



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**EMANCIPAÇÃO FEMININA E OS PRINCIPAIS AGRAVOS
CAUSADOS PELA GESTAÇÃO TARDIA:
Diabete *Mellitus* e Hipertensão Arterial Específicas da
Gestação.**

**Juliana Rodrigues Mota
Meiriane Mendes Guterres**

Orientadora: Profª. Esp. Sandra Rosa de Souza

Trindade - GO

2013

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**EMANCIPAÇÃO FEMININA E OS PRINCIPAIS AGRAVOS
CAUSADOS PELA GESTAÇÃO TARDIA:
Diabete *Mellitus* e Hipertensão Arterial Específicas da Gestação**

**Juliana Rodrigues Mota
Meiriane Mendes Guterres**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Sandra Rosa de Souza

Trindade - GO
2013

Juliana Rodrigues Mota
Meiriane Mendes Guterres

EMANCIPAÇÃO FEMININA E OS PRINCIPAIS AGRAVOS
CAUSADOS PELA GESTAÇÃO TARDIA:
Diabete *Mellitus* e Hipertensão Arterial Específicas da Gestaçã

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela
seguinte banca examinadora:

Prof. Esp.Enfermeira Sandra Rosa de Souza
Faculdade União de Goyazes

Prof. Esp. Msndo.Osmar Pereira da Silva
Faculdade União de Goyazes

Prof.Esp. Edna Aparecida Moraes da Silva
Faculdade União de Goyazes

Trindade – GO
11/12/2013

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos fornecido tal oportunidade, e nos permitir chegar até aqui, assim como nossos familiares que estiveram presentes em todos os momentos de dificuldade nos incentivando a nunca desistir, aos nossos amigos, aos professores que contribuíram para nosso crescimento profissional e pessoal. Agradecemos com louvor a Professora Sandra Rosa, nossa orientadora por ter nos prestado assistência e atenção durante todo esse tempo, com dedicação e sem restrições e também ao Professor Cícero Josinaldo por toda orientação prestada nesses últimos semestres nos capacitando para essa etapa fundamental de nossas vidas, aos nossos esposos Phablo e Cleiton por toda paciência, dedicação e compreensão. Agradeço em específico a minha mãe que apesar de não estar mais entre nós foi a maior das motivações para que eu nunca desistisse dos meus objetivos.

“A maternidade é o magno sacrifício da mulher, o seu desdobramento incondicional para a multiplicação da espécie, a santificação do lar num sofrimento continuo e imensurável”.

Francisca Prager Fróes.

**EMANCIPAÇÃO FEMININA E OS PRINCIPAIS AGRAVOS
CAUSADOS PELA GESTAÇÃO TARDIA: *Diabete Mellitus*
Específica da Gestação e Hipertensão Arterial Específica da
Gestação.**

Meiriane Mendes Guerres¹
Juliana Rodrigues Mota¹
Sandra Rosa Souza²

RESUMO

Essa pesquisa visa analisar por meio de documentos bibliográficos a relação existente entre a emancipação feminina e a gestação tardia e quais as consequências que a gestação tardia pode acarretar para essa população em questão. A gestação tardia vem sendo cada vez mais frequente nos dias atuais, e considerando o fato de alguns estudos apresentarem que nos casos tardios de gestação, o índice de doenças e síndromes podem ser mais acentuadas, trazendo agravos tanto para a saúde da mãe quanto para a criança como retardos e outras doenças associadas, neste artigo iremos enfatizar as síndromes mais comuns de mulheres com esse perfil sendo elas: Diabetes *Mellitus* Específica da Gravidez (DMEG) e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG).

PALAVRAS-CHAVE: Gestação Tardia. Síndromes. Independência. Mulher.

**WOMEN EMPOWERMENT AND MAIN GRIEVANCES CAUSED
BY LATE PREGNANCY:
Diabetes Mellitus and Hypertension in pregnancy specific**

ABSTRACT

This is a research whose purpose is to analyze by means of documents and bibliographic sources, the relationship between women's emancipation late gestation and the consequences of this delay the population, since the late pregnancy is becoming more common nowadays, and considering the fact that some studies showed that in cases of late pregnancy, the rate of diseases and syndromes may be more pronounced, bringing diseases to the health of the mother and the child as delays and other diseases, this article will emphasize the most common syndromes of women with this profile being them, Specific Pregnancy Diabetes Mellitus (DMEG) Specific Pregnancy and Hypertension (DHEG).

PALAVRAS-CHAVE: Late Gestation. Syndromes. Independence. Woman.

² Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes
Orientadora: Prof. Esp. Sandra Rosa de Souza, Faculdade União de Goyazes.

INTRODUÇÃO

Essa é uma pesquisa de revisão bibliográfica com ênfase na emancipação feminina e os agravos causados pela decisão da gestação tardia sendo esta uma realidade nos dias atuais, devido a inserção da mulher no mercado de trabalho e no meio acadêmico. Essas informações foram obtidas por meio das bases de dados de artigos *on line*, dentre outras fontes de pesquisas bibliográficas. No decorrer da análise das informações contidas nessas fontes de pesquisas bibliográficas, podemos observar que existem duas síndromes que se destacam em mulheres que se encaixam no perfil de gestação tardia que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) são as gestações que ocorrem após os 30 anos de idade são elas: Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e Diabetes *Mellitus* Específica da Gravidez (DMEG) as quais serão tratadas com ênfase neste trabalho. Um ponto crucial dessa pesquisa será a ampliação do olhar que até então era voltado apenas às mulheres bem sucedidas, (NAVES, 2011); e que fazem o acompanhamento obstétrico e pré-natal adequados, porém conforme a pesquisa feita pode abranger esse olhar às mulheres de baixa renda, cujo nível cultural é reduzido e não deixam de ser consideradas nas estatísticas de gestação tardia, uma vez que por falta de instrução e/ou planejamento familiar possuem mais de um filho e continuam dando a luz após os 30 anos de idade, muitas vezes sem acompanhamento devido da equipe de saúde ou mesmo um pré-natal de forma adequada.

No entanto, com a emancipação feminina e o exacerbado crescimento no número de faculdades e cursos de curta duração e fácil acesso (MENEZES, 2011), nem sempre de qualidade vêm formando cada vez mais profissionais em diversas áreas (MERCANDANTE, 2013) e entre esses, as mulheres. Tem tido aumento significativo na inserção no mercado de trabalho deixando a maternidade em segundo plano, pois essas almejam alcançar o sucesso profissional e financeiro antes de qualquer outro passo no sentido da vida pessoal e/ou sentimental, de modo que a maternidade é a última de todas essas etapas a serem cumpridas. Emancipação feminina é o ato de lutar para aquisição de direitos igualitários entre homens e mulheres, e a busca pelo

direito de liberdade de escolhas (RAMOS, 2011). Pensando na empregabilidade e estabilidade financeira a mulher muitas vezes esquece os agravantes que essa idade avançada pode trazer para a maternidade do ponto de vista fisiológico, do qual é relevante destacar a diminuição da taxa hormonal que leva a redução da produção de óvulos férteis o que indica diminuição do ciclo reprodutivo e o alto risco do aparecimento de síndromes (Guyton,2013), que podem ser um agravante da gestação tardia de risco, como a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), que é quando a mulher gestante tem excessos de pressão alta a partir da 22ª semana de gestação sendo considerada hipertensão a Pressão Arterial (PA) maior que 140x90 mmHg que pode trazer vários danos á gestante e também ao feto em questão, a DHEG pode ser classificada como crônica, transitória, pré eclampsia leve/moderada e eclampsia,que serão relatadas com ênfase neste trabalho e a eclampsia superimposta a hipertensão crônica (SORIANO, 2013).

Hipertensão Crônica é aquela cuja pressão arterial mostra-se elevada antes da gestação e permanece alterada após o parto por um período de aproximadamente 6 meses,sendo essa responsável por cerca de 25%dos casos de pré-eclampsia superimposta (CORDOVIL, 2002). Hipertensão transitória ou Hipertensão transitória da gestação é a alta de pressão arterial detectada na segunda metade da gestação, se difere da pré-eclampsia devido as taxas de proteinúria se apresentarem baixas. Já a pré-eclampsia leve/moderada define-se por aumento de pressão arterial acima dos níveis preconizados de 140x90 mmHg e proteinúria com excreção acima de 300mg no período de 24 horas e edema após 20 semanas de gestação e aumento de peso acima de 2.275g em uma semana (CORDOVIL, 2002). Pré Eclampsia Grave quando a gestante apresenta PA maior ou igual a 160x110 mmHg, proteinúria, sinais de insuficiência cardíaca, cefaléia, escotomas, dor no hipocôndrio direito,confusão mental entre outros. (CORDOVIL, 2002). No tratamento da DHEG são indicados medicamentos anti-hipertensivos que tem por finalidade reduzir as complicações desencadeadas pela hipertensão arterial, no caso das gestantes esses anti-hipertensivos são específicos para que os níveis tensionais sejam reduzidos de forma moderada evitando a queda súbta de pressão uma vez que a redução do fluxo sanguíneo pode levar ao sofrimento fetal pela redução de fluxo placentário (CORDOVIL, 2002).

Além da DHEG será tratada outra principal doença associada à gestação tardia, a Diabetes *Mellitus* Específica da Gravidez (DMEG).

Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMEG) é a intolerância relacionada à glicose e/ou carboidrato, desencadeada por uma falha metabólica na produção de insulina, que causa a hiperglicemia que se apresenta durante os primeiros períodos da gestação podendo ou não estender-se até depois do parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006). A DMEG pode causar macrossômia ao feto que está associada à obesidade infantil e a outras síndromes metabólicas na fase adulta de suas vidas, assim como na redução do crescimento intra-uterino fetal dentre outras (BOERSCHMANN et al. apud, BOLOGNANI, 2011). A DMEG pode ser diagnosticada através de exames simples em fases distintas, a primeira fase é a de rastreamento e a segunda fase de confirmação da doença. Nesta primeira fase entram os aspectos de anamnese com análise dos antecedentes familiares com histórico da doença e testes de dosagem de glicose com glicosímetros caseiros onde a gestante deve aferir em jejum, e duas horas após cada refeição, nesses períodos os níveis glicêmicos devem estar entre 85 mg/dl e 95mg/dl para serem considerados normais caso haja valores acima desse antes da intervenção medicamentosa é feito um acompanhamento nutricional pois em muitos casos há a normalização dessas taxas apenas com a reeducação alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA 2006). No caso dos testes de confirmação do diagnóstico são solicitados exames mais detalhados como; o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 75 g no período entre 24^a e 28^a semanas de gestação que é um teste de glicemia plasmática feito em laboratório também de forma simples é feita a coleta do sangue da paciente em jejum, em seguida o paciente ingere cerca de 75g de dexotrosol que é uma substância rica em glicose, e uma hora após a ingestão faz-se novamente a coleta do sangue para verificar a taxa de açúcar, nesse caso os níveis considerados normais são de até 140mg/dl (CALDERON, 2011). Caso haja a confirmação a paciente deve ser submetida a uma intervenção de reeducação alimentar.

A gestante portadora de (DMEG) deve ser submetida a uma dieta alimentar com cerca de 1.200 Kcal/dia, distribuídas em 6 refeições diárias divididas em três principais e três lanches, com distribuição de nutrientes sendo

50% carboidrato, 25% a 30% proteínas e 25% a 30% de gordura. É importante que haja a associação de exercícios físicos a dieta com atividades leves como, por exemplo, caminhadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2006) e acompanhamento rígido, pois mulheres que apresentam alteração de glicose nesse exame tem um risco aumentado em até seis vezes o risco de desenvolverem *Diabetes Mellitus* tipo 2 (BOLOGNANI, 2011). É indicado a pacientes que apresentam Glicemia de jejum maior ou igual a 90mg/dl ou pós-prandial maior que 130mg/dl e que não tenham obtido resultado positivo após uma semana sob dieta dietética, nesse tratamento deve-se dar preferência a insulina humana, pois essa é menos agressiva ao sistema imunológico reduzindo os riscos de absorção pela barreira placentária desse fármaco.

Uma vez que essa mãe opta pela gestação tardia deve ser informada sobre a importância do acompanhamento mais rigoroso do pré-natal enfatizando essa necessidade destacando de forma clara os riscos e desvantagens dessa escolha, mostrar a correlação existente a escolha tardia da gestação .

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada em forma de artigo por meio de revisão bibliográfica, que é uma síntese de literaturas específicas sobre determinado assunto segundo (VIEIRA, SAAD, 2001) por meio de análise de dados encontradas em base de dados públicas e outras fontes de pesquisa como arquivos literários, e arquivos de algumas home Pages, incluindo sites de pesquisas como Ministério da Saúde, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências e Saúde) SciELO (Scientific Electronic Library Online) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), os artigos oriundos das bases de dados citadas a cima foram selecionados por meio das palavras chave, Gestação.Tardia.Síndromes.Independência.Mulher, utilizando como critérios de avaliação artigos que continham pelo menos duas das palavras chaves em questão, assim como textos com idioma em português e de livre acesso. Para organização e análise dos textos foram criados roteiros contendo

identificação dos artigos, data de acesso, resumos e comentários de cada obra. Foram encontrados cerca de 43 artigos dos quais foram selecionados 19 para execução e estruturação do trabalho, começando por definições dos assuntos a serem abordados sendo possível assim a criação do tema, visando corresponder de forma fidedigna as referências e aos autores conforme recomendações da ABNT(Associação Brasileira de Normas e Técnicas) preservando assim os direitos autorais de cada autor em questão, foram utilizados como critérios de exclusão artigos que continham apenas uma das palavras chaves relacionadas ou que não condiziam com o assunto pretendido que possuíram data de publicação em um período anterior a 2000.O trabalho foi desenvolvido em etapas para a formulação do conjunto geral onde cada parte desde a introdução até a bibliografia, foi desenvolvida em um determinado período estabelecido pelo orientador passando por correções periódicas e ajustes conforme necessários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Leitura e análise dos artigos nos permitiram avaliar a realidade em que vivemos nos dias atuais, onde a escolha pela gestação tardia é um fato, cabendo a nós profissionais de saúde entendermos e nos adequarmos a essa realidade. Para que o cuidado e acompanhamento de qualidade a essas gestantes sejam realizados de maneira eficaz e satisfatória, para que os riscos dessa opção possam ser amenizados, e os agravos causados por essa escolha da gestação tardia uma vez que a idade avançada pode ser um agravante se anexada a outros fatores analisados no decorrer do trabalho como: antecedentes familiares, hábitos de vida, alimentares e outros. Conforme podemos analisar nos gráficos abaixo, as taxas de DHEG E DMEG são as que mais se destacam entre as quatro patologias mais comuns entre as gestantes, sendo necessária uma intervenção desde o início da gestação destacando o quanto é fundamental o papel do enfermeiro no acompanhamento dessas gestantes (CORDEIRO, 2012).

O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado e acompanhamento dessas pacientes, pois através de seus conhecimentos pode criar grupos de

acompanhamento das gestantes portadoras de DMEG e desenvolver atividades que possam minimizar os agravos das doenças que podem acometer a gestante e ao feto em formação, efetuando acompanhamento do pré-natal de risco, teste de glicemia capilar, orientação quanto a dieta, exercícios aumento da injeção hídrica e se necessário quanto ao uso dos antiglicêmicos (RODRIGUEZ, 2010). Na primeira consulta de pré-natal o enfermeiro deve realizar a anamnese focando nos antecedentes familiares da gestante efetuando a varredura para sinais ou sintomas existentes de pré-eclampsia ou hipertensão gestacional a começar por históricos pré-existente da doença em mãe ou irmãs. (BRASIL, 2000). A assistência de enfermagem à paciente com Pré-eclampsia e/ou deve-se a detecção precoce dos sinais e sintomas da hipertensão evitando assim maiores danos a paciente (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA, 2006). Aconselhando a mesma a manter-se em repouso maior parte do seu tempo em decúbito lateral esquerdo para melhora do fluxo útero placentário e renal; avaliar semanalmente o peso da gestante; promover dieta hiperprotéica e normossódica; avaliar a vitalidade fetal semanalmente após a 32ª semana de gestação entre outros (CORDOVIL, 2002). Conforme o gráfico apresentado abaixo, apesar do índice de gestantes tardias ter aumentado o índice nas taxas de morbidades dessas mulheres por DHEG ou DMG cai significativamente. (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

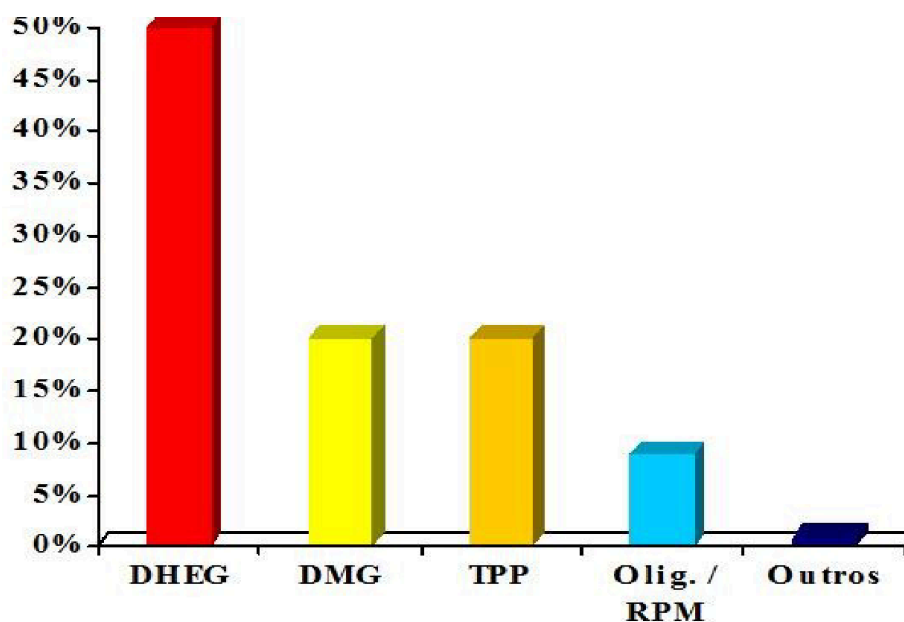


Figura 1: Prevalência das patologias em gestantes. DHEG, doença hipertensiva específica da gestação; DMG, diabetes mellitus gestacional; TPP, trabalho de parto prematuro; Olig., oligodrâmio e RPM, ruptura prematura das membranas

No gráfico representado acima podemos analisar que 50% de DHEG em mulheres com idade gestacional acima dos 30 anos de idade e 20% de DMEG confirmando de modo visível a prevalência dessas duas patologias entre as principais mais comuns nos levando a refletir ainda mais sobre a escolha da gestação tardia, e dos motivos de um pré-natal rigoroso.

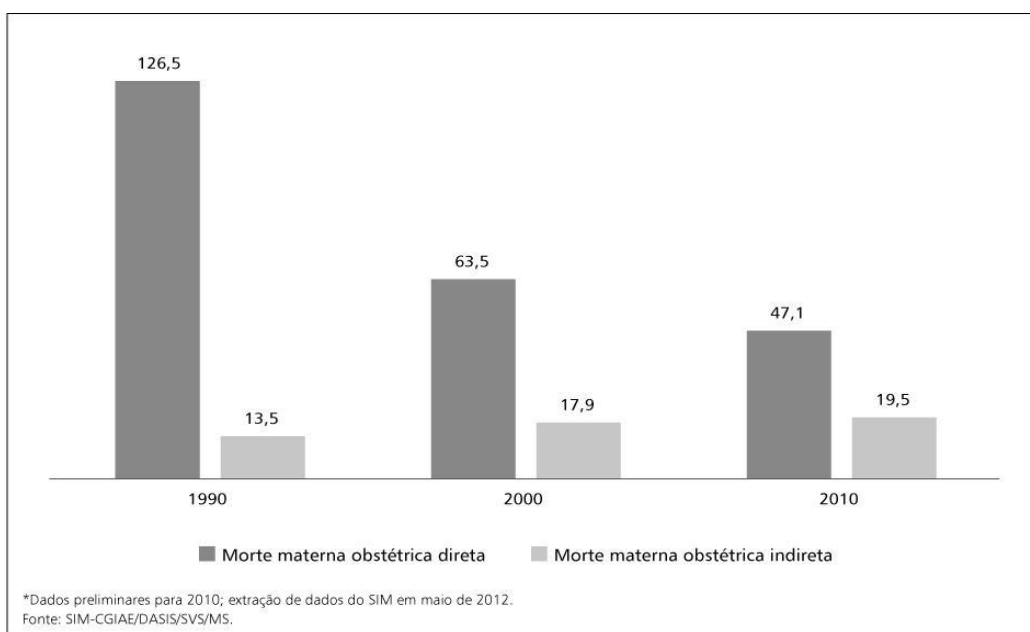


Figura 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por grupo de 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2010*

A figura representada no segundo gráfico, mostra o declínio significativo ocorrido em duas décadas, das taxas de mortalidade por causas obstétricas diretas e indiretas em mulheres com idade gestacional tardia, sendo possível observar que apesar do número de mulheres com idade gestacional tardia ter aumentado nesse período o número de mortes por causas obstétricas diretas caiu significativamente, e o número de morte por causas indiretas aumentou, destacando que a possibilidade dessas mulheres irem a óbito por complicações gestacionais é menor que o risco de morte por outros motivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise dos artigos selecionados para elaboração desta revisão, foi possível observar que os agravos causados pela escolha da gestação tardia podem ser amenizados de modo muito simples, uma vez que a mulher ao optar por essa escolha deve se conscientizar da necessidade de uma preparação antecipada para essa fase da vida, pois mesmo antes de engravidar devem submeter-se a exames específicos para uma avaliação geral de sua saúde levando em consideração o histórico familiar que é um fator relevante para o desenvolvimento das síndromes quando associado à idade avançada, uma vez que se torna cada dia mais comum a gestação tardia devido a inserção da mulher tanto no mercado de trabalho quanto na vida acadêmica. As mulheres que optarem por essa escolha e principalmente as que se encaixam nesse perfil de antecedentes familiares com algumas das síndromes citadas no decorrer do trabalho devem fazer um acompanhamento ainda mais rigoroso durante todo o pré-natal e também por um período puerperal prolongado de até 6 meses após o parto tenham elas desenvolvido ou não alguma das síndromes seja DMEG ou DHEG.

Observamos que a escolha da mulher em ter um filho com uma idade mais avançada tem suas vantagens e desvantagens, visto que as principais vantagens são: situação financeira estável; estabilidade profissional da mãe e do casal; a mãe sabe melhor sobre o que quer e tem maior segurança em relação a criação e educação do filho; o filho pode ser mais desejado e querido; o casal pode ter uma relação mais equilibrada pois esse momento ocorre em um momento onde ambos já superaram suas etapas de vida e sabem as mudanças que acarretam ter um bebê em casa; não vêem os cuidados com o bebê como um sacrifício, e sim como uma compensação; a mulher mais madura não terá a sensação que tem a maioria das mães muito jovens, de que foi impedida de desenvolver outras fases na sua vida, de que seu bebê atrapalhou o atrasou seus sonhos e desejos. Mais que uma desvantagem, o melhor seria situá-los como incômodos. Não referimos aos exames e controles

pelos quais devem passar as mulheres durante a gravidez como forma de detectar possíveis anomalias e outros possíveis problemas associados à idade avançada da mãe. Não se pode ignorar que os riscos de saúde, tanto na mulher como no bebê, aumentam também com a idade.

Um ponto que gera preocupação na maternidade tardia, é que em muitas famílias o cuidado com os bebês, venha que acumular-se com a tarefa de atender aos pais mais velhos ou doentes, o que pode causar um estresse na mulher, devido ao provável sentimento de impotência e de frustração para levar a situação. Quando se trata do primeiro filho de uma mãe maior de 35 anos, a tendência é que se converta em filho único, ou que aconteçam gravidezes rápidas para aproveitar os anos férteis.

Contudo chegamos a conclusão que há sim uma relação existente entre as síndromes tratadas no decorrer do trabalho com a emancipação feminina porém todos esses agravos podem ser evitados e/ou amenizados uma vez que essa mulher seja submetida a um acompanhamento diferenciado antes durante e após o período gestacional.

REFERÊNCIAS

BOLOGNANI, CLÁUDIA. **Diabetes Mellitus Gestacional – Enfoque nos novos critérios diagnósticos**, 2011. Disponível em:<http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol22_5diabetes.pdf> Acesso em: 23 abr , 2013.

BRASIL. DATASUS. **Sistema Nacional de Saúde-PNS2008/2009-2011**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf> Acesso em: 10 mar 2013.

CALDERON, Iracema et al.**Diabetes Mellitus Gestacional-enfonque nos novos critérios dianósticos**.2011.

CORDEIRO, Técia; FONTOURA, Elaine. **Prevalência das doenças maternas em um hospital referência em gestação de alto risco no interior da Bahia**. 2012.

CORDOVIL, Ivan.**Hipertensão arterial na gravidez:aspectos práticos**,2002.

FREIRE, Cláudia. **Hipertensão arterial na gestação**, 2009..

GUYTON, A. C. & Hall J. R., **Tratado de Fisiologia**, 12ª edição, Guanabara Koogan, RJ, 2011.

MERCADANTE, et al. **Instituições terão estímulo para elevar a qualidade de ensino**.2013 Disponível em: <
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18576:instituicoes-terao-estimulo-para-elevar-a-qualidade-do-ensino&catid=212. >
 Acesso em: 23 abr, 2013.

MENEZES et.al. **Maternidade, trabalho e formação: lidando com a necessidade de deixar os filhos**.2011.Disponível em:<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-69542012000200003&script=sci_arttext> Acesso em 28 mai 2013.

NAVES, et al. **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: reflexos da dominação sexista no âmbito sócio-jurídico**.2011. Disponível em:<
<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=2973&idAreaSel=4&seeArt=yes>> Acesso em : 10 mar 2013.

OMS,et al. **Gravidez depois dos 35 anos**.2011.Disponível em:<<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=346>>
 Acesso em: 20 mar 2013.

PORTAL SAÚDE, **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**.2012.
 Disponível em : <
http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidade-materna-no-%20%20brasil > acesso em: 26 nov 2013.

RAMOS et.al. **Emancipação da mulher –A luta pelos direitos**.2011.Disponível em:< <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>
 acesso em: 09 jun 2013.

RODRIGUEZ, Marília. **Ações de enfermagem no cuidado a gestantes diabéticas**.2010.

SORIANO,et al. **Gravidez tardia aumenta riscos de doenças genéticas**.2013.Disponível em:
 <<http://www.blogdasaude.com.br/saude-fisica/2013/03/12/gravidez-tardia-aumenta-riscos-de-doencas-geneticas/>> acesso em : 06 mai 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA et.al. **O que é diabetes?**.2006. Disponível em:<
<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>> acesso em:23 jun 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Projeto diretrizes:diabetes Mellitus gestacional**;2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA **Projeto diretrizes:diabetes Mellitus gestacional**;2006.

VIERIA, Sonia; HOSSNE; Willian Saad. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

