

A consulta de enfermagem na assistência a mulheres com história de diabetes gestacional – uma proposta junto ao Programa de Humanização do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

The nursing consultation in health care of women with a history of gestational diabetes - a proposal from the Program for the Humanization of Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais

Sônia Maria Soares¹, Ivone Maria Martins Salomon², Priscila Benfica Cirilio³

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, que tem por objetivo analisar como a consulta de enfermagem tem contribuído para a melhoria do controle glicêmico de mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional acompanhadas em um Programa de Assistência à Gestante Diabética, desenvolvido junto ao Hospital das Clínicas da UFMG. Foram analisados 222 formulários de consulta de enfermagem das gestantes com história de diabetes e os mapas de anotação dos dados glicêmicos no período de 2004 a 2008. Os resultados revelaram significativa melhora do controle glicêmico em 70% das gestantes em relação ao início do acompanhamento, em função do caráter educativo e de acompanhamento da consulta, pelo fortalecimento da autonomia e das ações voltadas para o autocuidado.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Enfermagem; Diabetes Gestacional; Cuidados de Enfermagem; Hospitais de Ensino.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study with the aim of analyzing how the nursing consultation has contributed for the improvement of the glycemic control of women with history of gestational and pre-gestational diabetes in a Program of Assistance to Diabetic Pregnant Women, developed at the UFMG Hospital das Clínicas. 222 nursing consultation forms of pregnant women with history of diabetes and the glycemic data record maps in the period from 2004 to 2008 were analyzed. The results showed significant improvement in the glycemic control in 70% of the pregnant women related to the follow up beginning, due to the consultation educative and follow up feature, strengthening the autonomy of the self-care actions.

Key words: Health Care Humanization; Nursing; Gestational Diabetes; Nursing Care; School Hospitals.

INTRODUÇÃO

A atuação da enfermagem junto à saúde pública brasileira vem ocorrendo desde meados de 1925, por meio da consulta de enfermagem. Inicialmente denominada “atendimento de enfermagem”, configurava-se como uma “atividade meio”, como

¹Doutora em Saúde Pública, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFMG. Belo Horizonte – Minas Gerais.

²Mestre em Enfermagem, Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – Minas Gerais. E-mail: ivone.salomon@gmail.com

³Discente do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, bolsista de Extensão do projeto: Cuidar... cuidando-se! Diabetes gestacional. Belo Horizonte – Minas Gerais. E-mail: priscilla_benfica@yahoo.com.br

Instituição:
Ambulatório de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Sônia Maria Soares
Rua Braz Cubas, 21, apto 301, Bairro Cruzeiro
Belo Horizonte-MG
CEP 30310-220
E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

cita Madeira¹, compondo-se de técnicas e inserida em um contexto amplo de ações de caráter puramente curativo.

No decorrer do processo de institucionalização da consulta, iniciado em 1969 pela Fundação Serviço de Saúde Pública (FASEP), esta passou, em 1975, a ser denominada “consulta de enfermagem”, atividade exclusiva do enfermeiro e que se reveste de um conceito mais amplo, reiterando o paradigma em ascensão de atenção à saúde, em que se privilegiam a promoção da saúde e a prevenção dos agravos.¹

A assistência de enfermagem pautada na realização da consulta de enfermagem foi incorporada às instituições de saúde desde a década de 60. Após intensas manifestações para o reconhecimento desta pelos órgãos competentes, em 25 de junho de 1986 foi normalizada pelo art. 11, inciso I, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, e regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre essa como atividade privativa do enfermeiro^{2,3}.

Com a Reforma Sanitária, firmou-se o papel do enfermeiro como ator fundamental na garantia dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Posteriormente a essa regulamentação, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 159, de 19 de abril de 1993, reiterou a consulta de enfermagem como atividade de caráter obrigatório e inerente da assistência em todos os níveis de atenção.^{2,3}

A consulta é intrínseca à sistematização da assistência de enfermagem, sendo uma das atividades desempenhadas pelo enfermeiro, por meio da qual o profissional exercita seu papel junto ao sistema de saúde, tendo como finalidade buscar resultados condizentes com o preconizado e esperado pelo serviço de saúde.⁴

Assim, a consulta de enfermagem permite ao enfermeiro identificar e implementar ações voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação do indivíduo e da comunidade adscrita, utilizando meios científicos para diagnosticar os agravos e suas relações com a saúde da população, fundamentando-se nos princípios norteadores e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A consulta tem sido utilizada como instrumento de trabalho dos enfermeiros que atuam, predominantemente, na atenção básica e secundária e consiste em: histórico de enfermagem (entrevista e exame físico); diagnóstico de enfermagem; prescrição e implementação da assistência; e evolução de enfermagem.⁴

No âmbito da atenção secundária, a consulta traduz-se como parte de um processo que permite de forma racionalizada e coerente organizar o trabalho, tornando-o efetivo, além de atuar como um componente facilitador na implementação de novas perspectivas assistenciais, voltadas para as necessidades do usuário.

Diante da reafirmada importância e abrangência da consulta de enfermagem, esta deve fazer-se presente no cotidiano das instituições de saúde como forma de incentivar e fortalecer as ações positivas para a preservação da saúde dos indivíduos e da comunidade adscrita.

De forma singular, as doenças crônicas e os agravos da gestação são exemplos em que os preceitos da consulta contribuem grandemente no percurso da doença e do tratamento, por configurarem-se como situações que requerem ação constante e de longo tempo de controle. É na consulta que o cliente expõe dúvidas, é orientado e estimulado a continuar o tratamento.⁵

Na gravidez, período de vulnerabilidade e mudanças significativas no organismo materno, o diabetes é uma enfermidade recorrente e pode significar complicações irreversíveis à mãe e ao feto. Uma das formas em que pode fazer-se presente é no diabetes *mellitus* gestacional (DMG), ocasionado pelo aumento da resistência periférica à insulina em função da presença de hormônios diabetogênicos. O agravo surge pela primeira vez na gravidez, podendo ou não persistir após o parto⁶; pode surgir também nos casos de diabetes pré-gestacional (DPG), envolvendo o diabetes *mellitus* tipo 1 (DMT1) – doença que se justifica pela ausência de insulina em função da destruição das células beta-pancreáticas⁷; e o diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) – resultante de alterações na secreção e/ou ação da insulina.⁸⁻¹⁰

Em relação ao diabetes gestacional (DG), a consulta de enfermagem é essencial para o acompanhamento à mulher, pois é nesse momento que a gestante é orientada quanto às características do agravo, os riscos que este proporciona para si e para o feto, como se dará o tratamento e as orientações sobre a insulinoterapia, quando necessário, bem como em relação às possíveis complicações e evoluções no parto e no puerpério. Permite, ainda, atendimento humanizado, com possibilidade de fortalecimento do vínculo entre o profissional e a mulher, desde o saber-se diabética até o puerpério, tendo como objetivo principal a autonomia e o exercício do autocuidado em seu cotidiano.

No Brasil, ainda são poucos os serviços que priorizam a consulta de enfermagem na assistência a mulheres com diabetes gestacional. Assim, em 1989, o Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG implantou o “Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, o qual se responsabiliza pelo acompanhamento a gestantes diabéticas, sendo este integrado à sistematização do atendimento a gestantes portadoras de endocrinopatias, em parceria com os serviços de ginecologia-obstetrícia e endocrinologia.

Na consulta de enfermagem, as atividades desenvolvidas são fundamentadas em uma concepção de saúde abrangente, não restrita ao cunho curativo e voltando-se para a assistência integral. Consiste em um atendimento de todas as necessidades e demandas da usuária, não se limitando à doença, e interdisciplinar, na qual profissionais de diferentes áreas assistem às gestantes, promovendo sensibilização, orientação, educação e esclarecimentos sobre o diabetes e sua associação com a gravidez e, principalmente, os cuidados durante o tratamento, o manejo da insulina, a importância da automonitorização e o acompanhamento à gestante durante toda a gravidez e puerpério.

Este trabalho tem por objetivo analisar como a consulta de enfermagem tem contribuído para a melhoria do controle glicêmico de mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional acompanhadas no “Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética” do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Justifica-se pela relevância da consulta no acompanhamento a gestantes diabéticas e pelo seu caráter humanizado, por propiciar à paciente maior autonomia, aprendizado para o manejo do seu controle glicêmico e responsabilização pelo seu autocuidado; por alertar para situações de emergência, bem como por reduzir as complicações neuropáticas e vasculares no pós-parto em função do melhor controle metabólico passível de ser alcançado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido junto ao Projeto de Extensão: “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética” vinculado ao Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Esse serviço assiste a gestantes portadoras de

diabetes gestacional e pré-gestacional em suas principais necessidades de atendimento especializado por meio de consulta médica, acompanhamento nutricional, consulta de enfermagem e grupos.

Foram analisados 222 formulários de consulta de enfermagem de mulheres com história de diabetes gestacional, preenchidos na admissão, e também os mapas de anotação dos dados glicêmicos das mulheres assistidas no período de 2004 a 2008.

A consulta de enfermagem enfoca a história atual e pregressa da mulher, considerando como prioridade os padrões de resposta humana, os eventos da história obstétrica e endócrina e o mapa de anotação dos dados glicêmicos, o qual consta de uma tabela em que são anotados os resultados dos testes realizados durante o acompanhamento e as dosagens de insulina.

SITUANDO O PROGRAMA DE ATENÇÃO À GESTANTE DIABÉTICA

Em 1997, o atendimento do Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG foi viabilizado, sistematizado e vinculado ao Projeto de Extensão “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, sendo seu objetivo atender às gestantes portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional, uma vez que essa gestação é caracterizada como de alto-risco, exigindo, portanto, atendimento especializado. Para isso, o programa conta com uma equipe multiprofissional composta de endocrinologistas e residentes de endocrinologia, enfermeiras assistencial e docente, nutricionista e estagiária de Nutrição.

Durante as consultas, valorizam-se o diálogo, a troca de experiências e as demandas de cada gestante, com o objetivo de apreender o que é sabido por elas, suas ações de autocuidado, como elas se reconhecem frente à sua problemática, a aceitação e manejo do agravo, além de esclarecer as possíveis dúvidas que possam surgir e orientar sobre a utilização da insulina, a importância de manter a dieta e o estímulo à prática de atividades físicas.

O atendimento vem acontecendo duas vezes por semana, em encontros individuais ou coletivos, sendo os profissionais de enfermagem responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de cunho educativo, orientando e acompanhando as gestantes durante a gravidez e no puerpério.

Como demonstrado no fluxograma de atendimentos (Figura 1), a mulher com diabetes prévio já inicia o

acompanhamento assim que chega ao serviço. Aqueles que chegam com índice de glicemia acima de 95 mg/dL e com 28 semanas ou mais de gravidez (idade da gestação em que se detecta o diabetes gestacional), irão realizar mais alguns testes de glicemia e glicosúria. Em casos de reincidência de índice glicêmico superior a 95 mg/dL e glicosúria positivo, confirma-se o diagnóstico médico. A partir desse momento, a gestante passa a ser acompanhada por um endocrinologista e pela enfermagem até o parto e no puerpério.

Após preencher os critérios para acompanhamento, o primeiro contato da gestante é com uma enfermeira do Programa, em consulta individual. Nesse momento, são realizadas a admissão da gestante, uma entrevista que consta de um levantamento sumário da história do diabetes *mellitus* e anamnese obstétrica, de orientações gerais sobre como será seu acompanhamento, sobre a automonitorização glicêmica e sua relevância e a realização de glicemia capilar e exames de glicosúria/cetonúria.

O número de consultas não é fixo, pois depende do período em que a mulher inicia o seu controle no Programa. Geralmente, elas iniciam seu acompanhamento entre a 28^a e a 30^a semanas de gestação. Com isso, consegue-se realizar, ao longo da gestação, aproximadamente 10 consultas, que se fundamentam em quatro pilares principais: acompanhamento por meio da monitorização glicêmica no ambulatório e no domicílio, a prática de atividade física, a adesão à dieta e à utilização da insulina, a partir de um enfoque humanizado.

A monitorização glicêmica é a fonte principal de informações quanto à validade e o sucesso do acompanhamento, determinando a efetividade deste ou a necessidade de mudanças para a melhoria do controle pela gestante. Essa prática foi incorporada ao programa em 2002, quando começaram a ser fornecidos, pela instituição, os insulinos necessários para a monitorização domiciliar das glicemias capilares.

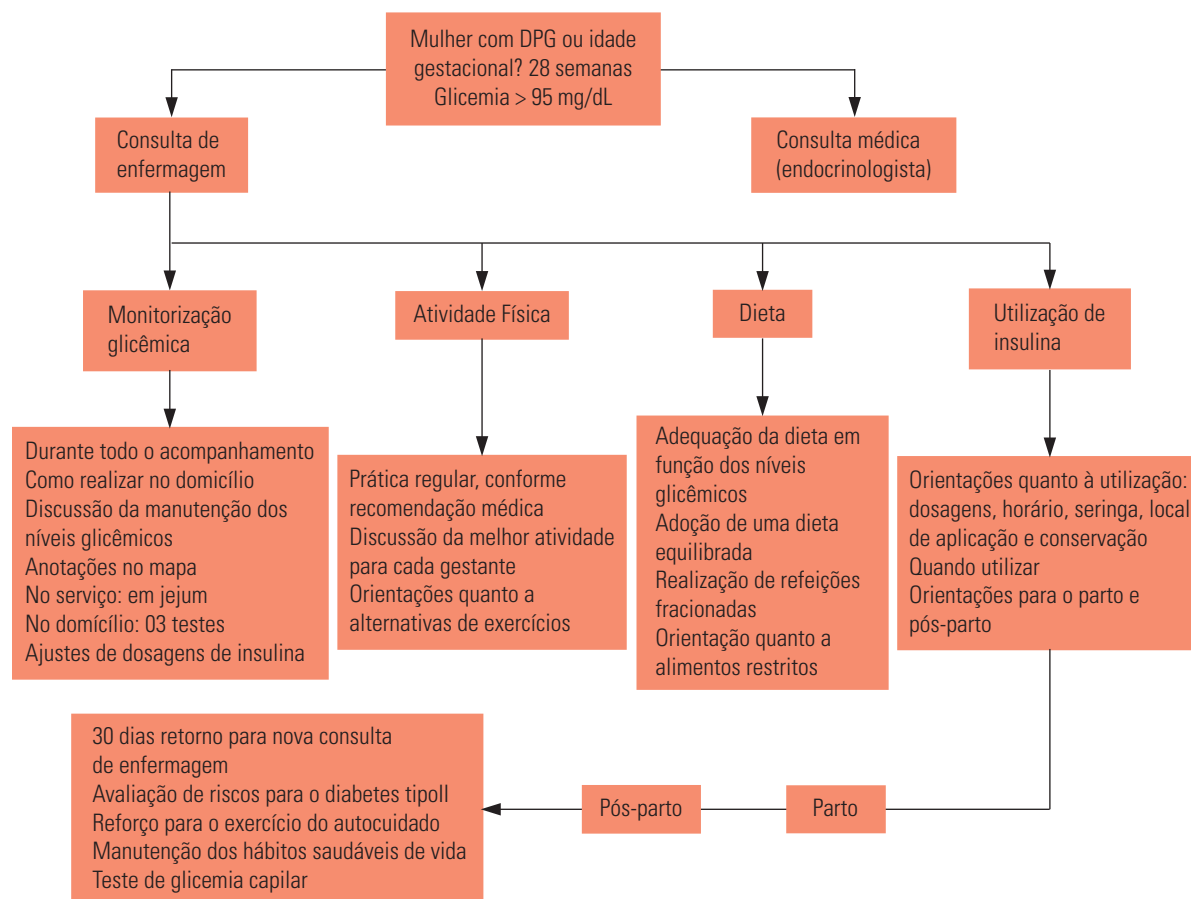


Figura 1 - Fluxo de atendimentos à gestante no Programa

Fonte: Formulário de consultas à gestante do Ambulatório Borges da Costa.

Desde então, foram acompanhadas mais de 250 gestantes e as que utilizam glicosímetros e fitas reativas recebem orientação para a automonitorização glicêmica no início e durante todo o acompanhamento, no que se refere ao manuseio do glicosímetro, aos horários de realização das glicemias capilares e anotação em formulário próprio. A princípio, somente as gestantes com controle deficiente realizavam a automonitorização. No entanto, hoje se recomenda para a maioria das gestantes diabéticas incluídas no Programa, uma vez que as três glicemias capilares oferecidas pelo serviço não refletiam adequadamente o controle glicêmico das mesmas. Com isso, a gestante passou a fazer um teste, em jejum, quando comparece ao serviço e, pelo menos, mais três glicemias capilares ao dia, em casa, em horários alternados: jejum, pré-prandial (almoço), pós-prandial (almoço), pré-prandial (jantar), ao deitar e de madrugada (2 ou 3 horas da manhã).

A gestante também recebe os valores de referência de glicemia capilar nos referidos horários para que ela possa avaliar o seu controle glicêmico diariamente e efetuar correções de acordo com a prescrição dietética e a atividade física. Esses valores, atualmente, seguem os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, *American Diabetes Association*, pelo Ministério da Saúde e são corroborados pelas recomendações publicadas em 2001 pelo Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez.¹¹

Desde 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG disponibiliza os insumos para as gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional e pré-gestacional tipo 2, conforme Lei 11.347/2006¹², uma vez que as gestantes portadoras de diabetes pré-gestacional tipo 1 têm o empréstimo do glicosímetro e o fornecimento de fitas reativas pela Secretaria Municipal de Saúde garantidos anteriormente à gravidez.

Os resultados da automonitorização domiciliar realizada pelas gestantes diabéticas são acompanhados, semanalmente, também pelo endocrinologista, para avaliação da necessidade de prescrição de insulina ou reajuste de dose, e pela Enfermagem e Nutrição, para reavaliação de condutas relacionadas ao autocuidado que possam interferir no controle glicêmico, tais como dieta, atividade física, insulino-terapia, controle do estresse físico e emocional, etc.

Estima-se que, de janeiro de 2002 a janeiro de 2008, foram atendidas cerca de 340 mulheres com história de diabetes gestacional e pré-gestacional. Destas, aproximadamente 70% ou 238 apresentaram melhoria do controle glicêmico e dos hábitos de vida,

o que pôde ser comprovado quando foram analisados os valores de glicemia de jejum ao início da monitorização domiciliar, os quais apareceram quase sempre acima de 95 mg/dL. À medida que a gestante incorporava a prática da automonitorização no seu cotidiano, observavam-se diminuição dos valores glicêmicos e reajuste das doses de insulina.

Outro ponto importante para a manutenção dos níveis glicêmicos nos padrões de normalidade, devido aos seus efeitos sobre a glicemia e ácidos graxos livres, é a realização de atividade física.¹³

Após liberação pelo médico, estimula-se a execução de exercícios que sejam da preferência da usuária, de acordo com seu estilo de vida e sua capacidade física, orienta-se sobre os cuidados para a realização desta, horários, tempo de duração, o que ingerir antes e após a atividade, alternativas e sugestões de exercícios para cada fase da gestação.⁵

O terceiro pilar é a reeducação alimentar, principal fundamento do tratamento para a melhoria do controle glicêmico, principalmente na gravidez, quando deve haver restrito aumento de gordura corpórea.⁵ A gestante é acompanhada por nutricionista do Programa, mas também na consulta são investigadas as dificuldades e os ganhos com a dieta.

E, por fim, o quarto pilar é a insulino-terapia. Essa conduta restringe-se àquelas mulheres com diabetes prévio ou que não conseguiram adequado controle glicêmico utilizando os três pilares anteriormente explicitados. Nesses casos, a gestante é orientada quanto ao tipo de insulina a ser utilizada, dosagens, tipo de seringa, horário, técnica de autoaplicação, local, realização de rodízio e conservação da medicação. De modo geral, inicia-se com a dosagem de 0,5 unidade por dia no período noturno.

Durante as consultas e até o término da gravidez, as mulheres também serão avaliadas, analisados os exames complementares mencionados, orientadas e supervisionadas quanto à autoaplicação de insulina e às condutas de adesão ao tratamento no que se refere à atividade física, à dieta prescrita e à insulino-terapia.

Ao aproximar-se o fim da gestação, são também discutidas as condutas para o parto e puerpério. Após 30 dias do parto, a gestante deve retornar ao serviço para nova consulta de enfermagem e realização de teste de glicemia capilar para verificar os níveis glicêmicos e avaliar os riscos para o desenvolvimento do diabetes tipo II. Nesse momento, é reforçada a importância do exercício do autocuidado e da manutenção dos hábitos saudáveis de vida.

Nos encontros coletivos, grupos de orientação para o autocuidado, a temática do diabetes é discutida e prioriza-se a demanda trazida pelas participantes. São também realizados testes de glicemias capilares pós-prandiais (pós-almoço e pós-lanche da tarde). Para a abordagem dos assuntos pertinentes, são utilizadas algumas estratégias lúdicas, tais como jogos didáticos, aulas interativas e filmes educativos, empregadas para esclarecer as dúvidas levantadas a respeito do diabetes na gravidez, o tratamento, a automonitorização, entre outras. É um momento de estreita e íntima relação entre as gestantes, seus familiares, a enfermeira e os outros profissionais que acompanham a mulher, por tratar-se de um momento de compartilhamento e construção de conhecimentos, o que proporciona mais autonomia e segurança às gestantes durante a gravidez de alto risco.

O Programa atende, hoje, uma média de 15 a 20 gestantes diabéticas por semana. Ao longo desses anos, comprovou-se que essa prática contribuiu para minimizar as complicações decorrentes do precário controle glicêmico, diminuindo, por conseguinte, as internações hospitalares nos casos das mulheres com diabetes pré-gestacional.

RESULTADOS

Considerando as 222 mulheres por faixas etárias, têm-se 5,85% atendidas com idade inferior aos 20 anos, 30,63% na faixa etária entre 20 e 30 anos, 56,3% na faixa etária entre 30 e 40 anos e 7,21% de mulheres com idade superior a 40 anos.

Esses dados confirmam que a idade avançada é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de complicações na gravidez e que contribui para o aumento do risco de surgimento do diabetes *mellitus* tipo II, como corroboram as sociedades que tratam o tema¹³.

Um ganho importante com a consulta, como relataram as gestantes durante os atendimentos, é que esta possibilitou aprender acerca de sua gravidez de risco e sobre os cuidados com o feto, bem como da realização da automonitorização domiciliar e do preparo, aplicação e cuidados com a insulino-terapia, além de avaliar suas capacidades para o autocuidado.

O acompanhamento regular propiciado pelas consultas oferece à mulher um ambiente aberto à discussão do seu controle glicêmico, oportunidade para aprender e lembrar como realizar a automo-

nitorização em seu domicílio, prática fundamental no acompanhamento à gestante, o direcionamento da terapêutica, adequando-a ao seu perfil glicêmico. Além disso, configura-se como um momento de reforço e motivação dos hábitos saudáveis de vida, tanto para o incentivo da prática de atividades físicas quanto para a orientação sobre como ajustar a sua dieta em função dos níveis glicêmicos obtidos com a monitorização domiciliar, proporcionando uma participação ativa da mulher na prevenção das complicações que podem ocorrer para si e para seu filho.

Esse aspecto da consulta, calcada na mudança de comportamento e no desenvolvimento de ações de autocuidado, na reafirmação da autonomia e na responsabilização da mulher, confirmam o caráter humanizado da assistência prestada durante a consulta de enfermagem, uma vez que a gestante é assistida em todas as suas necessidades, seja no esclarecimento de dúvidas, na aprendizagem da técnica para aplicação da insulina ou na sua valorização como sujeito em seu processo saúde-doença.

Tendo como base o que foi mencionado neste trabalho e abordado durante as consultas, pode-se perceber que estas contribuíram para a melhoria do controle glicêmico entre as mulheres com história de diabetes gestacional atendidas, já que, como explicitado, em cerca de 70% delas houve significativa melhora em relação ao início do acompanhamento no período compreendido entre 2002 e 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a consulta de enfermagem tem contribuído para sensibilizar e esclarecer as mulheres quanto à necessidade de mudança de comportamento frente à sua problemática, com o propósito de levá-la a atuar preventivamente, diminuindo os danos decorrentes da evolução natural da doença no organismo materno e fetal e investindo no desenvolvimento e motivação para o exercício de ações de autocuidado.

Em consequência disso, pode-se notar a estabilidade dos níveis glicêmicos, influenciada pela utilização correta da medicação e pela adoção de hábitos de vida saudáveis motivados durante as consultas, determinando, por conseguinte, diminuição nas internações hospitalares nos casos das mulheres com diabetes pré-gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Madeira AMF. Tentando compreender o abandono da consulta de enfermagem a partir da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1993.
2. Brasil. Congresso Nacional. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1986 jun 25. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 1993. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=7028§ionID=344>
4. Zagonel IPS. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA, organizadoras. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora; 2001. p. 41-76.
5. Gomes RCV. Atuação do enfermeiro em consulta de enfermagem com diabetes: relato de experiência [monografia]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem da UFMG; 1998.
6. Gross JL, Silveira SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo MJ. Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46 (supl.1):16-26. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000100004&lng=en
7. Grossi SSA. Monitorização domiciliar da glicemia em pacientes com diabetes mellitus insulino-dependente: Relato de experiência. Rev Pediatr (Sao Paulo). 1998; 20 (supl.2):154-60. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/369/body/13.htm>
8. Araujo LMB, Britto MMS, Cruz TRP. Tratamento do diabetes mellitus tipo II: Novas Opções. Arq Bras Endocrinol Metab. 2000; 44 (supl.6):509-18. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000600011&lng=en.
9. Salomon IMM. Convivendo com o diabetes gestacional: implicações no cotidiano de mulheres assistidas em um hospital universitário de Belo Horizonte – Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 2004.
10. Sociedade Brasileira Diadetes. Consenso Brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. São Paulo: Diagrafic; 2003. 72 p.
11. Reichelt AJ, Oppermann MLR, Schmidt MI. Recomendações da 2ª reunião do grupo de trabalho em diabetes e gravidez. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46 (supl.5):574-81. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000500012&lng=pt
12. Brasil. Congresso Nacional. Lei n.11.347 de 27 set. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Citado em 2008 jul. 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm
13. Brunner LS, Suddarth DS. Enfermagem médico cirúrgica. 10^{ed}. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2005.