

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**Juliana Tonucci
Rita de Cassia Costa Rosa**

GESTANTE ADOLESCENTE COM DIABETES TIPO 1.

RELATO DE CASO

**SOROCABA-SP
2014**

**RITA DE CÁSSIA COSTA ROSA
JULIANA TONUCCI**

GESTANTE ADOLESCENTE COM DIABETES TIPO 1.

RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do grau
de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Dirce Setsuko
Takahashi.

**SOROCABA- SP
2014**

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossas vidas, autor de nosso destino, nosso guia, socorro presente na hora da angústia, aos pais dos pesquisadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que estiveram presentes em nossa trajetória acadêmica: colegas como Carla Porto, Camila Dias, Maria Joana Pires de Oliveira, os mais chegados e a todos que contribuíram com sua força, conselhos, ajuda e colaborações. Jamais os esqueceremos e sentiremos saudades.

À Roseli A. Tonucci, que sempre nós apoiou nos estudos e nas horas difíceis.

À Delair M.Rosa e Ana Maria da Silveira que estiveram sempre presente cuidando das nossas crianças para podermos desenvolver o projeto.

Aos Funcionários: Cristina da biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, que nos auxiliaram na organização das referências.

Às enfermeiras Paula e Maria Amélia da Policlínica, que autorizaram a pesquisa no prontuário da paciente.

À Priscila, funcionária do SAME do Hospital Regional de Sorocaba, que autorizou a coleta de dados no prontuário da paciente e do RN.

À professora Dirce Setsuko Tacahashi (Orientadora do TCC) que sempre foi presente, companheira, auxiliando nas dúvidas, propondo metodologia, indicando de material bibliográfico.

À professora Daniela Miori Pascon, que sempre esteve ao nosso lado nos momentos de pânico, nos confortando e dando apoio.

À Profª Lucia Rondelo Duarte e Profª Ms. Carmem Lucia Cipullo Gardenal que se fez presente e disposta a assinar a autorização do SAME do CHS para podermos coletar dados do prontuário da paciente.

Enfim, agradecemos à vida e ao nosso bondoso Deus, nosso guia e nossa luz e a todas as pessoas que passaram pela nossa vida. Nossos amigos e colegas de trabalho.

E DE TUDO ISSO FICARAM TRÊS COISAS:

a certeza que estamos sempre começando...

a certeza que é preciso continuar...

a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...

PORTANTO, DEVEMOS

fazer a interrupção, é um caminho novo...

da queda, um passo de dança...

do medo, uma escada...

do sonho, uma ponte...

da procura... um encontro”

(Fernando Sabino)

RESUMO

Este estudo de caso foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Jorge Jamil Zamur (UBS-Sorocaba I) e teve como objetivo relatar a história de vida e o enfrentamento do Diabetes Mellitus de uma adolescente grávida. Gestantes com Diabetes Mellitus Tipo 1 tem risco aumentado de complicações médicas obstétricas como elevação da pressão arterial, parto prematuro, infecções de trato urinário, doenças periodontal, parto cesárea, candidíase e trauma obstétrico. A coleta de dados foi feita com vários procedimentos qualitativos, sendo eles: visita domiciliar com entrevista formal e informal, além disso foi consultado o prontuário nos diversos serviços em que a participante foi atendida. O método descritivo, por meio de visita domiciliar, teve uma abordagem qualitativa, que reúne pelo menos três tecnologias leves, como a observação, que indica atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita, bem como a entrevista como instrumento semiestruturado e não apenas um diálogo empírico. Para a análise qualitativa foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (AC) preconizado por Bardin (2010) na qual resultou em cinco categorias. A história de vida da jovem entrevistada foi marcada por conflitos e readaptações. Na análise dos dados concluímos que a paciente diabética deve ser orientada, desde a puberdade, sobre os riscos de uma gravidez não planejada e a importância de um bom controle glicêmico anterior à gestação. Foi possível analisar um caso isolado, entretanto novas pesquisas devem ser realizadas utilizando com um número maior de participantes e que tenham um caráter longitudinal, com acompanhamento em longo prazo para verificar os efeitos das variáveis descritas na pesquisa ao longo da vida dos participantes.

Descritores: Diabetes mellitus, gestação, adolescência.

ABSTRACT

This case study was developed in Basic Health Unit Jorge Jamil Zamur (UBS-Sorocaba I) and aimed to tell the story of life and coping with diabetes mellitus of a pregnant teenager. Pregnant women with diabetes mellitus type 1 has increased risk of obstetric medical complications such as high blood pressure , premature labor, urinary tract infections , periodontal disease , cesarean delivery, candidiasis and obstetric trauma. Data collection was performed with various qualitative procedures , namely: home visit with formal and informal interview also been consulted medical records in the different services that the participant has been met. The descriptive method , through home visits , had a qualitative approach , which meets at least three light technologies such as observation , indicating attention to detail of the facts and reports presented during the visit , as well as the interview as semi-structured instrument and not only an empirical dialogue. For the qualitative analysis was used the Content Analysis technique (AC) proposed by Bardin (2010) in which resulted in five categories. The life story of the young interviewed was marked by conflicts and usages . In analyzing the data concluded that diabetic patients should be targeted , since puberty about the risks of an unplanned pregnancy and the importance of good glycemic control prior to pregnancy . It was possible to analyze an isolated case, however further research should be carried out using a larger number of participants and having a longitudinal

character, with long-term monitoring to check the effects of the variables described in research over the life of the participants .

Keywords: Diabetes mellitus, pregnancy , adolescence .

Sumário

INTRODUÇÃO	6
ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	7
RELATO DE CASO	10
L.A.S. CONVIVENDO COM O DIABETES	14
Categoria 1 -Controlando o DM desde pequena	14
Categoria 2 - Enfrentando uma dura realidade para fazer o monitoramento das glicemias capilar seguir o controle do regime terapêutico	15
Categoria 3 - Apoio da família e dos amigos na cooperação do tratamento do DM 1.....	16
Categoria 4 - O cuidado realizado pelos profissionais de saúde aos adolescentes com DM 1.....	16
Categoria 5- Ter o apoio dos amigos/professores como suporte para o tratamento	17
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS.....	20

INTRODUÇÃO

O Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos, podem resultar em defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

A atual classificação divide o Diabetes Mellitus em: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2) e outros tipos específicos de DM e DM gestacional.

Apesar do aumento do DM2, na infância e na adolescência, nessa faixa etária ainda predomina o DM1. A etiopatogenia do DM1 resulta da destruição das células beta pancreáticas, mediada pela resposta autoimune celular, levando à falta de insulina. Já o DM2 é resultante de resistência periférica à insulina e/ou relativa deficiência de insulina (BRAGA; BOMFIM; SABBAG FILHO, 2012).

O diagnóstico do diabetes baseia-se fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral. A medida da glicohemoglobina não apresenta acurácia diagnóstica adequada e não deve ser utilizada para o diagnóstico de diabetes (GROSS et al., 2002).

O DM1 é uma doença crônica de início súbito que se desenvolve mais frequentemente em crianças e em adultos jovens, geralmente antes dos 30 anos. Por esse motivo ela costuma ser conhecida como diabetes “juvenil”, diabetes propenso a cetoacidose e diabetes lábil.

Acredita-se que uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais contribua para a destruição das células beta do pâncreas. (NUNES; DUPAS; FERREIRA, 2009).

O DM1 tem um pico de incidência na adolescência, e representa um período de difícil controle da doença. A dificuldade do controle metabólico nessa época da vida deve-se a vários fatores, como: fisiológicos e psicossociais, motivo pelo qual é necessário que haja uma abordagem específica e multiprofissional pela equipe de saúde. Um mau controle metabólico do diabetes gera um aumento no número de internações por cetoacidose e outras complicações como a retinopatia. A dificuldade de controle da glicemia na adolescência tende a ser mais evidente em meninas e, com frequência, há um ganho excessivo de peso associado (SANTOS; ENUMO, 2003).

Também, sabe-se que a adolescência é uma fase marcada por intensas transformações físicas e biológicas, que se associam a outras de âmbito social, emocional, cultural e psicológico. Como resultado da estimulação hormonal o corpo assume uma dimensão bastante significativa na vida da adolescente, pois, quando as características sexuais secundárias começam a surgir é uma etapa marcada por namoros e o início de experiências sexuais. Consequentemente, as adolescentes são expostas ao risco de gravidezes precoces, sendo a magnitude deste risco associada a fatores sociais e econômicos. (MARTINEZ.E et al., 2011).

Estudo realizado por Teixeira.C et al.,(2013) apontou tendência de crescimento no número de partos com a presença de DM, principalmente nas faixas etárias mais jovens. Por consequência os riscos de morbidade perinatal e materna associados ao diabetes. Sua crescente importância na gravidez necessita não só de sua identificação e tratamento, mas também de intervenções pré-gestacionais.

Assim, este estudo tem o Objetivo de relatar a história de vida e o enfrentamento da DM de uma adolescente grávida

ABORDAGEM METODOLÓGICA

O projeto inicial foi analisado por uma banca de examinadoras do Departamento de Enfermagem da PUC-SP, bem como submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP, em respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que dita as diretrizes para pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil, recebendo aprovação em 24/06/2014, do Parecer nº 695.524.

Vários imprevistos retardaram não só o início da pesquisa, que ocorreu em agosto de 2014, como também foram necessárias alterações nas estratégias de coleta de dados, devido à dificuldade ao acesso aos adolescentes diabéticos nas escolas e, depois da autorização da Secretaria da Saúde, Setor de Educação da Prefeitura Municipal de Sorocaba. Foram selecionados dez adolescentes diabéticos usuários da Unidade Básica de Saúde Jorge Jamil Zamur.

Após entrevistar cinco adolescentes tivemos grande dificuldade na comunicação, falavam pouco inviabilizando nosso estudo, pois, a pesquisa tinha por base as Representações Sociais dos adolescentes sobre o diabetes e discursos consistentes eram nossa matéria prima.

Entretanto, a história de vida e o enfrentamento da doença de uma das adolescentes entrevistadas despertou nosso interesse em realizar um Estudo de Caso dessa jovem.

O Estudo de Caso não é exatamente uma metodologia e sim uma estratégia de pesquisa. Não basta ter um objeto empírico para que se tenha um estudo de caso, para tal é necessário cumprir certas exigências: ser um estudo processual, preservar o caráter único do objeto pesquisado, ocorrer em ambiente natural do objeto, ser limitado quanto ao tempo, evento ou processo (VENTURA, 2007).

A Pesquisa foi conduzida em quatro fases: 1) Escolha do caso; 2) Coleta de dados, 3) Seleção, análise e interpretação dos dados; 4) Relatório. (VENTURA, 2007; YIN, 2003)

O uso de várias fontes de evidências nos Estudos de Caso permite a dedicar-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes (VENTURA, 2007; YIN, 2003).

A coleta de dados foi feita com vários procedimentos quantitativos e qualitativos: visita domiciliar com entrevista formal e informal com a jovem e consulta ao prontuário nos diversos serviços em que foi atendida.

O método descritivo, por meio de visita domiciliar, teve uma abordagem qualitativa, e reúne pelo menos três tecnologias leves: a observação indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita, a entrevista com instrumento semiestruturado e não apenas uma conversa empírica.

Para a análise qualitativa foi utilizado a técnica de Análise de Conteúdo (AC) preconizado por Bardin (2010). Tem como referência principal um conjunto de técnicas de análises da comunicação que pode utilizar procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos apresentados pelas mensagens analisadas, é importante ferramenta para estudos sócio-antropológicos, tanto para pequenos grupos quanto para amostras consideradas muito grandes. (BARDIN.L, 2010):

A AC surgiu no início do século XX nos Estados Unidos, para analisar o material jornalístico, ocorrendo um impulso entre 1940 e 1950, quando os cientistas começaram a se interessar pelos símbolos políticos, tendo este fato contribuído para seu desenvolvimento. Entre 1950 e 1960 a AC estendeu-se para várias áreas. Portanto, esta técnica “existe há mais de meio século em diversos setores das ciências humanas”, sendo anterior a Análise de Discurso (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A Análise de Conteúdo (AC), segundo Bardin (2010), divide-se em três fases, sendo elas:

- 1) A pré-análise;
- 2) A exploração do material;
- 3) O tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação.

A pré-análise: São desenvolvidas as operações preparatórias para análise propriamente dita, consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

A exploração do material consiste essencialmente em operações de decodificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

O tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação permite que os resultados em bruto sejam tratados de maneira significativa e válida.

Na abordagem qualitativa se “considera a presença ou a ausência de uma característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”.

Nosso estudo abordou a Análise de Conteúdo trabalhou com a palavra da adolescente obtida por entrevista, permitiu de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social. O texto da entrevista foi um meio de expressão da adolescente buscou-se categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

RELATO DE CASO

L.A.S. 15/02/1995, 19 anos de idade, branca, casada, católica, cursou até a 8ª série do Ensino Fundamental, do lar, procedente de Diadema – SP. Atualmente reside no bairro Santa Bárbara, zona urbana cidade de Sorocaba-SP, em casa própria com quatro cômodos, saneamento básico. A renda per capita é de R\$ 2.000,00, sendo classificada, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na classe C (03 a 05 salários mínimos).

Filha de pais alcoólatras e usuários de drogas (maconha). Em 2002 após denúncia, os vizinhos acionaram o Conselho Tutelar, ocasião em que foi afastada do convívio dos pais e como medida protetiva foi encaminhada para a família acolhedora.

Trata-se de destituição de pátrio poder, a qual deve ser utilizada apenas em casos muito especiais, quando não se encontrar solução consensual, adequada e fiscalizada pelo Poder Público, para controlar o conflito entre os detentores do Pátrio Poder e o filho. (FONSECA, 2000).

O Programa de Famílias Acolhedoras representa uma modalidade de atendimento que visa a oferecer proteção integral às crianças e aos adolescentes até que seja possível a reintegração familiar. (ROSA. A; MERIGO. J, 2010).

Segundo Rosa e Merigo (2010) as famílias acolhedoras são selecionadas, capacitadas e acompanhadas pela equipe técnica do Serviço de Acolhimento para que possam acolher crianças ou adolescentes em medida de proteção aplicada por autoridade competente.

Entretanto, L.A.S relatou que ao invés de receber proteção foi agredida e abusada sexualmente por um membro da família acolhedora.

Diante deste fato o Conselho Tutelar deu a guarda provisória de L.A.S para a tia, que a criou e cuidou de sua saúde. Logo a tia percebeu que a menina tinha muita sede, fome, ia várias vezes ao banheiro durante o dia e a noite. Preocupada levou-a ao médico que diagnosticou a DM com sete anos de idade (dados obtidos no prontuário da UBS).

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico do DM:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.
- Glicemia de jejum \geq 126 mg/dl (7mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl. O teste de tolerância a glicose deve ser efetuado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, [s.d.]

Após comprovação diagnóstica a criança iniciou controle glicêmico com insulina NPH 10 UI pela manhã e 10 UI no jantar, e insulina Regular 6 UI de manhã, 5 UI no almoço, 6 UI jantar.

Segundo relatos e anotações dos prontuários pesquisados nunca esteve internada por cetoacidose.

Na adolescência aos 15 anos apresentou ideias suicidas. Paralelamente fazia tratamento psiquiátrico na cidade de Diadema onde residia, bem como usava antidepressivos fluoxetina e sertralina e, há 2 anos parou o uso por conta própria, conseqüentemente apresentou episódio de auto agressão, mas, ainda assim não deu continuidade ao tratamento psiquiátrico.

Sabe-se que há uma relação de dependência entre o DM e quadros de depressão:

“Os estudos clínicos avaliados sugerem uma importante associação entre depressão e o DM que e está associado a um aumento de sintomas depressivos e de depressão clínica. A influência desta associação abrange desde o impacto direto no controle metabólico até aspectos adaptativos, educacionais e socioeconômicos. É difícil, entretanto, o estabelecimento de uma relação causal entre os sintomas depressivos, o controle glicêmico e as complicações do DM. O que parece existir é uma relação cíclica, na qual o agravamento de um tem efeitos diretos, e também indiretos, sobre o outro. Uma explicação plausível seria a difícil adaptação relacionada ao diagnóstico de uma doença crônica na fase precoce da vida (MOREIRA et al., 2003)”

Enkin, et al. (2005) recomenda que todos aqueles que cuidam de mulheres diabéticas devem estar cientes e preparados para discutir a importância da contracepção apropriada e o momento da gravidez. (ENKIN et al., 2005)

Aos 17 anos, L.A.S. anos apresentou desejo de engravidar. Quando conversou a respeito com seu médico, que atendia no posto de saúde de Diadema, este logo a alertou dos riscos da gravidez devido a doença, mesmo assim, engravidou após 4 meses.

Por essa época mudou-se para Sorocaba, e logo procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) Sorocaba 1, sendo atendida pela Enfermeira no Acolhimento, a qual constatou gravidez pelo o teste rápido. Dessa forma, no mesmo dia realizou abertura do Pré-Natal, anotando dados necessários, sendo eles: DUM 20/07/2013; DPP 28/04/2014 Gravidez confirmada pelo exame de Beta HCG coletado no 29/08/2013 com o resultado no dia 05/09/2013 de 3.663.72 mU/ml.

Foi referenciada ao Pré Natal de Risco na Policlínica pelo médico que realizava o seu acompanhamento na UBS e, iniciou no o dia 16/09/2013, as consultas de Pré Natal, hipótese diagnóstica: DM1 +depressão+ gestação.

Realizadas treze consultas durante todo o Pré-Natal, os dados de exames anotados nos prontuários e também na carteira da gestante estão apontados na Tabela1.

Tabela 1: Tempo de Gestação X número de consultas do pré-natal X exames realizados

Gestação	Nº Consultas	Exames
1º Trimestre	2	Hb 13,5, Ht 40,1, Leuco 9,3, Plaquetas 304 mil, urina I 1005, Hem 3 mil, glicose 183, TSH 1,369, T4 Livre:1,21, Hb 11,1; Creatinina:0,6, Ureia:15, USG bcf + com 9 3/7, fundo de olho sem alterações, proteinúria 24 hrs 398,4 mg, ABO Rh : O pos, Hb A1c: 11,1%
2º Trimestre	5	Hb 13, Ht 39% . VDRL: não reagente, HIV: não reagente, Tox: não reagente, Falsização: não regente, AntiHbsAg:Não reagente, Coombs: neg, Hb A1c: 5,2%
3º Trimestre	6	VDRL: não reagente, HIV: não reagente, Tox: não reagente, USG: 38 4/7,

A gravidez nas mulheres portadoras de diabetes tipo I está associada a aumento de risco tanto para o feto quanto para a mãe, pois gestantes com diabetes mellitus têm risco aumentado de complicações médicas e obstétricas, como hipertensão arterial, parto prematuro, infecções de trato urinário e outras infecções, doença periodontal, parto por cesariana e trauma obstétrico, além disso, o percentual de pré eclampsia aumenta com a gravidade do diabetes mellitus e com a presença de proteinúria no início da gravidez. (FRAGOSO et al., 2010).

Segundo (FRAGOSO et al., 2010) do ponto de vista obstétrico, o diabetes complica a gestação, e do ponto de vista metabólico, a gravidez complica o diabetes. Ocorre um aumento da prevalência de anomalias congênitas e abortamentos espontâneos nas mulheres diabéticas que engravidam e possuem um mau controle glicêmico. (GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Aos 6 meses de gestação compareceu a UBS com queixa de dor epigástrica, ardência vaginal, foi prescrito hidróxido de alumínio, buscopan, nistatina.

Dez dias antes do parto retornou a UBS com queixa de perda de líquido. Há 1 semana, porém, no dia da consulta na UBS relatou que não teve perda de líquido. Foi realizada coleta de exame de Urina I, Urocultura e glicemia que obteve resultados de 150mg/dl. Após alguns dias retornou para resultado de exames, e não foi encontrado alterações.

No prontuário do Conjunto Hospitalar de Sorocaba foram encontrados os seguintes dados: esteve internada do dia 02/10/2013 á 10/10/2013 devido HD: DM 1, depressão e gestação, com PA 120x 80 abdome inocente flácido, toque uterino impérvio sem queixas.

Realizados diversos exames como: Hb 13,5, Ht 40,1, Leuco 9,3, Plaquetas 304 mil, urina I 1005, Hem 3 mil, 183, TSH 1,369, T4 Livre:1,21, Hb 11,1; Creatinina:0,6, Ureia:15, USG bcf + com 9 3/7, fundo de olho sem alterações, proteinúria 24 hrs 398,4 mg.

No dia 07/04/2014 compareceu a UBS com queixa de dor baixo ventre, refere perda de tampão mucoso, nega perda de sangue ou líquido, refere bons movimentos fetais, com PA 134x60, foi referenciada para o (CHS) onde foi atendida pelo médico de plantão que após

exame constatou, AU: 39 MF: +, DV- , BCF: 160 bpm, edema vulvar MMII edema 3+/ 4+ exame de toque ginecológico. A conduta tomada foi: avaliação exame físico, internação devido ao diagnóstico de Doença Específica da Gestação (DHEG) + DM 1.

Gestantes com diabetes têm risco aumentado de complicações médicas e obstétricas, como hipertensão arterial, parto prematuro, infecções de trato urinário e outras infecções, doença periodontal, parto por cesariana, candidíase e trauma obstétrico. A prevalência de pré-eclâmpsia é relatada em 10% a 20% em comparação com 5% a 8% em mulheres não-diabéticas. O percentual de pré-eclâmpsia aumenta com a gravidade do diabetes, e com a presença de proteinúria no início da gravidez.(GOLBERT; CAMPOS, 2008).

Os níveis sanguíneos de Glicose devem ser controlados com segurança durante todo o trabalho de parto mediante infusão de Glicose e acréscimo de Insulina. Conforme demonstrado no quadro abaixo, copiado da prescrição médica do prontuário de L.A.S. no CHS.

Prescrição Médica (Esquema de Insulina)

Insulina Regular Conforme Dextro

0 a 180 : 0 UI

181 a 250: 2 UI

251 a 300: 4 UI

Maior ou igual a 351: 8 UI

Glicose 25 % 4 amp VO se dextro menor que 70

Glicose 25 % 4 amp EV se dextro menor que 50

Esquema de Insulina a ser mantido

6UI antes do café

4 UI antes do almoço

4 UI antes do jantar

Insulina NPH

10 UI as 7:00 hrs

10 UI as 12:00 hrs

6 UI as 21:00 hrs

Aferir PA de 4/4 hr se PA maior que 160 x110 mmgh

Sulfato ferroso 1Cp Vo após refeições

08/04/2014 conduta mantida

09/04/2014- aumento da glicose para 2 amp de 50% VO se dextro menor que 70

Em 10/04/2014- Suspenso esquema de insulina NPH, paciente evolui em anasarca, edema em MMII +4/4+, proteinúria: 1036 mg, glicemia: 398mg/dL, solicitado avaliação do nefro, realizado NPH 8 +8+0+4 para posterior avaliação a resposta placentária, solicitado fundo de olho.

O parto foi realizado no dia 12/04/2014 e, após quatro tentativas de raquianestesia sem sucesso, às 12h15 optou-se pela anestesia geral e parto cesariana, devido urgência e por apresentar a pressão hipertensiva ocular indicando pré-eclâmpsia.

O RN nasceu às 12h42, a termo adequado para idade gestacional, sexo feminino com peso de 3460 kg, e 46,5 cm de comprimento, PC 35cm, PT 34cm, placenta posterior fúndica pesando 604 grs., APGAR: 3-6, em apneia, depressão neonatal moderada no primeiro minuto e leve no quinto minuto, sopro sistólico a esclarecer. Foi encaminhado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com diagnóstico inicial de asfixia neonatal moderada e policitemia, foi intubado com cânula oro traqueal 3,5 fixada em 9, Sonda Oro Gástrica aberta.

No dia 15/04/2014 apresentou icterícia neonatal zona II e III iniciado fototerapia com proteção ocular, mantida até dia 20/04/2014 quando foi extubado.

Recebeu alta no dia 30-04-2014.

L.A.S. CONVIVENDO COM O DIABETES

Em 14/10/2014 foi realizada uma entrevista com L.A.S, a qual foi gravada e posteriormente transcrita.

A análise das falas permitiu a compreensão da sua dificuldade em tratar do DM. Através respostas que foram divididas em categorias descritas a seguir, temos a visão de L.A.S. sobre a sua experiência em conviver com o DM.

Categoria 1 -Controlando o DM desde pequena

{...} Ninguém ajuda, eu controlo desde os sete anos sozinha.

{...} Um tratamento bem feito é seguir a rotina, “mas eu não sigo”, a glicemia capilar deve ser medida a qualquer horário, tenho aparelho de medir em casa, verifico glicemia três vezes.

L.A.S percebe que a glicemia está alta, quando começa a ter muita dor de cabeça, mal estar. Esses sintomas aparecem a partir dos 300 mg/dl em diante, e quando está baixa ela sente tonturas, moleza no corpo, audição baixa, chega a perder os sentidos e a consciência. Teve valores medidos máximos de HI e o mínimo em 23 mg/dl.

Quando os valores estão altos toma insulina e espera uma hora e meia pra baixar. Quando diminui demais toma um copo de água com açúcar ou uma bala.

Diz que o esforço físico altera a sua glicemia, pois a deixa descompensada.

{...} NPH eu uso de manha com a regular misturada na hora do almoço, aí tomo a regular na janta e na hora de dormir tomo a NPH de novo todos os dias ahhh eu não deixo de tomar não, meu tio faleceu esses dias por causa da diabete alta deus so livre.

Realizar os cuidados necessários como a automonitorização sanguínea e tomar a insulina para evitar complicações como hospitalização ou morte, são ações que, na perspectiva da adolescente, somam esforços para um bom controle. (NASCIMENTO. L et al., 2011).

A insulina NPH/lenta possui um aspecto leitoso, de ação intermediária o tempo para início da ação é de 2 a 4 horas, com um pico de 4 a 10 horas, e duração de 10 a 18 horas.

A insulina Regular possui um aspecto transparente, com ação curta (rápida), início da ação varia de 30 a 60 minutos, com um pico de 2 a 3 horas e duração de 5 a 8 horas. (REICHELT A; et al., 2011).

Categoria 2 - Enfrentando uma dura realidade para fazer o monitoramento das glicemias capilar seguir o controle do regime terapêutico

{...} Tratamento bem feito seguir a rotina, mas eu não consigo.

{...} Não anoto, fica marcado no aparelho, ahh eu não tenho paciência o médico tá cansado de brigar comigo, pois nunca levo o papel pra ele, fala que é pra eu evitar de comer doces, mas eu não consigo, eu dou uma escapulida mas não exagero.

Nessa fala da jovem podemos perceber que ela sabe que é necessário anotar todos os resultados das glicemias. Porém, ao mesmo tempo diz que não tem paciência, afinal fica anotado no aparelho. Então, o monitoramento do diabetes mellitus (DM) é um grande avanço, realizado com amostra da coleta na ponta de dedo, imprescindível ao controle do DM tipo 1. A monitorização da DM pela glicemia capilar fornece apenas dados intermitentes do controle metabólico, impedindo uma visão completa do perfil glicêmico do paciente.(MAIA.F; ARAUJO.L, 2006).

{...} AH ele foi explicando que eu tinha que comer tal coisa deixar de comer outras, comer mais verduras, legumes, arroz feijão, integral tudo de pouco tipo de regime, exercício físico tomar os remédios certos e fazer o teste de glicemia certo.

{...} Facil é e ahh fácil é ouvir e difícil é fazer né a dieta rsrrsrs, pior que eu sei tudo mas fico olhando isso aquilo, daí marro de vontade.

{...} ahh é difícil e tento evitar um pouco como mais só que é bem pouquinho óó´o hj comecei a seguir tomei o café da manha, depois comi uma fruta e fui almoçar meio dia mas tem vez que eu não almoço porque não dá fome, eu como uma fruta no almoço e só mais tarde que eu venho jantar umas sete ou oito da noite.

Esta categoria refere-se às dificuldades que a adolescente enfrenta no seu cotidiano através do seu desejo interno e/ou estímulos externos em torno da alimentação. Seguir a dieta adequada foi considerado como algo bastante difícil e que requer um controle muito grande. Por isso, às vezes, não seguem corretamente a dieta.(BRITO.A et al., 2013).

Um outro ponto também que se sobressaiu nessa fala foi que por ter que fazer a comida para o marido de maneira comum fica difícil fazer a sua separada. Um dos motivos citados pela paciente foi que não realiza o regime adequado, pois, é necessário comer pouco de três em três horas e que sente muita vontade de comer carboidratos de rápida absorção como doces, balas, copo de água com açúcar.

Categoria 3 - Apoio da família e dos amigos na cooperação do tratamento do DM 1

{...} Tem vez que ela sobe tem vez que baixa da uma descontrolada, eu tento controlar mais não dá, aki quem me ajuda é o marido ele fica no meu pé e briga comigo você não se cuida pra ver só.

A família tem uma importância vital para a pessoa com DM, principalmente em se tratando de criança/adolescente. Com a colaboração da família, poderá ser construída uma visão positiva a respeito da doença, com isso a criança desenvolverá um enfrentamento mais tranquilo de sua condição de saúde, tornando assim mais segura no seu cotidiano. É responsabilidade da família fornecer suporte básico para o crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente, os adolescentes com diabetes vivem em conflito, pois sabem da importância de não quebrar as regras do seu tratamento, mas, em contrapartida, o desejo de comer outros alimentos, às vezes, se torna incontrolável e, como eles próprios verbalizaram, dão uma “escapadinha”. (MELLO.B.M, 2006).

Categoria 4 - O cuidado realizado pelos profissionais de saúde aos adolescentes com DM 1

{...} O que ta faltando no SUS? como assim faltando , a a não sei ... o que poderia tar ajudando... ter mais reuniões, palestras, cursos, esses dias mesmo fui pegar insulina e a muié disse que não ia me dar por causa da caixinha, mas eu sempre peguei sem caixinha, eu briguei lá né falei que ia chamar ate os repórter la dentro daquele postinho, fiquei com muita raiva, falei mas eu nunca peguei com caixinha, ela disse não vc não vai levar sem a caixinha não, eu falei vou ter que comprar e ela falou ah então pega a caixinha, eu falei num tenho

caixinha eu to precisando de insulina é a regular ainda, ela falou não aqui a gente não fornece sem a caixinha , eu falei nossa que absurdo.

Com essa fala da jovem chegamos a uma conclusão que segundo Reichelt.a *et al.*, (2011) para poder ter um transporte seguro da insulina, a mesma deverá ser colocada em um recipiente de isopor sem gelo para ficar somente fresquinha ou em uma garrafa térmica pequena (como usadas para as crianças), ou em recipiente térmico tipo estojo.

Chegando ao destino deverá ser colocado imediatamente em geladeira.

Concluimos que no SUS é necessário mais informação para os profissionais de saúde sobre como deve ser realizado o transporte da insulina, e quanto tempo pode ficar sem refrigeração.

Nesse sentido o entendemos que Ministério da Saúde deve proporcionar mais palestras explicativas sobre as doenças de um modo geral, pois a população tem muitas dúvidas que não são esclarecidas só pelas orientações de médicos e enfermeiros. É necessária uma campanha nesse sentido.

Categoria 5- Ter o apoio dos amigos/professores como suporte para o tratamento

{...} assim quando começasse a passar mal eu descia na diretoria e as vezes eu precisava até ir embora daí eles ligavam na minha casa e dai minha tia ia buscar.

{...} excursão eu sempre participava e nunca tinha problemas eu já fui até no Pico das Cabras Mor da hora, fica o dia todo na mata, eu não levei a insulina porque não tinha quase nada pra comer né, tinha mais fruta pãozinho assim, quem foi eram os alunos da escola mesmo.

{...} ah eles compreendiam e depois dava trabalho eu até passava de ano por causa da diabete meu tio falava falta boba , vc passa de ano do mesmo jeito, só porque tem diabete, o professor entendi eu fazia trabalhos em casa e depois entregava na secretaria para entregarem para o professor.

Segundo Simoes.A *et al.*, (2010) é responsabilidade da escola e de seus funcionários promover e contribuir para o bem star dos alunos, disponibilizando-os condições favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem. Importante questão a ser mencionada é a necessidade de um bom processo de comunicação entre a escola e família, no sentido de informar a rela situação da criança, seu diagnostico, suas necessidades, particularidade e possibilidades. Diante das informações a instituição de ensino e seus profissionais deveram se preparar para a adequada abordagem da criança.

CONCLUSÃO

Os níveis glicêmicos e a hemoglobina glicada devem ficar o mais próximo da normalidade. Ela deve ser avaliada também quanto à presença de complicações crônicas como nefropatia, retinopatia, neuropatia e cardiopatia. A pressão arterial deve estar controlada, com valores < 130/80 mmHg. Nas diabéticas tipo 1, a função tireoidiana deve ser avaliada com objetivo de manter o TSH entre 1,3 e 2,5 μ U/L.

A ausência da assistência pré-natal está intimamente ligada a maior taxa de mortalidade perinatal, essas perdas perinatais estão relacionadas às doenças de difícil prevenção como, malformação congênita, descolamento prematuro da placenta e circulares de cordão.

O parto poderá evoluir para uma pré-eclâmpsia devido à elevação da pressão arterial ocular, aumento da albuminúria, proteinúria, edema, e vômitos, conseqüentemente evolui para cesarea entre outras complicações como trauma obstétrico por exemplo.

Os profissionais precisam realizar uma monitorização rigorosa das adolescentes que são faltosas no Programa de DM sendo que a informação é primordial para obter um controle adequado dos níveis glicêmicos.

Outro dado relevante no atual estudo foi à análise das respostas da adolescente que revelou saber da importância de realizar um bom controle glicêmico, porém não anotava os resultados. Não obstante, a paciente diz ter preguiça, pois já fica anotado no aparelho. Dado também importante foi em relação à alimentação. A adolescente sabe o que pode comer e o que não pode, porém não realiza a dieta adequada, uma vez que precisa cozinhar para o marido e fica com vontade de comer a mesma comida dele.

Devido à falta de um controle glicêmico rigoroso e dieta inadequada, RN apresentou diversas complicações no após o nascimento. Diante essas complicações e através das pesquisadas realizadas, fica claro a importância de realizar um controle glicêmico adequado evitando complicações tanto para mãe quanto para o bebe.

Esse estudo de caso nos proporcionou um melhor conhecimento das complicações que o DM pode causar na gestação, pré-parto, parto e pós-parto, se não for realizado um controle adequado, podendo levar a gestante e RN a ter conseqüências graves, ressaltando a importância de uma boa Sistematização da Assistência de Enfermagem em busca de resultados positivos, sendo vital a intervenção do enfermeiro durante o pré-natal, pré-parto parto e pós parto da gestante com DM.

Assim, foi possível analisar um caso isolado, entretanto novas pesquisas devem ser realizadas utilizando com um número maior de participantes e que tenham um caráter longitudinal, com acompanhamento em longo prazo para verificar os efeitos das variáveis descritas na pesquisa ao longo da vida dos participantes.

REFERÊNCIAS

BRAGA, T. M. S.; BOMFIM, D. P.; SABBAG FILHO, D. Necessidades especiais de escolares com diabetes mellitus tipo 1 identificadas por familiares. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 3, p. 431–448, set. 2012.

BRASIL. **DIABETES MELLITUS**. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>.

BRITO, A. et al. Diabetes mellitus tipo 1: implicações na qualidade de vida dos adolescentes. **e-ciência**, v. 1, n. 1, p. 2–17, 2013.

CAREGNATO, C. .; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, 2006.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FONSECA, A. C. A ação de destituição do pátrio poder. **Brasília: Revista de Informação Legislativa**, v. 37, n. 146, p. 261–279, 2000.

FRAGOSO, L. et al. Vivências cotidianas de adolescente com diabetes Mellitus Tipo 1. **Texto e contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 443–451, 2010.

GOLBERT, A.; CAMPOS, M. A. Diabetes melito tipo 1 e gestação. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 2, p. 307–314, 2008.

GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46, n. 1, 2002.

MAIA, F.; ARAUJO, L. Impacto do Sistema de Monitorização Contínua da Glicose em Pacientes Diabéticos. **Rev Associação Med Brs**, v. 6, n. 52, p. 395–400, 2006.

MARTINEZ, E. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **cad. saúde pública**, v. 27, n. 5, p. 855–867, 2011.

MELLO, B. M. Deficits de Autocuidado vivenciados por famílias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Dissertação apresentada ao programa de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina**, p. 2–90, 2006.

MOREIRA, R. O. et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 1, p. 19–29, 2003.

NASCIMENTO, L. et al. Diabetes mellitus tipo 1: adequado, na perspectiva de crianças. **revista esc enfermagem USP**, v. 43, n. 3, p. 764–769, 2011.

NUNES, M.; DUPAS, G.; FERREIRA, N. Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. **Revista Eletrônica de ...**, v. 9, n. 1, set. 2009.

REICHELTA.A et al. Uso de Insulina Orientações para Orientações para pacientes Uso de Insulina. **Educação e Saúde**, v. 62, p. 6–7, 2011.

ROSA. A; MERIGO. J. A Família acolhedora como possibilidade na perspectiva do sistema único de assistência social- SUAS. p. 1–18, 2010.

SANTOS, J. R.; ENUMO, S. R. F. Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 : Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 411–425, 2003.

SIMÕES.A et al. Conhecimento dos professores sobre o manejo da criança com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 651–657, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. **AC FARMACEUTICA**, n. 382, p. 9, 69–77, [s.d.].

TEIXEIRA.C et al. Diabetes nos partos hospitalares em sistemas de saúde público e privado. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 460–469, jun. 2013.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383–386, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2^a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.