetes gestacional nos resultados e custos de saúde	A obesidade pré-gestacional e o diabetes mellitus gestacional (DMG) são cada vez mais prevalentes fatores de risco independentes para morbidades maternas e infantis. No entanto, há escassez de informações sobre os seus efeitos conjuntos nos resultados de saúde e nos custos dos cuidados de saúde.	Tipo: um estudo de coorte retrospectivo de base populacional Local: Universidade do Sul da Flórida, Tampa, Flórida, EUA Participante: todos os bebês nascidos vivos de mulheres residentes na Flórida a partir de janeiro 1º de dezembro de 1998 até 31 de dezembro de 2009	O aumento do IMC pré-gravidez conferiu chances crescentes de consequências adversas, assim como DMG, e a interação IMC-GDM foi maior que aditiva em 9 dos 14 resultados. O custo para bebês nascidos de mulheres com DMG/obesidade III foi 34% maior durante o primeiro ano em comparação com aqueles nascidos de mulheres com IMC normal e sem DMG. Os custos dos cuidados hospitalares maternos e infantis associados com sobrepeso/obesidade e DMG totalizaram mais de US\$ 351 milhões.	Estes resultados fornecem mais evidências da importância das modificações no estilo de vida para diminuir as taxas de obesidade e fatores de risco do DMG.
Dana Zilberman-Kravits1· Naomi Meyerstein · Yones Abu-Rabia3 · Arnon Wiznitzer · Ilana Harman-Boehm/ 2018	O impacto de uma intervenção cultural no estilo de vida no metabolismo Parâmetros após diabetes mellitus gestacional A Teste controlado	avaliar os efeitos de uma intervenção de mudança de estilo de vida nos marcadores de risco para diabetes tipo 2 após diabetes mellitus gestacional (DMG).	Tipo: Desenho do ensaio e participantes Local: Unidade de Diabetes de Soroka Centro Médico Universitário e na clínica beduína local em Rahat, a cidade beduína Participante: Cento e oitenta mulheres judias e beduínas pós-DMG foram aleatoriamente designadas para uma intervenção no estilo de vida	Após 1 e 2 anos de intervenção, as medidas metabólicas melhoraram substancialmente. A intervenção reduziu o nível de insulina, glicose e HOMA-IR no GI em comparação com os do GC (p<0,001).	Este novo programa de intervenção no estilo de vida culturalmente adaptado melhorou significativamente os índices metabólicos e morfológicos medidos 1 e 2 anos após o parto. Estes resultados destacam e sublinham a importância de uma gestão eficaz educação para mudança de estilo de vida após DMG
Savvato Karavasileia doua, Wafa Almegewly a, Anwar Alanazia, Hanan Alyamib e	Autogestão e autoeficácia de mulheres com diabetes gestacional melito	identificar vários aspetos de autogestão e autoeficácia para mulheres com GDM.	Tipo: revisão sistemática; qualitativo Local: bases de dados eletrônicas Participante: dez estudos que corresponderam aos critérios de	Dez dos 70 estudos foram identificados como atendendo aos critérios estabelecidos e incluindo uma população diversificada. A síntese revelou sete temas principais: preliminar impacto psicológico, comunicação do diagnóstico, conhecimento do DMG, autoeficácia e autogestão do DMG, percepção de risco, carga	A autogestão e a autoeficácia para o manejo do DMG são possíveis, apesar os obstáculos psicológicos que a maioria das mulheres enfrenta. Ainda há potencial para melhoria sem termos de desenvolvimento de um estilo de vida saudável que

Sofia Chatzimicha ilidouca/ 2022			qualificação da revisão	do DMG e obtenção de controle. Os benefícios de um diagnóstico eram comportamentais e eram principalmente cristalizados se um determinado nível de autogestão e autoeficácia fosse alcançado e as mulheres fossem capazes de ter um controle específico sobre sua dieta e peso corporal	não apenas controle o DMG para uma melhor gravidez resultado, mas também previne o diabetes após a gravidez.
----------------------------------	--	--	-------------------------	---	--

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos incluídos nesta revisão revelam uma convergência notável de resultados e investigações que enfatizam os desafios enfrentados por mulheres com DMG e a relação com a assistência pré-natal. Estes achados sublinham a importância de abordar a DMG de forma adequada durante a gestação, visando garantir uma gravidez saudável tanto para as mães quanto para seus bebês.

Quadro 6 -Intervenção de Enfermagem e Competências do Enfermeiro Especialista

Intervenção de Enfermagem	Resultado Esperado	Artigos	Competências do Enfermeiro Especialista
Promoção da alimentação saudável	Manutenção do peso da grávida Manutenção dos valores de glicemia da grávida, prevenir doenças infecciosas na grávida Diminuir o risco de doenças crónicas	(Ruiz; Assumpção, (malta, francisco, 2021), santos; galeno; silva, 2018), Landim; Milomens & Diogenes, 2018) (Alves, domingos Pereira, 2018).	G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

Orientações sobre o controlo da glicemia capilar	hipoglicemias; hiperglicemias ou resultado de administração de medicamento ou insulina, ou resultado de atividade física	Santos; Galeno; Silva, 2018).	G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado
Promoção de atividades físicas	controlar os níveis de glicose, controlar o peso e, ao mesmo tempo, reduzir a insulina resistência controle metabólico, Bem-estar geral, Melhora da função cardiovascular, Prevenção do diabetes pós-parto	Santos et al. (2018) Ruiz et al. (2021) Landim et al. (2018) Alves et al. (2018).	G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade
Sinais e sintomas Hipoglicemia, hiperglicemia	Tratamento da DMG, e possuem ótimos resultados ou não	Hoff et al. (2015)	G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.
Negociar o plano de cuidados	Promovem que gestante ter afinidade com enfermagem, sintam à vontade para expressar suas dúvidas	Gomes et al. (2019) Mariano et al. (2021)	G2.1.5. Intervém em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados

No estudo acerca das intervenções de Enfermagem a utentes com DMG, evidenciou-se que a diabetes gestacional é um dos distúrbios mais comuns durante a gestação. A adesão ao tratamento é fundamental para evitar complicações e destacou-se que a adesão ao

tratamento é abaixo do ideal. Para mulheres em idade reprodutiva, é necessário um rastreamento eficaz para o DMG durante a gestação, recebendo cuidados pré-natais adequados, com resultados positivos na gravidez.

A assistência de enfermagem à gestante é fundamental, pois durante o pré-natal é possível desenvolver ações para o conforto da gestante, o controlo da doença e prevenção de complicações, estabelecendo um ambiente seguro para o nascimento. Além disso, melhorar a triagem pós-parto e os cuidados de acompanhamento para mulheres após o DMG é fundamental para prevenir a progressão para DM2 (Vieira, 2021). Na mesma linha, os demais estudos pesquisados são quase unânimes em destacar que a questão do tratamento e acompanhamento do DMG está intimamente ligado à qualidade do pré-natal.

A este respeito, destaca-se a análise de Serruya, et al. (2017) em que afirmam que um pré-natal qualificado está associado à redução de desfechos perinatais negativos, como baixo peso e prematuridade, além de reduzir as chances de complicações obstétricas, como eclâmpsia, DMG e mortes maternas. Neste sentido, os autores avaliaram como primordial a participação da enfermagem em um pré-natal de qualidade, devendo o EEESCP empregar métodos e estratégias, a fim de garantir que a gestante receba todas as orientações corretas durante o pré-natal. Desta forma, os autores reforçam também a importância dos atendimentos compartilhados durante o pré-natal, ou seja, de uma assistência integral da gestante por toda a equipe multidisciplinar, com vistas não só aos cuidados, mas também na promoção de ações educativas para hábitos saudáveis, como adoção de uma alimentação equilibrada e a prática regular de atividades físicas. Assim, o enfermeiro pode auxiliar as gestantes na elaboração de um plano alimentar adequado, oferecendo suporte e orientações sobre escolhas alimentares saudáveis e controle dos níveis de glicose (Vieira, 2021).

George (2011) destaca a importância do diagnóstico e acompanhamento da DMG, como forma, inclusive, de prevenção do desenvolvimento de DM no futuro pela gestante. Os autores afirmam que após o parto, a DMG geralmente desaparece. Entretanto, cerca de metade das mulheres que têm DMG irão desenvolver DM2 posteriormente. Para diminuir este risco, é importante manter um peso saudável após o parto e realizar acompanhamento regular para controle glicémico por 3 anos. Outros autores apontam que outras doenças metabólicas também são fatores de risco para o desenvolvimento de DMG, como a hipertensão arterial sistêmica a associação do DMG com doença hipertensiva da gravidez (Ruiz et al., 2021).

Na mesma direção Hod et al. (2015) avaliam que as alterações no estado nutricional são indicativas para pesquisa e diagnóstico do DMG. Os autores afirmam que tais alterações podem acarretar problemas tanto para a mãe como para o filho, como DMG, hipertensão, pré-eclâmpsia e entre outros comprometimentos materno-fetais. Nesse sentido, o estado nutricional das gestantes é comumente relacionado a fatores agravantes para sérios problemas de saúde, como DMG, mortalidade perinatal, diversas dificuldades no parto, abortamento, problemas no puerpério e dificuldade para o aleitamento materno, devendo ser uma questão de alerta e cuidado a ser desempenhado pela equipe no atendimento.

A detecção precoce de DMG também foi mencionada anteriormente por Lowdermilk et al. (2002), destacando que a detecção deve ser indicada a partir do segundo semestre de gestação. Os autores afirmam que, embora a DMG seja menos severa que o DM 1 e 2, e que normalmente se resolve no período pós-parto, pode haver frequentemente o retorno da condição anos depois. Na mesma linha da importância do pré-natal, destacam que a prevenção do diabetes começa na unidade básica de saúde, para que esta prevenção possa ser efetiva deve-se oferecer uma atenção à saúde de modo eficaz através de um acompanhamento humanizado pela equipe de enfermeiros, bem como no acesso da gestante às informações necessárias para uma gravidez saudável e sem riscos.

Assim, a educação para a saúde possibilita o esclarecimento de certas dúvidas e oferece a orientação aos pacientes para que possam melhorar sua qualidade de vida, com alimentação adequada e diminuição do sedentarismo. Nesse sentido, o enfermeiro possui um papel central, promovendo orientações acerca do DMG, bem como fornecendo subsídios para que a própria paciente conheça as repercussões da doença, e como fazer para evitar complicações. Dessa forma, como demonstrado nos artigos citados, algumas estratégias simples melhoraram o cuidado de Waikato mulheres que tiveram DMG que envolve a paciente grávida e o profissional da enfermagem torna-se fundamental, uma vez que o atendimento com a gestante engloba o cuidado integral que vai além da patologia, como também na promoção da educação, orientação e cuidados sobre o que é DMG e o ciclo de tratamento. Destaca-se, também, que este cuidado possibilita que a paciente possa se auto monitorar de maneira domiciliar, caso ela precise fazer uso de insulina, como é citado por George (2021).

As gestantes com DMG requerem orientações específicas para a gestão da sua condição. A enfermagem desempenha um papel fundamental na educação e orientação dessas mulheres, fornecendo informações detalhadas sobre o controle da glicemia, a

administração de insulina, se necessário, e o monitoramento adequado da saúde. Além disso, a enfermagem pode orientar sobre os sinais de alerta de complicações relacionadas à diabetes gestacional e quando buscar atendimento médico de urgência.

A respeito do papel da enfermagem e o contexto da humanização no pré-natal, a questão também foi abordada por Serruya et al. (2017) que mencionam que a enfermagem, dentro do contexto de cuidados, protagoniza essa assistência direta, por estar mais próximo da gestante, mediante a prática assistencial e sistematizada de maneira holística e que, portanto, tem um papel fundamental na rotina dessas mulheres com atribuição de assistilas e apoiá-las utilizando linguagem simples que contribua para processo psicoemocional, promovendo entre a gestante e equipe de enfermagem maior afinidade, ambiente acolhedor e seguro com qualidade e humanização. Tal questão se mostra especialmente relevante no contexto do pré-natal, de forma a reforçar a confiança da gestante com a equipe, e a manutenção dos atendimentos ao longo de toda a gravidez.

No sentido das orientações e estímulo à adoção de hábitos de vida saudável para com as mulheres no período gestacional, Pereira et al. (2022) evidenciam a importância da atenção nutricional no pré-natal e no puerpério, classificando-a como requisito fundamental para garantir a integralidade do cuidado, que compreendem ações e serviços com a temática de alimentação e nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos que comumente ocorrem nesse período.

Dessa forma, as alterações no estado nutricional pré-gestacional e no ganho de peso materno estão associadas ao aumento de riscos para síndrome hipertensiva, diabetes gestacional e baixo peso ao nascer. Destacam também, que tal intervenção deve ocorrer de forma participativa com as gestantes, permitindo um diálogo mais informal e o fortalecimento do vínculo entre paciente e equipe, funcionando como uma quebra de barreiras que dificultam a transmissão de educação em saúde, que são, na maioria das vezes, de difícil entendimento para o público em geral (Pereira et al., 2022).

O acolhimento da mulher grávida com DMG pelos enfermeiros envolve a escuta atenta e empática. É essencial que os profissionais de enfermagem estejam preparados para compreender as preocupações e ansiedades das gestantes, criando um ambiente acolhedor e seguro. Isso permite que as mulheres se sintam à vontade para expressar suas dúvidas e medos em relação à DMG, bem como compartilhar suas experiências pessoais (Gomes et al., 2019).

Nesse sentido, Valmorbidia e Takahashi (2023) destacam que promoção da saúde é um pilar fundamental da atuação da enfermagem na diabetes gestacional. Isso envolve não apenas o controle da glicemia, mas também o cuidado integral da gestante, incluindo a saúde emocional e o bem-estar geral. Os profissionais de enfermagem podem oferecer suporte emocional, encorajar a adesão ao tratamento, identificar possíveis fatores de risco e encaminhar para outros profissionais de saúde, quando necessário.

A estratégia de saúde comunitária tem um papel muito importante no rastreamento dessas gestantes e no diagnóstico precoce da DMG. Por ser a porta de entrada da gestante no SNS, a equipa de enfermagem é responsável por orientar e transmitir informações para as gestantes nas consultas de pré-natal, atuando na prevenção de complicações materno-fetal e promoção da saúde, intervindo com ações precocemente, estabelecendo um vínculo com essas mulheres para uma maior confiança e assim proporcionando uma gestação mais tranquila.

A consulta de enfermagem é uma atividade autónoma, com base na metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com os graus de dependência dos utentes, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem. Logo, a consulta de enfermagem constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com o utente com diabetes e seus familiares. Para Sousa, et al., (2008), a consulta de enfermagem a utentes com diabetes representa um potencial para o desenvolvimento da relação terapêutica em parceria enfermeiro/utente/família, facilitando o processo de adesão terapêutica com recurso a planos de cuidados adaptados à pessoa com identificação de áreas de dificuldade de adesão comportamental, para que possam ser ultrapassados e haja, assim, efetivos ganhos em saúde.

Nesse sentido, o enfermeiro apresenta uma função importante na identificação do DMG, cabendo a ele detetar na consulta de enfermagem, no pré-natal, quais os problemas pelos quais a gestante possa estar a passar, apoiando assim o diagnosticar o DMG, optando pelo tratamento mais adequado e esclarecendo sobre as causas e os meios de conviver de forma saudável com essa doença. O enfermeiro necessita interagir com a gestante para poder criar um tratamento conforme a realidade dela (Júnior et al., 2016).

A educação para a saúde é, provavelmente, o pilar fundamental no tratamento do doente com diabetes, que importa que conduza a uma promoção efetiva da literacia no seu conceito mais amplo e envolvente. Assim, para se obterem resultados positivos no tratamento e no controlo da doença, enquanto doença crónica com forte impacto em termos individuais e dos sistemas de saúde, a pessoa diabética e família devem, em primeira instância, serem consciencializadas sobre todos os aspetos inerentes à gestão da doença, sendo, portanto, muito importante a educação (Salvado, 2012).

Portanto, a consulta de enfermagem nas comunidades é um fator fundamental para que o pré-natal seja realizado de modo adequado, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) uma estratégia para refletir sobre as necessidades da gesta, pois através do Processo de Enfermagem o profissional pode elaborar um plano de ação em situações de risco, identificando os principais riscos para a mulher com DMG, prescrevendo cuidados como controle de glicemia capilar, alimentação saudável, atividades físicas conforme indicado e assiduidade nas consultas de pré-natal (Santos et al., 2018).

Em resumo, a assistência da enfermagem na comunidade frente à diabetes gestacional na atenção primária à saúde abrange a promoção de hábitos saudáveis, a oferta de orientações específicas para as gestantes e a promoção da saúde de maneira integral. Através da educação em saúde, do suporte emocional, do incentivo ao autocuidado e da orientação sobre o manejo da condição, a enfermagem desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade de vida das gestantes com diabetes gestacional.

3.1. Intervenção Especializada do EESCP na Assistência à Grávida com DMG

O enfermeiro como educador, deve orientar a gestante quanto à doença, os seus sintomas e a terapêutica medicamentosa, realizando orientações de hábitos saudáveis, como por exemplo, alimentação e exercícios físicos, elucidar dúvidas durante a evolução da gestação e incentivar a mesma para o autocuidado (Paulino et al., 2016).

Ao assistir uma gestante com DMG o enfermeiro na comunidade não desempenha apenas ações assistenciais, mas, principalmente educativas, ensinando a mulher sobre a importância de uma alimentação adequada, seguir o plano alimentar proposto pela nutricionista da equipe multiprofissional, a importância da adesão ao tratamento, prática de atividade física regular, buscar equilíbrio no ambiente doméstico e de serviço a fim de reduzir o estresse (Primo et al., 2015)

O acolhimento da mulher grávida com DMG pelos enfermeiros envolve a escuta atenta e empática. É essencial que os profissionais de enfermagem estejam preparados para compreender as preocupações e ansiedades das gestantes, criando um ambiente acolhedor e seguro. Isso permite que as mulheres se sintam à vontade para expressar suas dúvidas e medos em relação à DMG, bem como compartilhar suas experiências pessoais (Gomes et al., 2019).

Ao primeiro contato, as consultas começam buscando os fatores pessoais das gestantes. Nesse momento é onde são consideradas a individualidade e singularidade de cada mulher. A partir disso, são recolhidas informações como nome, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, etc. Também se questiona se a gestação foi planejada, se há outros filhos, se houve um aborto prévio e quais os pensamentos que se passam diante dessa atual gravidez. Essas características podem influenciar diretamente na adesão, ou não, dos comportamentos promotores de saúde pela gestante, como por exemplo, alimentação balanceada, realização de atividade física, cuidados odontológicos, rotinas de vida equilibradas e, principalmente, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme a portaria n.º 570, de 1º de julho de 2000. Em paralelo, os comportamentos prévios relacionados são de extrema importância, pois nesta etapa são investigados os hábitos alimentares da gestante, sobre a execução de atividades físicas e se há uso de álcool e outras drogas. A partir desse levantamento de dados, colhidos na anamnese, podemos observar a presença de fatores de risco diante das informações apresentadas, que podem desenvolver complicações na gravidez. Nas consultas, consegue-se observar a rotina alimentar e os padrões nutricionais. A alimentação saudável é determinante do estado de saúde dos indivíduos. O elevado consumo de alimentos ultra processados, por alta concentração de açúcares, gorduras, sal, corantes e outros aditivos, está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como DM e hipertensão arterial, tanto na população geral quanto nas gestantes. (Ruiz; Assumpção, Malta e Francisco, 2021)

A respeito do papel da enfermagem e o contexto da humanização no pré-natal, a questão também foi abordada por Mariano et al. (2021), que mencionam que a enfermagem, dentro do contexto de cuidados, protagoniza essa assistência direta, por estar mais próximo da gestante, mediante a prática assistencial e sistematizada de maneira holística e que, portanto, tem um papel fundamental na rotina dessas mulheres com atribuição de assisti-las e apoiá-las utilizando linguagem simples que contribua para processo

psicoemocional, promovendo entre a gestante e equipe de enfermagem maior afinidade, ambiente acolhedor e seguro com qualidade e humanização. Tal questão se mostra especialmente relevante no contexto do pré-natal, de forma a reforçar a confiança da gestante com a equipe, e a manutenção dos atendimentos ao longo de toda a gravidez.

Os profissionais de saúde assumem um papel primordial na educação da pessoa com diabetes, como vimos no capítulo anterior, tendo em mente a promoção da saúde. A promoção de hábitos e de estilos de vida saudáveis na população em geral e nos indivíduos que apresentam fatores de risco, diabéticos em particular, englobam um conjunto de medidas que visam aumentar a longevidade dos indivíduos, famílias e comunidades, melhorando concomitantemente a qualidade de vida dos mesmos. Coloca-se então, em prática um conjunto de atividades, visando sempre a capacitação dos indivíduos diabéticos para a aquisição de estilos de vida saudáveis, nomeadamente no que concerne à alimentação saudável e equilibrada, ao exercício físico regular, à ocupação dos tempos livres, à abstenção de fumar, à identificação de fatores para a não adesão ao regime terapêutico (Queiroz et al., 2019).

Ensinar às utentes sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, bem como intervenções apropriadas. Desencorajar o uso de álcool e fumar durante a gravidez para diminuir o risco de anomalias do sistema nervoso central e baixo peso ao nascer. Álcool e tabaco podem diminuir os níveis de glicose e suprimir o apetite.

Considerando o exposto acima, o diagnóstico precoce e acompanhamento de gestantes com DMG faz-se necessário para evitar as complicações tanto para mãe, como para o (Sousa et al., 2015). Portanto, a consulta de enfermagem nas comunidades é um fator fundamental para que o pré-natal seja realizado de modo adequado, sendo a SAE uma estratégia para refletir sobre as necessidades da gesta, pois através do Processo de Enfermagem o profissional pode elaborar um plano de ação em situações de risco, identificando os principais riscos para a mulher com DMG, prescrevendo cuidados como controle de glicemia capilar, alimentação saudável, atividades físicas conforme indicado e assiduidade nas consultas de pré-natal (Santos et al, 2018). O enfermeiro deve ser considerado como sendo uma peça chave no cuidado ao paciente com DMG e, portanto, deve estar empenhado e motivado, para que assim possam oferecer aos pacientes um atendimento diferenciado, tendo em vista o bem-estar desses indivíduos. As vezes os enfermeiros atuam como educadores visando de forma contínua a prevenção e a promoção da saúde, pois agindo assim poderão contribuir

significativamente com a redução dos novos casos e das diversas complicações às quais os pacientes se encontram expostos.

Outro fator importante que pode contribuir com melhora no quadro de saúde do cliente, é a orientação com relação à ingestão correta das medicações, pois, dessa forma, o medicamento irá fazer os efeitos adequados no organismo dos indivíduos (Alves & Pereira, 2018). A assistência de enfermagem para a utente com DMG precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o cliente a conviver melhor com a sua condição crônica, reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvendo habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa no conhecimento do seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações, e obter um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de práticas de exercícios físicos (Alves & Pereira, 2018).

O enfermeiro é um profissional-chave no cuidado do DMG, e deve estar capacitado para orientar essas gestantes, especialmente nos deficits de autocuidado, além de planejar e executar cuidados individualizados e proporcionar o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis (Landim et al., 2018). Nesse sentido, o enfermeiro tem papel fundamental, especialmente porque uma de suas principais atribuições é ser educador em saúde, e pode estimular o autocuidado da gestante com DMG; além de também atuar como mediador no decorrer do pré-natal dessas mulheres, pois é um dos responsáveis pelo sucesso do tratamento (Schmaufuss et al., 2016).

No caso de gestação em que seja diagnosticada DMG, o enfermeiro deverá atuar juntamente com o médico, pois será considerada uma gravidez de alto risco e serão necessários exames de mais complexidade e um acompanhamento mais rigoroso.

A assistência de enfermagem é primordial nesse contexto, pois no período pré-natal, tem de desencadear ações específicas para conforto da gestante, controle da doença e prevenção de possíveis complicações para ela e seu conceito (Lacerda, 2020). O enfermeiro deve atuar no cuidado com foco de atenção no conceito de humanização, realizando atividade na comunidade, que permitam à mulher vivenciar a experiência da gestação como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, e procurar estabelecer um ambiente seguro o suficiente para o nascimento saudável da criança. Isso não envolve

apenas tecnologias avançadas, mas sim um trabalho de acompanhamento e apoio durante todo o pré-natal que permita à gestante chegar no parto fazendo escolhas conscientes e bem informadas (Serruya et al., 2017).

Neste sentido Valmorbida e Takahashi (2023) destacam que promoção da saúde é um pilar fundamental da atuação da enfermagem na diabetes gestacional. Isso envolve não apenas o controle da glicemia, mas também o cuidado integral da gestante, incluindo a saúde emocional e o bem-estar geral. Os profissionais de enfermagem podem oferecer suporte emocional, encorajar a adesão ao tratamento, identificar possíveis fatores de risco e encaminhar para outros profissionais de saúde, quando necessário.

De acordo com Soares et al. (2017) o pré-natal tem como finalidade acompanhar as condições da gestante e do feto, portanto, só apresenta plenitude de benefícios se iniciado logo no início da gestação, com no máximo 12 semanas, portanto o contato do enfermeiro com a mulher é indispensável pois permite detetar os sinais e sintomas de alterações glicêmicas, bem como situações de risco, podendo o profissional intervir de modo educativo, a fim de realizar a promoção da saúde gestacional.

Vivenciar a gravidez pode ser o maior desejo da paciente, todavia, quando uma condição como a DMG a atinge, o risco à saúde da criança e da gestante é elevado, ainda que não persista no pós-parto, é uma desordem metabólica importante, que pode levar ao aumento da pressão arterial, óbito neonatal, macrossomia, parto com distocia, hipoglicemia e aumento de bilirrubina sérica no feto, sendo o enfermeiro, de acordo com Pereira et al. (2022) o responsável pelas orientações sobre hábitos saudáveis de vida.

3.2. Impacto dos Determinantes em Saúde na Gestão da Grávida com DMG

A identificação dos determinantes em saúde de uma comunidade é um dos critérios de avaliação definidos pela unidade de competência “Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355) definido para os EEESCSP.

Os determinantes de saúde, de acordo com a DGS (2021), são fatores que contribuem para o estado atual de uma pessoa ou população, que seja pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrer uma doença ou ainda de morte prematura e evitável. No entanto, um determinante de saúde pode estar relacionado com mais do que um problema de saúde,

assumindo assim uma elevada importância no planeamento estratégico de base populacional.

Enquanto EEESCSP é importante entendermos e percebermos o conceito de Pessoa, seja ela enquanto indivíduo ou coletividade ou enquanto agente intencional nos seus percursos de saúde-doença. E, entender que existem três tipos de processos nos quais pode ser enquadrada: processos intencionais, relacionados com os mecanismos de tomada de decisão pela pessoa; processos não intencionais, que estão relacionados com os fatores que não são controlados pela pessoa e, os processos de interação com o ambiente, como é o exemplo dos elementos económicos, comunitários ou sociais (Melo, 2020).

Assim, pode afirmar-se que para George (2004) (as cited in Melo 2020) existem várias categorias de determinantes de saúde interligados aos processos acima descritos. Os determinantes de saúde estilos de vida dizem respeito aos processos intencionais que estão relacionados com os mecanismos de decisão tomados intencionalmente pelo indivíduo; os determinantes sociais, económicos, ambientais, cultural e de acessibilidade fazem parte dos processos de interação com o ambiente onde se deve ter em linha de conta aspetos como a pobreza, o socioeconómico, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, o alto custo dos transportes, a medicação, a distância dos centros de tratamento ou consultas e as crenças e costumes dos utentes. Estes utentes podem estabelecer prioridades em relação a tudo o que foi dito, mas não podem descorar a adesão ao regime terapêutico.

O autocuidado exigido ao diabético é contínuo na sua vida diária. Desde o início do diagnóstico, há sempre mudanças que se têm de ter em conta, sujeitando o diabético a diferentes exigências e prioridades. Estas mudanças obrigam a ajustes frequentes no seu comportamento e no seu dia a dia. os determinantes de saúde biológicos têm relação com hereditariedade é uma dessas componentes que maior peso tem neste tipo de doença crónica os processos não intencionais, como os fenómenos fisiológicos (pressão arterial, metabolismo energético).

3.3. Dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

Os EEESCSP detêm um conhecimento profundo e específico na resposta às necessidades de uma determinada população. A organização destes cuidados no artigo em questão cumpre os enunciados descritos (Regulamento n.º 348/2015). Tendo em conta a

promoção da saúde na procura permanente da excelência no exercício profissional, EEESCSP ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde. No que concerne aos enunciados descritivos:

- **A satisfação do cliente** o enfermeiro de respeitar as culturas, crenças e valores e buscar empatia para mulheres em idade reprodutiva, é necessário um rastreamento eficaz e diagnóstico precoce para o DMG durante a gestação, recebendo cuidados pré-natais adequados, com resultados positivos na gravidez necessário explicar a sua importância;
- a **promoção da saúde**, o enfermeiro deve ter um olhar holístico para o planeamento de estratégias que visem a educação em saúde na comunidade, dessa maneira, é primordial que haja grupos profissionais de enfermeiros que realizem palestras e sensibilização que visem a orientação sobre a prevenção do DMG a fim de proporcionar a oportunidade de sanar possíveis dúvidas, fazendo referência à aplicação do projeto DARE+ nas escolas e equipas escolares;
- a **prevenção de complicações** como é o caso da existência da vacinas em que se promove ao seu cumprimento evitando doenças já quase erradicadas, também estabelecer um ambiente seguro e um vínculo com essas mulheres para uma maior confiança e assim proporcionando uma gestação mais tranquila, além disso, melhorar a triagem pós-parto e os cuidados de acompanhamento para mulheres após o DMG é fundamental para prevenir a progressão do DM2 e EEESCSP tem um papel muito importante no rastreamento dessas gestantes e no diagnóstico precoce da DMG. Por ser a pessoa mais próxima a comunidade a equipe de enfermagem é responsável por orientar e transmitir informações para as gestantes nas consultas de pré-natal, atuando na prevenção de complicações materno-fetal e promoção da saúde;
- o **bem-estar** e o **auto-cuidado**, isto remete-nos para uma identificação rápida de problemas que estejam presentes em determinada população, como a prevenção de maus-tratos nas mulheres grávidas, também por meio da redução da ansiedade e do medo, além de potencializar o poder vital da mulher e a detecção precoce de intercorrências, o que contribui para um parto saudável e para a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal;

- a **readaptação funcional** em que existe a otimização das capacidades do grupo, podendo ter como exemplo aderir tratamentos farmacológicos e intervenção no estilo de vida e atividade física regular;
- a **organização dos cuidados de enfermagem** comunitária deve ser registar suas intervenções e/ou diagnósticos no SClínico e o **planeamento em saúde e vigilância epidemiológica**, que pode ser feita também através do grupo de planeamento da USP com o respetivo diagnóstico de situação e, posteriormente todas as seguintes etapas do planeamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DMG é uma doença adquirida na gravidez que possui impactos relevantes para a mulher e o bebé, e deve ser adequadamente acompanhada no âmbito do cuidado de saúde primária e na comunidade. A deteção precoce e a gestão adequada da doença são essenciais para prevenir complicações maternas e neonatais, bem como reduzir os custos associados ao diabetes gestacional.

A maioria dos artigos evidenciou que o processo de educação em saúde é uma estratégia do enfermeiro comunitária que é fundamental para a prevenção da DMG na atenção primária à saúde e na comunidade. Além disso, observou-se também que a consulta de enfermagem pré-natal é outra estratégia que visa uma maior formação de vínculo e uma maior adesão para a promoção da qualidade de vida da gestante.

Nesse contexto, a educação em saúde é baseada na comunicação clara e objetiva entre o enfermeiro a gestante, orientações sobre as formas de prevenção da DMG na atenção primária à saúde e na comunidade, realização de grupos educativos e de palestras sobre a temática.

Outro aspeto relevante é que esta estratégia deve estar articulada com outras áreas do conhecimento e com os recursos existentes atenção primária à saúde, nas escolas, igrejas, centros comunitários e associação de moradores. Também deve estar pautada na capacitação profissional do próprio enfermeiro, organização do serviço e a disponibilidade de recursos adequados, a capacidade de desenvolver um olhar holístico para os aspetos emocionais e psicológicos que possam interferir na adesão do autocuidado da gestante e, por fim, uma anamnese completa sobre o estado nutricional, levando em consideração também outros fatores durante a consulta.

Os enfermeiros devem estar capacitados para realizar uma variedade de atividades, como monitoramento da glicemia, aconselhamento nutricional, administração de insulina e educação para gestantes. Além disso, é importante que haja um trabalho em equipe com outros profissionais de saúde para garantir um cuidado integrado e eficaz.

Como sugestão para trabalhos futuros, destaca-se investigar a efetividade de abordagens de enfermagem centradas na mulher e baseadas em evidências para a prevenção da diabetes gestacional, com foco em intervenções que promovam estilo de vida saudável,

como alimentação balanceada e prática regular de atividade física e, também, realizar estudos que avaliem a implementação de protocolos de cuidado padronizados para enfermeiros no acompanhamento e monitoramento da diabetes gestacional, a fim de verificar sua adesão, eficácia e impacto nos resultados de saúde das gestantes e bebês.

REFERÊNCIAS

Abreu, G., Tarantino, R., Cabello, P., Zembrzuski, V., da Fonseca, A., Rodacki, M., ... & Campos Júnior, M. (2019). The first case of NEUROD1-MODY reported in Latin America. *Molecular genetics & genomic medicine*, 7(12), e989.

Aguiar, C.; Silva, M.; Queiroz, S.; Santos, R. Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva* (Barueri), [S. l.], v. 11, n. 64, p. 5604– 5615, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615. Disponível em: <https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1507>.

American Diabetes Association (2010). Standards of Medical Care in Diabetes – 2010. *Diabetes Care*. Jan; 33: S11-S61

American Diabetes Association (2017). Classification and Diagnostics of Diabetes. *Diabetes Care*. Jan, vol 40, Suppl. 1: S 18-22.

Amorim, C. (2017). *Conversas jovens diplomatas*. Saraiva Educação SA.

Azevêdo, A. (2017). Humanização na assistência obstétrica: o psicodrama como instrumento nos processos de aprendizagem. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 25(2), 100-106.

Backes, M. S., Sousa, F. G. M., & Erdmann, A. L. (2008). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 319-326.

Backes, M., Sousa, F., & Erdmann, A. (2008). O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(3), 319-326.

Bernardes, N. G., Carvalho, F. L., dos Santos Gonçalves, J., & Pugliese, F. S. (2023). A importância da atenção farmacêutica aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(11), 45-55.

Botelho, L., de Almeida Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136

da Rocha Fernandes J, Ogurtsova K, Linnenkamp U, Guariguata L, Seuring T, Zhang P, Cavan D, Makaroff LE. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures

on diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2016 Jul; 117:48-54. doi: 10.1016/j.diabres.2016.04.016. Epub 2016 Apr 27. PMID: 273290

de Fátima Mariano T, Dias da Silva R, Pranches Carneiro HF, Gobbis Shiraishi F, de Oliveira Florentino A, de Godoi Montes L, Godoy Duarte AG, Silva Cyrino. Disponível em

de Fátima Mariano, T., Dias da Silva, R., Pranches Carneiro, H. F., Gobbis Shiraishi, F., de Oliveira Florentino, A., de Godoi Montes, L., Godoy Duarte, A. G., & Silva Cyri Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90.

de Fátima Mariano, T., Dias da Silva, R., Pranches Carneiro, H. F., Gobbis Shiraishi, F., de Oliveira Florentino, A., de Godoi Montes, L., Godoy Duarte, A. G., & Silva Cyrino, C. M. (2021). A atuação do enfermeiro no cuidado à gestante com diagnóstico de diabetes gestacional. *Global Academic Nursing Journal*, 2(Spe.1), e97. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200097>

de Jesus Veras, V., Alencar, R. F. C., Loureiro, M. A. B., Gomes, D. S. A., & da Silva Costa, L. W. (2020). Diabetes mellitus gestacional: assistência com ações educativas e implantação de um plano de alta de enfermagem voltado para as gestantes internadas em um hospital universitário: um relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 6(12), 99859-99867

de obstetrícia Febrasgo, T. (2019). Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto.

Direção-Geral da Saúde (2011) (Norma número 002/2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [PDF]. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-eorientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [PDF]. Retrieved from https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna.ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf;

dos Santos, R. L., Calou, C. G. P., Araújo, A. H., de Brito, A. A., Domingos, A. B. A., Ferreira, A. M. T., ... & Machado, Y. M. S. (2021). Saúde na escola: adolecer com saúde. *Revista de Extensão da URCA*, 1(1), 118-124.

Gattullo, B., & Olubummo, C. (2009). Sizing up gestational diabetes. *Nursing2023*, 39(12), 54-56.

George, J. (2011). Improving the post-natal management of women with diabetes in pregnancy. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 17(2).

Gomes, C., Dias, R., Silva, W., Pacheco, M., Sousa, F., & Loyola, C. (2019). Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, e20170544. doi:10.1590/1980-265x-tce-2017-0544

Hoff, Learson. et al. Diabetes Mellitus gestacional: diagnóstico e manejo. *Revista Acta méd. Científicas em Ciências da Saúde*, Porto Alegre, v.36, n. 8, p. 1-8, maio. 2015.

https://www.researchgate.net/publication/371427430_O_papel_da_enfermagem_frente_a_diabetes_gestacional_na_Atencao Primaria_a_Saude_uma_revisao_narrativa_de_lite_ratura

Jesus, A. S. D. (2019). Estereótipo de gênero na infância: o que as famílias têm a dizer, em Santo Antônio de Jesus. *Care, D.* (2019). Standards of medical care in diabetes 2019. *Diabetes Care*, 42 (Suppl 1), S124-38.

Karavasileiadou, S., Almegewly, W., Alanazi, A., Alyami, H., & Chatzimichailidou, S. (2022). Self-management and self-efficacy of women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Global Health Action*, 15(1), 2087298.

Kelley, K.W.; Carroll, D.G.; Meyer, A. (2015). "A review of current treatment strategies for gestational diabetes mellitus". *DrugsinContext*; 4: 212282. Doi: 10.7573/dic.212282

Lacerda, F. (2020). A Importância da Assistência de Enfermagem as Pacientes Portadora do Diabetes Mellitus. UFMG. Governador Valadares.

LaManna, J., Quelly, S., Stahl, M., & Giurgescu, C. (2020). A Florida public health-based endocrine clinic for low-income pregnant women with diabetes. *Public Health Nursing*, 37(5), 729-739.

Landim C., Milomens K., Diogenes M. (2018). Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, RS, v. 29, n.3, p. 374-381.

Landim C., Milomens K., Diógenes M. (set. 2008). Déficits de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). v.29, n. 3, p.:374-81.

Lima, R.; Cavalcante, J.; Machado, M.; Cavalcante, E.; Quirino, G.; Rebouças, V. (2020). Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem: análise à luz do modelo de Pender. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 21, e42159

Lopes, M., Araujo, A., Moreira, D., Fontoura, V., de Oliveira, M., Teixeira, P., ... & Viana, J. (2022). Mulheres diagnosticadas com Diabetes Mellitus gestacional: um olhar por meio da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 31504-31522.

Lowdermilk, D.; Perry, S.; Bobak, I. (2008). “O Cuidado em Enfermagem Materna”. in Lowdermilk Deitra Leonard e Perry, Shannon. *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed, Lusodidacta, Lisboa.

Machado, M., Aguiar Filho, W., de Lacerda, W., de Oliveira, E., Lemos, W., Wermelinger, M., ... & Barbosa, C. (2016). Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfermagem em Foco*, 7(ESP), 9-14.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL;

Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90. Doi file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81t

Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV nº19, páginas 81-90. Doi file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20(1).pdf;o90_port.pdf%20(1).pdf;

Mendelson, S., McNeese-Smith, D., Koniak-Griffin, D., Nyamathi, A., & Lu, M. (2008). A community-based parish nurse intervention program for Mexican American women

with gestational diabetes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(4), 415-425.

Observatório Nacional de diabetes 2018 a 2021 disponível <https://www.bing.com/images/search?q=observat%c3%b3rio+nacional+de+diabetes+2018-2021&qpv=observat%c3%b3rio+nacional+de+diabetes2018-2021&form=IGRE&first=1>

Ogle, G., James, S., Dabelea, D., Pihoker, C., Svensson, J., Maniam, J., ... & Patterson, C. (2022). Global estimates of incidence of type 1 diabetes in children and adolescents: Results from the International Diabetes Federation Atlas. *Diabetes research and clinical practice*, 183, 109083.

Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. (2011). Efeito do excesso de peso materno antes da gravidez e obesidade no resultado da gravidez. *Obstet Gynecol* 2011; 118:305-312.

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2023). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista panamericana de salud pública*, 46, e112.

Paulino, T., da Silva, H., de Medeiros, S., Pereira, F., de Souza Nelson, I., & Alves, I. (2016). Cuidados de enfermagem na consulta de pré-natal a gestante diagnosticada com diabetes gestacional. *Revista humano ser*, 1(1). AMORIM, C. L. N. (2017). *CONVERSAS JOVENS DIPLOMATAS*. Saraiva Educação SA

Primo, C. et al. (2015). Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. *Enfermagem em Foco*. Espírito Santo, v. 6, n. 1, p. 17-23, dez. 2015. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/571/253>. Acesso em: 10 jul. 2020.

Queiroz, I. S., Bertolin, D. C., Werneck, A. L. et al. (2019). Complicações e doenças pré-existentes em gestantes com diabetes mellitus. *Revenferm UFPE online*, 13(5):1202-7. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024126>
[file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/001769/Downloads/REF_dez2018_81to90_port.pdf%20(1).pdf);no,

Regulamento N°348/2015 de 9 de junho da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República: II série, N° 118, 16481-16486 (2015). Acedido a 23

junho, 2022. Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidad eCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf;

Regulamento N°428/2018 de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II série, N° 135, 1954- 1959 (2018). Acedido em 8 de junho, 2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Regulamento N°743/2019 de 25 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II série, N° 184, 128-136 (2019). Acedido a 04 julho, 2022. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>;

Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (edição de 2023). A perspetiva e análise dos anos 2019, 2020 e 2021 decorre na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Relatório Consenso sobre Diabetes e Gravidez (2016). Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF), Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Rodacki, M., Teles, M., Gabbay, M., Montenegro, R., & Bertoluci, M. (2022). Classificação do diabetes. *Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes*, 557753-2022.

Ruiz, A.; Assumpção, D.; Malta, D.; Francisco, P. (2021). Consumption of healthy food and ultra-processed products: comparison between pregnant and non-pregnant women, vigitel 2018. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 511-519, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000200009>.

Santos, M. A. R., Galeno, N. R. F., & Silva, N. A. (2018, December). Elaboração da sistematização da assistência de enfermagem em uma maternidade de alta complexidade. In *Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde* (Vol. 1, N° 1).

Santos, M.; Galeno, N.; Silva, N. (2018). Elaboração da sistematização da assistência de enfermagem em uma maternidade de alta complexidade. *Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde*. Teresina, v. 1, n. 1, p. 1-1, dez. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7800/4535>. Acesso em: 10 jul. 2020.

Santos, V. (2019). Análise das principais atividades físicas e comportamento sedentário em gestantes do segundo e do terceiro trimestre. Monografia—Ariquemes: FAEMA.

Schumalfuss J. et al. (2016). Diabetes Melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. *Revista Cogitare Enfermagem*. V. 19, n. 4, p. 815-822.

Serruya, S.; Lago, T.; Cecatti, J. (2017). O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]., v.4, n.23, p. 269-279.

Shimoe, C. B., Vieira, J. P., de Pontes Alves, E. F., Menegat, J. R., Ferreira, K. P., & Charlo, P. B. (2021). Assistência de enfermagem a paciente com diabetes mellitus gestacional: uma revisão de literatura. *Global Academic Nursing Journal*, 2(Sup. 4), e208-e208.

Silva, R. M. D., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., & Queiroz, F. F. D. S. N. (2019). Uso de tecnologia móvel para o cuidado gestacional: avaliação do aplicativo GestAção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 266-273.

Silva, T. L., Soares, A. N., Lacerda, G. A., Mesquita, J. F. D. O., & Silveira, D. C. (2020). Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Saúde em debate*, 44, 58-69.

Souza, C. (2020). Características e desfechos gestacionais relacionados ao Diabetes Mellitus Gestacional segundo diferentes critérios diagnósticos: Um estudo de coorte.

Souza, L. A., Csizmar, V. N. F., Reis, B. M., Castro, S. S. D., & Meirelles, M. C. C. C. (2017). Desconfortos físicos poderiam estar relacionados com o ganho de peso e paridade em gestantes no último trimestre? *Revista Dor*, 18, 18-22.

Timm, A., Maindal, H. T., & Hillersdal, L. (2022). Co-creating with families and healthcare professionals: shaping a context-sensitive health promotion intervention 'Face-it'. *Health Promotion International*, 37(Supplement_2), ii60-ii72

Valmorbida, N. I., & Takahashi, W. H. (2023). Avaliação do conhecimento sobre diabetes gestacional entre médicos e enfermeiros em serviços de atenção primária de saúde de Cascavel-PR. *Research, Society and Development*, *12*(4), e22012441198-e22012441198

Wang, H., Li, N., Chivese, T., Werfalli, M., Sun, H., Yuen, L., ... & Yang, X. (2022). IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes research and clinical practice*, *183*, 109050

Wang, H., Li, N., Chivese, T., Werfalli, M., Sun, H., Yuen, L., ... & Yang, X. (2022). IDF diabetes atlas: estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria. *Diabetes research and clinical practice*, *183*, 109050.

Whiteman, V. E., Salemi, J. L., Mejia De Grubb, M. C., Ashley Cain, M., Mogos, M. F., Zoorob, R. J., & Salihu, H. M. (2015). Additive effects of pre-pregnancy body mass index and gestational diabetes on health outcomes and costs. *Obesity*, *23*(11), 2299-2308.

World Health Organization. (2012). *World Health Day 2012: ageing and health: toolkit for event organizers* (No. WHO/DCO/WHD/2012.1). World Health Organization.

Zilberman-Kravits, D., Meyerstein, N., Abu-Rabia, Y., Wiznitzer, A., & Harman-Boehm, I. (2018). The impact of a cultural lifestyle intervention on metabolic parameters after gestational diabetes mellitus a randomized controlled trial. *Maternal and child health journal*, *22*, 803-811.