

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

GILVANI MAURÍCIO DIAS PONTES

**CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE
DIABETES GESTACIONAL**

**NATAL/RN
2009**

GILVANI MAURÍCIO DIAS PONTES

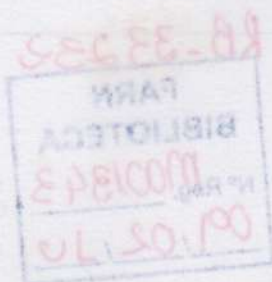
Monografia intitulada CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL valendo como requisito para conclusão do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL

Monografia apresentada no término do Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), valendo como requisito para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Maria Cléia de Oliveira Viana (Msc).

NATAL/RN
2009



Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Pontes, Gilvani Maurício Dias

A contribuição do enfermeiro às portadoras de diabetes gestacional. /
Gilvani Maurício Dias Pontes. – Natal: FARN, 2009.
40 f.

Orientadora: Maria Cléia de Oliveira Viana (Msc.)

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Diabetes Mellitus – Monografia. 2. Diabetes Gestacional –
Monografia. 3. Atuação do Enfermeiro – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.379-008.64



616.379-008.64
P858c
2009
ex 01

GILVANI MAURÍCIO DIAS PONTES

Monografia intitulada: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL valendo como requisito para conclusão do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio grande do Norte.

Dedico este trabalho:

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

Dedico este trabalho, primeiramente aos meus pais, pois não mediram esforços para ajudar na realização deste projeto de vida que é a enfermagem, um especial e minha vida, que muitas vezes renunciou de seus sonhos para que os meus fossem realizados.

Aos amigos de infância

Aos primeiros professores, especialmente a Professora Maria Cléia de Oliveira Viana (Msc) Orientadora

Aos amigos (e familiares) que hoje não se fazem presentes mas que foram muito importantes em minha vida. Nomes de sangue e de fé.

Germiniana Maria Pacheco Dutra Cariello
Banca examinadora (1º Avaliador)

Sandra Cristina de Andrade
Banca examinadora (2º Avaliador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu coragem para lutar e perseverança para acreditar e vencer.

Aos entes queridos pela paciência e compreensão nos momentos de dificuldades.

A todos os mestres que passaram pela minha vida, do jardim à faculdade, aos que me ensinaram pela primeira vez a alfabeto, pois sem o início não teria chegado até aqui.

E não poderia deixar de agradecer a minha mentora nesse trabalho, minha orientadora Maria Cláudia de Oliveira Viana.

Dedico este trabalho:

Dedico este trabalho, primeiramente aos meus pais, pois não mediram esforços para ajudar na realização desse projeto de vida que é a enfermagem, em especial a minha mãe, que muitas vezes renunciou de seus sonhos para que os meus fossem realizados.

Aos amigos do dia-a-dia.

Aos primeiros amigos da vida que me ensinaram a chegar até aqui me dando a mão ou mesmo um sorriso.

Aos amigos (in-memorian) que hoje não se fazem presentes mas que foram nortes em minha vida. Nortes de justiça e de ética.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu coragem para lutar e perseverança para acreditar e vencer.

Aos entes queridos pela paciência e compreensão nos momentos de dificuldades.

A todos os mestres que passaram pela minha vida, do jardim à faculdade, aos que me ensinaram pela primeira vez o alfabeto, pois sem o início não teria chegado até aqui.

E não poderia deixar de agradecer a minha mestra nesse trabalho, minha orientadora Maria Cléia de Oliveira Viana.

Estamos fazendo de vida: vida que se inicia pelo tempo, que se constitui pelas relações, que acontecem mediante a comunicação, e que necessita de cuidado.

Maria Júlia Paz da Silva

RESUMO

A pesquisa bibliográfica traz como tema: **A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL**, e tem como objetivo principal retratar a doença de acordo com o que destacam os teóricos. Nessa linha, faz uma explanação do diabetes enfatizando seus diversos tipos, quais sejam, o Tipo I, o Tipo II e o Diabetes gestacional. Destaca suas causas e possíveis consequências durante a vida do indivíduo acometido pela mesma. Por fim, discorre sobre a presença do enfermeiro frente ao diagnóstico e tratamento da doença, enfatizando sua importância e sobre a melhor forma de agir do mesmo, de forma a atingir o objetivo desejado, qual seja, tratar o paciente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus I e II, Diabetes gestacional, Atuação do enfermeiro

“Estamos falando de vida: vida que se limita pelo tempo, que se constitui pelas relações, que acontecem mediante a comunicação, e que necessita de cuidado.”

Maria Júlia Paz da Silva

RESUMO

A pesquisa bibliográfica traz como tema: **A CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL** e tem como objetivo principal retratar a doença de acordo com o que destacam os teóricos. Nessa linha, faz uma explanação do diabetes enfatizando seus diversos tipos, quais sejam, o Tipo I, o Tipo II e o Diabetes gestacional. Destaca suas causas e prováveis consequências durante a vida do indivíduo acometido pela mesma. Por fim, discorre sobre a presença do enfermeiro frente ao diagnóstico e tratamento da doença, enfatizando sua importância e sobre a melhor forma de agir do mesmo, de forma a atingir o objetivo desejado, qual seja, tratar o paciente.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus I e II, Diabetes gestacional, Atuação do enfermeiro

ABSTRACT

ABO - Associação Médica Brasileira

The literature carries the theme: **THE CONTRIBUTION OF NURSES TO WITH GESTATIONAL DIABETES** and mainly aims at portraying the disease according to what theorists emphasize. Along these lines, makes an explanation of diabetes emphasizing its different types, namely, Type I, Type II and Gestational diabetes. Highlights its causes and likely consequences for the lives of individuals affected by it. Finally it discusses the presence of nurses with diagnosis and treatment of disease, emphasizing its importance and how best to do the same in order to achieve the desired goal, namely to, treat the patient.

EBF - Estratégia de Saúde da Família

Keywords: Diabetes Mellitus I and II, Gestational diabetes, Nurses.

IBR - Instituto Brasileiro de Recurso

IBR - Instituto Brasileiro de Recurso

IBR - Instituto Brasileiro de Recurso

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

LISTA DE SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

CFM – Conselho Federal de Medicina

DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

DMG – Diabetes Mellitus Gestacional

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo I

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FR – Fator de Risco

GH – Hormônios do Crescimento

GJ – Glicemia de Jejum

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Geral	16
1.1.2 Específicos	16
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 DIABETES MELLITUS E SEUS TIPOS	18
2.1 Diabetes do tipo 1	21
2.2 Diabetes do tipo 2	23
2.3 Diabetes Mellitus Gestacional	24
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIABETES GESTACIONAL	29
4 METODOLOGIA	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

O Diabetes Mellitus pode ser classificado em dois tipos principais: o tipo 1 ou insulina-dependente e o tipo 2 ou não insulina-dependente. O tipo 1 geralmente manifesta-se na infância ou adolescência, ou em qualquer idade, apresenta pré-disposição a cetose na ausência de insulina e o tipo 2, mais comum na fase adulta, é controlável em maior tempo sem insulina.

O diabetes tipo 1, que afeta cerca de 5% de todos os diabéticos e conhecido também como diabetes juvenil. Seu índice de diagnóstico em crianças entre 10 e 14 anos é maior. Contudo, pessoas de qualquer faixa etária podem também desenvolver o diabetes tipo 1. A doença é ainda conhecida como diabetes insulina-dependente, uma vez que a medicação oral é ineficaz para tratar os níveis elevados de glicose no sangue.

Diabetes Tipo 1 (DM1), doença auto-imune ocorre em decorrência da destruição das células beta produtoras de insulina. O motivo para tal é que, por engano, o organismo identifica essas células como corpos estranhos, em isso

1 INTRODUÇÃO

Muitas são as causas de morte anunciadas no mundo, no entanto, uma grande parcela delas está associada a problemas de saúde. Problemas estes determinados pela sua gravidade. Dentre os males que mais acometem a população destacam-se a Diabetes Mellitus, considerada como a quarta maior causa mortis no Brasil. Mundialmente, a incidência de pacientes acometidos por essa doença está estimada em 171 milhões de indivíduos, com previsão de pelo menos o dobro nos próximos 25 anos.

Esse mal tem como principal característica a hiperglicemia, refletindo uma diminuição na utilização dos carboidratos, "resultado de uma anormalidade na secreção de insulina ou do efeito desta sobre os tecidos" (SILVESTRE, 2006, p. 342).

Várias são as complicações provocadas por essa patologia, dentre elas destacam-se as doenças vasculares, renais, oftálmicas, neurológicas, como também, a perda de peso, dificuldade de cicatrização nas lesões e a incidência de infecções diversas, o que acarreta o afastamento do indivíduo de suas atividades diárias ou profissionais. De acordo com Santos (2008, p. 35),

O Diabetes Mellitus pode ser classificado em dois tipos principais: o tipo 1 ou insulino-dependente e o tipo 2 ou não insulino-dependente. O tipo 1 geralmente manifesta-se na infância ou adolescência (ou em qualquer idade) apresenta pré-disposição a cetose na ausência de insulina e o tipo 2, mais comum na fase adulta é controlável, em maior tempo, sem insulina.

O diabetes tipo 1, que afeta cerca de 5% de todos os diabéticos é conhecido também como diabetes juvenil. Seu índice de diagnósticos em crianças entre 10 e 14 anos é maior. Contudo, pessoas de qualquer faixa etária podem também desenvolver o diabetes tipo 1. A doença é ainda conhecida como diabetes insulino-dependente, uma vez que a medicação oral é ineficaz para tratar os níveis elevados de glicose no sangue.

Diabetes Tipo 1 (DM1), doença auto-imune ocorre em decorrência da destruição das células beta produtoras de insulina. O motivo para tal é que, por engano, o organismo identifica essas células como corpos estranhos, em isso

ocorrendo, a ação é uma resposta auto-imune. Este tipo de reação também ocorre em outras doenças, como esclerose múltipla, Lupus e doenças da tireóide.

Quando o organismo deixa de produzir insulina, ou mesmo a produz em uma quantidade muito pequena, provoca o aparecimento da DM1. O que acontece logo após é que, para viver, o indivíduo precisa tomar insulina e procurar, a partir daí manter uma vida saudável. As pessoas acometidas pela doença precisam fazer uso diário de injeções de insulina para regularizar o metabolismo do açúcar. Caso contrário a glicose não vai conseguir chegar até as células, que precisam dela para queimar e transformá-la em energia.

Ainda não se sabe ao certo por que as pessoas desenvolvem a Diabetes tipo 1. Algumas hipóteses levam a crer que pode ser algo próprio do organismo, ou uma consequência de causas externas, tais como, problemas emocionais, ou também alguma agressão por vírus como o coxsackie. Sabe-se, porém, que algumas pessoas nascem com genes que as predispõem ao desenvolvimento da doença. Por outro lado, existem outras que, apesar de apresentarem os mesmos genes não desenvolvem o diabetes. Um dado importante a ser avaliado é que, no geral, a Diabetes do tipo 1 normalmente acomete pessoas com menos de 35 anos, o que não descarta seu aparecimento em qualquer idade.

Faz-se necessário que mudanças no comportamento sejam observadas com maior cuidado para que se possa fazer um diagnóstico e chegar a um consenso em relação a este.

Em relação ao diabetes do tipo 2 constata-se que ele apresenta um fator hereditário maior do que no tipo 1 entre as pessoas acometidas. Há ainda uma grande relação deste com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos. Sua incidência maior é entre pessoas com mais de 40 anos.

Uma de suas particularidades é a produção intermitente de insulina pelo pâncreas. Isso se dá pela incapacidade de absorção das células musculares e adiposas. Esta anomalia é chamada de "resistência insulínica", ou seja, por várias razões as células não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea.

O diabetes tipo 2 é bem mais comum que o tipo 1 e pode responder de forma satisfatória ao tratamento com dieta e exercício físico. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e, por fim, a combinação destes com a insulina.

A prevenção primária desta patologia deve, portanto, privilegiar os esforços para a correção dos fatores de risco de natureza modificável (correção de hábitos nocivos que incluem entre outros o sedentarismo e os erros alimentares). Estima-se que em relação ao diabetes tipo 2, a metade dos casos novos poderia ser prevenida, evitando-se o excesso de peso e 30% com o combate ao sedentarismo. Por conta deste entendimento, a questão da prevenção do Diabetes tem sido cada vez mais valorizada, e com este fim, diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos.

No atendimento dessa finalidade é de fundamental importância: a capacidade da observação e identificação dos fatores de risco exibidos pelo indivíduo, família ou grupo, na comunidade em que assiste; a sensibilização desses indivíduos ou grupos para o risco potencial, e para a importância do problema; e a motivação para a adesão às mudanças, através da orientação para o autocuidado. A mesma abordagem já foi valorizada para as doenças cardíacas que também ocupam um lugar de destaque e geralmente estão associadas à prática inadequada de autocuidado. (SANTOS, 2008)

Amplo destaque se dá para outro tipo de diabetes, não menos importante que os demais - o Diabetes Gestacional. O Diabetes Gestacional, como o próprio nome sugere, se apresenta durante a gravidez. Na gravidez, duas situações podem acontecer: ou a mulher já tinha diabetes e engravida ou o diabetes gestacional, que é a alteração das taxas de açúcar no sangue, é detectada pela primeira vez na gravidez.

Essa forma se apresenta frente a qualquer grau de intolerância à glicose com início durante a gravidez, como uma de suas conseqüências, o pâncreas fica enfraquecido (em geral pelo excesso de peso), o que as torna vulneráveis a desenvolver o diabetes mais tarde. Na maioria das mulheres, o problema se resolve quando a gravidez termina, mas aquelas que tiveram Diabetes Gestacional têm maior risco de desenvolver o diabetes tipo 2 com o passar do tempo. O Diabetes acontece porque certos hormônios produzidos durante a gravidez (por exemplo, o GH - hormônio do crescimento) fazem com que o corpo fique resistente aos efeitos da insulina. Estes hormônios são essenciais a uma gravidez saudável e ao feto, mas eles podem bloquear parcialmente a ação de insulina. Na maioria das mulheres, o pâncreas reage a esta situação produzindo insulina adicional o bastante para superar a resistência à insulina.

A princípio o Diabetes Gestacional pode parecer inofensivo, no entanto, precisa ser levado a sério já que o problema, que pode somente se apresentar até o

final da gravidez, em determinadas ocasiões pode se estender. Outra preocupação gerada pelo diabetes gestacional está ligada a probabilidade de aborto, ou seja, o aparecimento do problema durante a gravidez leva o feto a um crescimento maior que o bebê cuja mãe esteja em estado normal de saúde. Esse crescimento pode trazer complicações no momento do parto, ou mesmo, antes dele.

A doença afeta até 14% de mulheres grávidas em todo o mundo. Geralmente aparece no "terceiro trimestre da gestação, porque os hormônios que determinam o desenvolvimento fetal na placenta interferem com a função normal de insulina" (LALIBERT, 2006, p. 46).

Os sintomas são praticamente iguais a de todos os outros tipos de diabetes. Em mulheres com Diabetes Gestacional a insulina extra não é produzida em quantidade suficiente e, dessa forma, o açúcar não pode ser processado corretamente pelo corpo. Assim sendo, a glicose se acumula na circulação sangüínea. À medida que o feto se desenvolve maiores quantidades dos hormônios que interferem com a insulina são produzidas. No parto, os hormônios do corpo rapidamente voltam aos níveis pré-gravidez. Tipicamente, o pâncreas está apto a produzir insulina o suficiente, novamente, e os níveis de glicose no sangue retornam ao normal.

Existem vários critérios para se fazer o diagnóstico do diabetes gestacional. De uma maneira geral, a indicação do tratamento inclui desde elevações mais leves das taxas de glicose até o diabetes franco, como diagnosticado fora da gravidez. O tratamento do diabetes gestacional tem por objetivo diminuir a taxa de macrossomia (peso elevado do bebê ao nascer), evitar a queda do açúcar ao nascer (hipoglicemia) do bebê e diminuir a taxa de cesareana. (DAMASCENO, 1997).

O Diabetes Melitus Gestacional (DMG), apesar de não ser considerado como uma forma grave da doença requer tratamento, razão pela qual os obstetras solicitam exames de rotina. O médico pode começar por recomendar que a paciente com DMG alie ao tratamento uma alimentação mais regrada e freqüente, ou seja, um planejamento alimentar, que idealmente deve ser orientado por nutricionista. Os exercícios físicos também devem fazer parte do tratamento e serão orientados por seu médico, para isso é importante que a paciente adquira a prática de exercícios leves e regulares, dos tipos, caminhada ou natação.

As mulheres que já faziam atividade física podem continuar a fazê-la

normalmente. Em último caso, se as medidas adotadas não surtirem os efeitos desejados, será recomendado, então o tratamento com insulina. Isso ocorre porque os efeitos dos antidiabéticos orais não estão bem estabelecidos na gravidez, então eles não podem ser usados nesse momento. (REICHEL, 2009).

O presente estudo propõe avaliar não só a problemática referente ao Diabetes Mellitus e seu acometimento em mulheres grávidas, mas também a atuação do profissional frente a esse problema comumente encontrado na população, visando averiguar sua postura diante desse contexto.

No tocante ao cuidado com a paciente portadora do Diabetes Gestacional (DMG), a pesquisa direciona-se para a teoria do contexto da Enfermagem, cujo objetivo inicial é “encontrar significado e foco na enfermagem como uma profissão de saúde diferenciada com seus próprios valores, conhecimentos, ética, prática e missão na sociedade”. (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006, p. 466).

A atenção aos pacientes no transcurso de sua estada em ambientes nos quais lhe seja necessário o devido acompanhamento de qualquer mal de que esteja acometido é uma atividade de rotina que tem como principal gestor o enfermeiro.

Esse processo se dá a partir de um momento pelo qual passam aqueles que, por um motivo ou outro, decidem dedicar sua experiência de vida em prol de melhores condições de um atendimento à saúde de outros. O paciente/cliente acometido por qualquer doença entra em um estado de carência, não sendo entendidos, muitas vezes, pelos familiares ou pelas demais pessoas que o assistem. Por esse motivo é que o enfermeiro, tanto no âmbito de seu trabalho, tanto quanto fora dele precisa estar preparado, não só para dedicar um atendimento técnico, mas acima de tudo, estar atento às necessidades mais básicas desse paciente/cliente.

Esse profissional, acima de qualquer coisa, tem que estar pautado no código de ética profissional, não esquecendo, no entanto, de estar voltado aos demais processos assistenciais do tipo humanizados que regem a boa interação profissional x paciente.

Além de tudo o enfermeiro precisa estar atento às condições oferecidas pelas instituições de saúde – hospitais, maternidades, postos de saúde, centro comunitários, entre outros – de forma a não fugir do procedimento exigido pelas mesmas aquando do atendimento a esses usuários potenciais. Esse padrão de qualidade total dispensados pelas instituições de saúde são atendimentos que proporcionem a máxima satisfação ao cliente e/ou o mínimo possível de riscos e

erros que venham a comprometer a qualidade e a segurança almejadas.

No entanto, mesmo diante de tais situações existem alguns momentos em que o enfermeiro se sente impotente a ponto de, em determinados momentos, sentirem-se tão fracos quanto àqueles que os buscam. Determinadas situações fragilizam aos que as assistem, no entanto, esse profissional precisa ficar atento para não se deixar envolver a ponto de esse envolvimento vir a atrapalhar todo o processo.

É na situação de realidade do ser humano com diabetes e na necessidade de uma relação transpessoal que a paciente "poderá vivenciar a verdadeira presença-encontro-relação, [...] com os profissionais que lhes prestam assistência. Este encontro se dá entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, construindo um movimento compreensivo e emergindo o ser-com-o-outro das partes envolvidas" (DAMASCENO, 1997, p. 16).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Retratar a Diabetes de uma forma geral enfatizando a atuação do enfermeiro no acompanhamento às pacientes acometidas pelo Diabetes gestacional

1.1.2 Específicos

- Discorrer sobre os tipos de diabetes mais comuns;
- Identificar suas causas e incidência;
- Caracterizar os fatores de risco desenvolvidos pelas gestantes;
- Destacar a atuação do enfermeiro frente às gestantes com diabetes.

1.2 JUSTIFICATIVA

A Diabetes é uma doença que causa nas pessoas, uma série de complicações que as impedem de viver normalmente. Frente a essas situações se faz necessária a participação do enfermeiro no acompanhamento das pacientes colaborando na promoção e controle da patologia. Pensando por este foco, esta pesquisa justifica-se pelo importante papel que exerce o enfermeiro quando se depara com pacientes acometidas pela Diabetes Gestacional.

2 DIABETES MELLITUS E SEUS TIPOS

Para começar a tratar do assunto é importante que se entenda um pouco sobre sua origem, pois de acordo com Albuquerque (2007, p. 35), "todo bom e tradicional livro sobre diabetes começa com a história da doença".

Aprende-se que se trata de uma patologia antiga; que Banting & Best foram os descobridores da insulina e muitas outras coisas. Os conhecimentos sobre diabetes experimentaram uma dramática evolução nos últimos anos, não só quanto aos mecanismos patológicos das doenças como em relação às novas opções terapêuticas, todas elas desenvolvidas com base no próprio mecanismo fisiopatológico do diabetes. (ALBUQUERQUE, 2007, p. 35)

Para compreender a diabetes é importante saber como seu corpo usa o hormônio chamado insulina para lidar com a glicose, que nada mais é que um açúcar simples a qual é sua principal fonte de energia. Freudenrich e Ribeiro (2007) enfatizam que "na diabetes, o organismo não produz insulina ou não é sensível a ela. Portanto, o corpo produz altos níveis de glicose no sangue produzindo os sintomas da doença".

Ele ainda reforça sua compreensão acerca da doença ao destacar que "esta fantástica evolução nos conhecimentos trouxe boas e más notícias". Como más notícias observa-se que ainda que seja controlável, o diabetes vem se apresentando "como uma epidemia de graves proporções. Sua prevalência está aumentando assustadoramente, como resultado do envelhecimento da população e das alterações negativas no estilo de vida".

Em contrapartida essa evolução de conhecimentos também trouxe boas notícias. Dentre elas a capacidade de se compreender todos os aspectos fisiopatológicos das hiperglicemias, os níveis de glicemia em qualquer momento, com tecnologias portáteis de ponta, bem como, as bases celulares da resistência à insulina que prediz, precede e caracteriza a intolerância à glicose.

Segundo Freudenrich e Ribeiro (2007), a falta de insulina ou resistência a ela afeta o corpo fazendo surgirem os sintomas e sinais clássicos da diabetes, quais sejam:

- Altos níveis de glicose no sangue durante o jejum e após uma refeição (tolerância à glicose reduzida).
- As células não absorvem glicose da corrente sanguínea, o que faz com que você tenha altos níveis de glicose no sangue.
- Sem glicose proveniente do sangue entrando nas células, o corpo "pensa" que está faminto.
- As células alfa do pâncreas secretam glucagon fazendo aumentar os níveis de glucagon no sangue.
- O glucagon age no fígado e nos músculos quebrando o glicogênio armazenado e liberando glicose no sangue.
- A ação do glucagon no fígado e nos rins faz produzir e liberar glicose através da gliconeogênese.

As duas etapas das ações do glucagon aumentam ainda mais os níveis de glicose no sangue. Esse aumento do nível de glicose no sangue faz aparecer a glicose na sua urina da seguinte forma:

- os altos níveis de glicose no sangue aumentam a quantidade de glicose filtrada pelos seus rins;
- a quantidade de glicose filtrada excede a quantidade que os rins podem reabsorver;
- o excesso de glicose fica perdido na urina e pode ser detectado por medidores de glicose em tiras.

Ou seja, cada etapa desse ciclo vai desencadeando um novo problema, assim sendo o alto nível de glicose no sangue faz com que o indivíduo urine freqüentemente, ocasionando o seguinte:

- o alto nível de glicose no sangue - o que aumenta a quantidade de glicose filtrada pelos rins;
- como a carga filtrada de glicose nos rins excede a quantidade que esses podem absorver, a glicose permanece dentro do lúmen tubular;
- a glicose no túbulo retém água - o que aumenta o fluxo de urina através do túbulo;
- o aumento do fluxo de urina faz com que você urine freqüentemente.

Outros problemas são ocasionados nesse ciclo, ou seja, o alto nível de glicose no sangue e o aumento do fluxo de urina fazem o indivíduo ficar constantemente sedento - os altos níveis de glicose no sangue aumentam a pressão osmótica do sangue e estimulam diretamente os receptores de sede no seu cérebro.

Quando aumentada, a pressão retira a água existente nos tecidos provocando uma desidratação, uma vez que esta se perde nos rins através da urina, diminuindo assim o volume sangüíneo.

Como consequência o sangue ganha espessura (concentração mais alta de células sangüíneas vermelhas), ficando com a aparência do melado o que vem a provocar maior resistência do fluxo, ou seja, ocasiona má circulação do sangue que pode ser percebida com "dormência nas mãos e pés, alterações na visão[...]", má cicatrização dos ferimentos e infecções freqüentes. "O alto nível de glicose no sangue também pode deprimir o sistema imunológico. Por fim, isso pode levar a gangrena dos membros e cegueira". (FREUDENRICH; RIBEIRO, 2009).

Outro sintoma verificado é que a pessoa acometida pela doença sente, constantemente uma sensação de fome, no entanto, ainda não se conseguiu definir com clareza o que vem provocar esses estímulos ocorridos nos centros de fome do cérebro, uma possibilidade seria a baixa incidência da insulina ou os altos níveis de glucagon. Mesmo com fome frequente o paciente perde peso, pois a falta ou resistência à insulina desencadeiam a degradação da camada de gorduras das células adiposas e das proteínas nos músculos.

O metabolismo dos ácidos graxos favorece ao desencadeamento de corpos cetônicos liberados (cetoacidose) que pode vir acarretar problemas respiratórios – o hálito apresenta forte cheiro de acetona; disfunções cardíacas e degeneração do sistema nervoso central, o que levar ao estado de coma. Quando as células não conseguem absorver a glicose, o indivíduo apresenta um estado de cansaço, isso ocorre porque a glicose funciona como energia para elas.

"Felizmente, pode-se lidar com essas conseqüências corrigindo a glicose sangüínea elevada por meio de orientações ao paciente sobre dieta, exercícios e medicamentos". (FREUDENRICH; RIBEIRO, p. 2009).

Fatores preocupantes nos estudos é que se observa que a doença tem se manifestado em idades cada vez mais precoces, como também que, existe uma dificuldade na busca pela solução para a cura porque não existe um único gen responsável pela doença, algo que seja visto de forma individual, e isso vem

frustrando o trabalho de muitos pesquisadores.

“Os geneticistas agora acreditam que um grupo de genes disseminados pelo genoma, em combinações variáveis e numa interação complexa com fatores adquiridos, levam ao aparecimento do diabetes e de suas complicações, cujo impacto varia de indivíduo para indivíduo”. (REICHELT, 2007, p. [1]).

2.1 Diabetes do tipo 1

Armstrong e King (2007, p. [1]) em trabalho publicado relatam que “o diabetes do tipo 1 é uma doença na qual os leucócitos se tornam “confusos”. Normalmente, os leucócitos são responsáveis por detectar corpos estranhos no sangue e combatê-los com anticorpos”. Para eles, no diabetes tipo 1, os leucócitos agem como se as células beta do pâncreas fossem estranhas ao corpo humano.

Finalmente desapareceu a distinção clássica entre diabetes do tipo 1 ou 2 e já reconhecemos o “tipo 1.5”, ou seja, o diabetes auto-imune latente do adulto; passamos a diagnosticar muitos casos de diabetes tipo 2 em adolescentes e casos de diabetes do tipo MODY, onde existe uma alteração genética. Deparamos, ainda, com várias formas de intolerância à glicose, como as encontradas na gestação, ovário policístico e esteato-hepatite. (REICHELT, 2007, p. [1]).

No período compreendido entre os anos de entre 1999 e 2004, o Ministério da Saúde, por meio do sistema Hiperdia cadastrou uma média de 154.994 diabéticos tipo 1, sendo desses, 31,4% mulheres e 68,6% homens. “Esses dados provavelmente subestimam o número real de diabéticos tipo 1 no Brasil. Estudo realizado em Passo Fundo (RS) e publicado em 1998 estimou em 12/100.000 habitantes, muito próxima da encontrada em outros países”. (ARMSTRONG E KING, 2007, p. [1]).

Para os autores, Essa ação resulta em uma alteração o que leva os anticorpos a atacarem as células beta. Esta destruição pode ocorrer tanto rápida quanto lentamente, por longo período. Ao se destruir uma grande quantidade de células beta ocorrerá a falta de insulina e os níveis de glicemia começarão a se elevar. Sendo o indivíduo já portador do diabetes tipo 1, provavelmente precisará fazer uso da insulina para controlar os níveis de glicemia.

Além dos sintomas mais comuns já citados, o diabetes tipo 1 pode provocar a

perda de peso uma vez que a glicose não alcança as células. No diabetes tipo 2 esse é um problema não ocorrente pois existe sempre alguma insulina, porém, ela apenas não é 100% efetiva, por causa da resistência à insulina causada pela grande massa corporal.

Esses fatores comprovam que os sintomas da diabetes tipo 2 são geralmente menos graves e mais facilmente ignorados. Alguém com diabetes tipo 1 pode ser diabético há mais de cinco anos e não saber.

Os sintomas da diabetes tipo 1 podem não estar relacionados, mas é importante reconhecê-los para diagnosticar a doença e só assim evitar complicações críticas. Para Armstrong e King (2007), "é importante prestar atenção a esses sintomas. Embora eles não causem grande incômodo, podem sinalizar sérias complicações futuras da diabetes. Obviamente, para obter informação mais precisa, você deve olhar os sintomas que são específicos para o seu tipo de diabetes".

O diabetes apresenta sinais clássicos tais como: sede excessiva e vontade frequente de urinar, a ponto de fazer o diabético acordar várias vezes durante a noite. Esses dois sintomas, causados pela necessidade de se livrar do excesso de açúcar, são mais comuns na diabetes tipo 1 do que na diabetes tipo 2. Outros sinais da diabetes incluem fadiga, feridas e machucados que não curam devido ao fraco fluxo sanguíneo (principalmente nos pés e nas mãos), infecções do trato urinário e visão embaçada. (SILVA, 2009)

Ocasionalmente, nos estágios precoces do diabetes tipo 1, o indivíduo poderá ainda ter algumas ilhotas de Langerhans, que secretam uma quantidade de insulina suficiente, tornando desnecessária a insulina injetável. A medicação oral ou as alterações na dieta, nas atividades físicas e no estilo de vida podem ser suficientes para controlar a glicemia. Assim mesmo, em virtude da presença do diabetes tipo 1, os leucócitos continuarão a atacar as ilhotas de langerhans, e as células beta remanescentes acabarão sendo destruídas. Portanto, com o passar do tempo, as injeções de insulina tornar-se-ão necessárias.

Em relação ao Diabetes tipo 2 constata-se que este atinge indivíduos de qualquer faixa etária, sendo os mais afetados aqueles com idade acima de 40 anos. Essa faixa equivale a cerca de 7% do total da população brasileira.

De acordo com Smeltzer (2002) "o Diabetes Tipo 2, é um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa de produção de insulina e uma diminuição na ação desta". Para o autor: "trata-se de uma enfermidade sem cura,

porém pode ser oferecido tratamento com base em dieta nutricional, exercício físico, medicamentos hipoglicemiantes orais e insulina. Originalmente é denominado de diabetes não-insulino-dependente".

Com o aumento da glicemia surgem algumas manifestações clínicas que são bem freqüentes, dentre elas estão: "a poliúria, a nictúria, a polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, etc. Caso não haja o controle dos índices glicêmicos, além dos sintomas citados, o paciente pode evoluir para uma cetoacidose Diabética e Coma Hiperosmolar". Outras complicações, mesmo que tardias podem atingir órgãos vitais, estas são caracterizadas como a Retinopatia Diabética, problemas cardiovasculares, alterações circulatórias e problemas neurológicos. (SMELTZER, 2002)

2.2 Diabetes do tipo 2

No tocante à Retinopatia diabética, verifica-se que ela pode evoluir desde uma turvação da visão até o aparecimento de catarata, o descolamento da retina, uma hemorragia vítrea e até cegueira. Já os problemas Cardiovasculares, estes estão associados à obesidade, ao tabagismo, a Insuficiência Cardíaca Congestiva e as arritmias. As complicações provenientes das alterações circulatórias podem ocasionar uma lesão no membro inferior, o conhecido "Pé Diabético". Problemas neurológicos também são verificados como consequência da diabetes tipo 2, estes são responsáveis pelas neurites agudas ou crônicas que vão atingir as posições articulares.

É de suma importância explicar ao paciente que o Diabetes tipo 2 não tem cura, e, portanto, o tratamento inclui várias abordagens, como a orientação à mudança dos hábitos de vida, educação para saúde, atividade física e se necessário, medicamentos.

Nesse tipo de diabetes há uma combinação de insuficiência de secreção de insulina pelo pâncreas com um aumento na resistência à sua ação. Inicialmente o tratamento do diabetes tipo 2 pode ser apenas com as orientações já citadas, mas, com o tempo, provavelmente serão necessários comprimidos, insulina ou a associação dos dois. Esse é o caminho natural do tratamento e usar insulina não significa piora ou agravamento do diabetes.

Alguns comprimidos agem aumentando a secreção de insulina, outros, diminuindo a resistência à ação desse hormônio. Às vezes, o diabetes tipo 2 é

descoberto por acaso e pode estar muito descontrolado, já necessitando de insulina desde o início. Os comprimidos são freqüentemente usados em combinação com outros hipoglicemiantes, principalmente quando têm mecanismos de ação diferentes. Podem, também, ser associados à insulina.

O prognóstico das pessoas com diabetes tipo 2 varia, dependendo da eficiência do paciente em diminuir os riscos de complicações como o infarto do coração, o derrame cerebral e a insuficiência renal. Quatro em cada cem pessoas com diabetes tipo 2 ficam dependentes de tratamentos de diálise por causa de insuficiência renal. (LEITE, 2008)

2.3 Diabetes Mellitus Gestacional

Segundo a Associação Médica Brasileira - AMB e Conselho Federal de Medicina - CFM (2006) "o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação".

Até agora, a causa exata do diabetes gestacional é uma incógnita, ou melhor, ainda é desconhecida. Alguns especialistas, no entanto, a veem como uma etapa do diabetes tipo 2 pelas semelhanças clínicas apresentadas entre estes. Para Reichelt (2009) "em ambos, o que ocorre não é a deficiência acentuada na produção da insulina, mas uma resistência à ação dessa substância. Além disso, o diabetes gestacional aumenta as chances de a mulher desenvolver o diabetes tipo 2 no futuro".

De acordo com Lalibert (2006, p. 49), "uma análise recente revelou que mulheres com ciclos menstruais muito irregulares ou de longa duração (mais de 40 dias) eram suas vezes mais propensas a desenvolver diabetes do tipo 2 do que aquelas com períodos normais."

Uma possível razão para isso é que as mulheres com irregularidades menstruais são propensas a síndrome do ovário policístico, um distúrbio hormonal caracterizado por resistência à insulina e que, portanto, está ligado ao diabetes. Entre as obesas, aquelas com períodos irregulares apresentam risco quase quatro vezes maior de ter diabetes. (LALIBERT, 2006, p. 49),

Pesquisas confirmam que mulheres com níveis glicêmicos mais elevados no

primeiro trimestre da gravidez possivelmente já apresentavam o diabetes antes do início desta, portanto, é extremamente importante, tanto para ela, quanto para o bebê, que se mantenham os níveis glicêmicos sob controle rígido, sendo necessário testar o sangue com frequência, até nas refeições.

“Por esse motivo, e pela semelhança que o diabetes gestacional apresenta com o diabetes tipo 2, todas as mulheres que tiveram diabetes são orientadas a fazer a reavaliação das taxas de glicose após o parto”. (REICHELT, 2009).

Para Bertini (1995, p. 473) as principais causas do diabetes na gravidez decorrem da solicitação contínua de glicose e aminoácidos essenciais pelo concepto, bem como as modificações hormonais e presença de certas enzimas que criam condições favoráveis à diminuição de tolerância à glicose.

Durante a gravidez, a placenta produz alguns hormônios em grande quantidade, que embora sejam imprescindíveis para o desenvolvimento do bebê, provocam uma resistência a ação da insulina no organismo materno. As mulheres quando grávidas apresentam um grau de resistência insulínica, no entanto, as mulheres com diabetes gestacional apresentam uma resistência mais exacerbada. Essa fisiopatologia é explicada pela elevação de hormônios contra-reguladores da insulina, pelo estresse fisiológico imposto pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio relacionado com a resistência à insulina durante a gravidez é o hormônio lactogênico placentário, contudo, sabe-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (MIRANDA, 2006, p. 3).

“O diabetes gestacional costuma aparecer por volta da vigésima quarta semana de gravidez, exatamente quando a placenta começa a produzir grandes quantidades de hormônios. Por isso o rastreamento para o diabetes gestacional ocorre nesse período”. (REICHELT, 2009).

Vários são os problemas causados pela hiperglicemia, nesse período, que podem resultar, tanto no crescimento da mortalidade fetal, quanto numa maior incidência de complicações. Dentre estas se podem citar: malformações, macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, cardiomiopatia hipertrófica e síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido.

No tocante as mulheres gestantes, o mau controle metabólico implica em índices crescentes de abortos espontâneos, infecções, hipertensão arterial, doença

Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), partos pré-termo e cesáreas. Embora não se saiba ainda quais os níveis ideais de glicemia durante o período gestacional nas pacientes diabéticas, já está constatado que o controle metabólico reduz o risco dessas complicações

De acordo com Miranda e Reis (2008) "o diagnóstico envolve duas fases distintas: rastreamento e confirmação diagnóstica. Os critérios e testes utilizados para o rastreamento e diagnóstico do DMG são controversos, pela existência limitada de estudos comparativos".

O teste inicial recomendado para a triagem de DMG é a dosagem da glicemia plasmática 1h após teste oral com 50g de dextrosol, devendo ser realizado entre a 24a e 28a semanas de gestação. São aceitos como valores de corte tanto 140 mg/dl quanto 130 mg/dl, com cerca de 80% e 90% de sensibilidade, respectivamente. A dosagem da glicemia plasmática em jejum também pode ser utilizada como rastreamento e diagnóstico de DMG.

A associação glicemia de jejum (GJ) + fator de risco (FR) é método alternativo de rastreamento, orientado pelo Ministério da Saúde do Brasil, considerando a praticidade e o baixo custo, pois a GJ é exame de rotina e a investigação de riscos para DMG é obrigatória na anamnese da primeira consulta no pré-natal. Durante o primeiro trimestre de gestação, os níveis glicêmicos tendem a valores mais baixos (MIRANDA, 2006, p. 4).

Segundo Opperman, Reichelt e Schimidt (2002) a primeira consulta pré-natal oferece a oportunidade de medir a glicemia de jejum em conjunto com os demais exames de rotina, facilitando nesse momento um rastreamento universal.

Os fatores de risco apresentados durante o período gestacional são semelhantes aos do Diabetes tipo 2 como demonstrado:

- ✓ Idade acima de 25 anos;
- ✓ Obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- ✓ Deposição central excessiva de gordura corporal (gordura em excesso no tronco);
- ✓ História familiar de diabetes em parentes de 1o grau;
- ✓ Baixa altura (1,50cm);
- ✓ Crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- ✓ Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia (peso

excessivo do bebê) ou de diabetes gestacional.

É verdade que na gravidez da paciente diabética podem surgir complicações que normalmente não ocorrem na mulher sem diabetes. Porém, não é certo que esse problema venha a acontecer. Várias são as formas de prevenir e a gestante tem um papel decisivo nessa fase.

Obedecendo as recomendações feitas pela equipe de especialistas que a acompanha, a gestante terá todas as saídas para evitar qualquer contratempo. As informações adquiridas vão sempre estar voltadas ao controle da glicemia e da programação para chegada do filho, que tem início apartir do momento em que a mulher decide engravidar.

Desde esse momento o médico deve ser consultado para que possa transmitir a esta a orientação mais adequada. Como enfatiza a Dra. Ingeborg (2009)

O controle da glicemia durante a gravidez diminui a probabilidade de a criança ter diabetes, um dos maiores temores da mãe diabética. Quanto maior esse controle, menor o risco do bebê de mãe diabética ser diabético do tipo 2 na vida adulta. Também são pequenas as chances de uma mãe diabética tipo 1 ter um filho com essa doença. A chance chega a 1% ou 2%.

A endocrinologista Ingeborg Christa Laun (2009), especialista no assunto, enfatiza a importância da programação da gravidez: "Todas as malformações que acontecem nos filhos de mães diabéticas afetam órgãos que se formam nas oito primeiras semanas de vida intra-uterina. Ou seja, quando a mulher às vezes nem sabe que está grávida. É importante programar a gravidez para que a paciente esteja muito bem controlada, pelo menos nos seis meses anteriores".

Em meio a toda essa problemática existe ainda o sentimento de culpa apresentado pela mãe. Ela se sente temerosa de que o filho venha a ter problemas por conta do diabetes, atitude que dificulta o tratamento. Por isso, a Dra. Ingeborg (2009) aconselha: "É preciso ter sempre em mente que tudo dará certo". Para ela, é imprescindível contar com o acompanhamento de um psicólogo para que diminuam as situações de estresse.

Outra saída para o controle da ansiedade é conhecer todo o desenvolvimento da gravidez em mulheres diabéticas, para evitar sobressaltos. Por exemplo: à medida que a gravidez avança, a necessidade de insulina aumenta. "Isso significa

que a placenta funciona muito bem e não é motivo para sustos", garante a doutora.

O ciclo gravídico-puerperal acarreta grandes modificações, não apenas corporais, como também na maneira de ser da mulher e em suas relações pessoais. Frente a tantas modificações e sensações, a mulher precisa de segurança, de um vínculo de suporte e de confiança. É na própria família que se encontra esses provedores de suporte que ocupam grande espaço na rede de apoio da gestante, evidenciando que em nossa sociedade a família constitui núcleo básico e primário na vida das pessoas. (REICHEL citada por LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES 2008, p. 380),

No início da gestação, geralmente as pacientes são vistas pelo médico de 15 em 15 dias, uma vez que, a monitorização domiciliar da glicemia capilar é fundamental, ocorrendo numa média de quatro testes por dia. Recomenda-se ser feito um exame de hemoglobina glicosilada a cada mês; microalbuminúria (para verificar o estado dos rins) e exame de fundo de olho a cada trimestre; eventualmente um mapa da pressão arterial; e as ultra-sonografias (antes de 20 semanas, no segundo trimestre e no final da gravidez).

Esses cuidados têm por objetivo diminuir a taxa de macrosomia (peso elevado do bebê ao nascer); evitar a queda do açúcar ao nascer (hipoglicemia) do bebê e diminuir a taxa de cesareana.

Portanto, deve-se levar em consideração que, de maneira geral, a indicação do tratamento inclui desde elevações mais leves das taxas de glicose até o diabetes franco, como diagnosticado fora da gravidez.

Na atualidade as complicações para o bebê são menos freqüentes, no entanto, para a mãe, além de aumento do risco de cesareana, o diabetes gestacional pode estar associado à toxemia, uma condição da gravidez que provoca pressão alta e geralmente tem como acompanhante a inchaço de pernas e que pode causar um parto mais prematuro. Portanto, constata-se que no diabetes gestacional está recomendado um controle mais estreito das taxas de glicose. O médico é que determinará junto a paciente, quais as metas de tratamento a serem aplicadas.

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A DIABETES GESTACIONAL

A gravidez e o parto estão agregados como eventos sociais responsáveis pela vivência reprodutiva de homens e mulheres por ser esse, um momento singular, uma experiência própria do universo da mulher e seu parceiro, a qual envolve, meio que indiretamente, famílias e comunidade. "A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam". (BRASIL, 2001, p.10)

As ações voltadas à atenção aos pacientes, de uma forma geral, são prioridades das equipes de saúde que têm como propósito atuar de forma integrada, mantendo uma meta única a ser seguida no âmbito do trabalho. Assim como em diversas situações, para trabalhar com os pacientes acometidos pelo diabetes é imprescindível a participação de uma equipe multidisciplinar, sendo, no entanto, a enfermeira a responsável por essa atribuição, fundamental na educação dos pacientes. Fica constatado que o trabalho médico só se faz completo com o trabalho, em paralelo, do enfermeiro, de forma que estes sigam em um consenso na busca pelo melhor controle metabólico e pela melhora da qualidade de vida dos nossos pacientes.

O enfermeiro tem um papel de fundamental relevância no processo de educação e assistência às pessoas acometidas pelo diabetes. Os conhecimentos desta área são necessários para o auto-gerenciamento da doença pelo seu portador e para a obtenção de melhores resultados clínicos e laboratoriais.

No processo de acompanhamento da pessoa com o diabetes, a atividade de avaliação rotineira exercida pelo enfermeiro, deve ser utilizada como uma maneira de favorecer o aumento do nível de conhecimento do paciente sobre o diabetes e, evidentemente, para promover o estreitamento da relação entre a equipe de profissionais e a pessoa acometida pela doença em questão.

A atuação do enfermeiro junto ao paciente e aos seus familiares tem como principal objetivo educar para prevenir o surgimento de novos episódios da doença, apontando-lhes os enfoques básicos da orientação que devem ser observados de forma a favorecer o reconhecimento das possíveis causas, dos principais sinais e sintomas de hiperglicemia tais como: sede excessiva, poliúria, hálito cetônico, dor abdominal persistente, náuseas, vômitos, prostração e sonolência. Recomenda-se

que, na presença destes, o contato com a equipe de diabetes se faz necessário para que se proceda ao tratamento de eventuais doenças intercorrentes e os demais ajustes terapêuticos.

O autocuidado é a apreensão das reais necessidades de saúde individuais, capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida. É uma maneira de agir para si, aprendendo consigo e com o outro.

Orem citado por Landim; Milomens; Diógenes (2008, p. 376) destaca cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar para promover o autocuidado. Eles podem estar isolados ou em conjunto, sendo:

1. Agir ou fazer para o outro;
2. Guiar e orientar o outro;
3. Proporcionar apoio físico e psicológico ao outro;
4. Proporcionar/manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
5. Ensinar o outro.

Entre as tantas atribuições do enfermeiro no manejo com o paciente com o diabetes, é primordial que este tenha todo o conhecimento voltado à prática clínica de enfermagem, com base na fisiopatologia e nas manifestações clínicas. Estes são conhecimentos essenciais para a adoção de intervenções de enfermagem aos pacientes.

As intervenções, básicas, porém, extremamente necessárias, têm como meta reconhecer a patogênese da cetoacidose durante as práticas para o atendimento primário em uma unidade de PSF (Programa de Saúde da Família), posteriormente o paciente será encaminhado para um atendimento secundário para:

- ✓ Avaliar a presença dos sinais e acompanhar sua regressão e sintomas.
- ✓ Verificar o andamento dos sinais vitais e outros parâmetros hemodinâmicos.
- ✓ Acompanhar e registrar a frequência e a profundidade da respiração, bem como, a presença de respiração de Kussmaul.
- ✓ Verificar a área abdominal, visto que a doença pode simular um abdômen agudo.
- ✓ Monitorar e registrar entradas e saídas de líquidos.
- ✓ Avaliar a parte cutânea e a perfusão periférica.

Para Diógenes citado por Landim; Milomens; Diógenes (2008, p. 376) “considera-se que o cuidado de enfermagem é insubstituível no planejamento e na orientação das ações de autocuidado na tentativa de promover a vida e a saúde do indivíduo e ajudá-lo a se recuperar da doença e seus efeitos”.

Aos profissionais responsáveis pela missão do cuidar atribuem-se, ainda, as seguintes prioridades: capacitar sua equipe de auxiliares na execução das atividades realizar as consultas de Enfermagem, identificando os fatores de risco e de adesão, bem como, possíveis interferências no tratamento e encaminhá-las ao médico quando necessário.

Estudar o conhecimento produzido pela enfermagem através das teorias retrata a visão da realidade das teóricas, como também a compreensão das experiências dos profissionais. O conhecimento teórico influencia a realidade e este adicionalmente no desenvolvimento das teorias tornando-se importante para guiar a educação, a pesquisa e a prática. A escolha de uma teoria deve ser orientada por um propósito explícito ou assunto de interesse. Geralmente se escolhe trabalhar com uma teoria a partir das expectativas pessoais. (CHINN, 1995, apud PESSOA; PAGLIUCA; NASCIMENTO, 2006)

No caso da Diabetes gestacional, o diagnóstico precoce é de suma importância para o desenvolvimento da gravidez. Ainda de acordo com Chinn citado por Pessoa; Pagliuca; Nascimento (2006),

Teoria é definida como uma abstração sistemática da realidade, elaborada para um propósito específico. Na área da enfermagem, ela pode contribuir para uma base bem fundamentada sobre a prática, pois reúne proposições para pensar a assistência, evidenciando seus propósitos, limites e relações entre profissionais e indivíduos que cuidam e são cuidados.

Para tanto, a enfermeira, dentro do seu contexto profissional tem como uma de suas prioridades desenvolver atividades educativas visando, dessa forma, aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, bem como da comunidade, procurando contribuir para a adesão do paciente ao tratamento.

Para Orem citado por Landim; Milomens; Diógenes (2008, p. 376) o enfermeiro poderá ser um elemento multiplicador de conhecimentos por meio da promoção de educação em saúde aos clientes, proporcionando o desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida que possibilitem maior segurança e melhor aceitação da doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância dessa interação paciente x família x comunidade e apóia as atividades educativas voltadas ao bem-estar dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, a OMS tem proposto várias reuniões para a discussão dessa temática, procurando desenvolver métodos inovadores e mais efetivos, bem como elaborado materiais instrucionais para a educação do paciente.

Para Watson Chinn citado por Pessoa; Pagliuca; Nascimento (2006), "o cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade. É a essência da enfermagem e conota sensibilidade e co-participação entre a enfermeira e o paciente".

Em estudos realizados fica claro que a atuação do enfermeiro é primordial durante todo o processo do tratamento. Por esse motivo, destacam-se aqui, quatro dos dez fatores cuidadosos que compõem a teoria do cuidado, os quais são essenciais para a boa atuação desse profissional. Dentre elas podemos citar:

- ✓ No fator de cuidado 1: Destaca-se a formação do profissional enfermeiro desde criança, com valores que estão baseados nas crenças, culturas, vivências pessoais de crescimento, com visões próprias. Evolução vista como necessária para o amadurecimento da enfermeira que, dessa forma, promove o comportamento altruísta em relação aos outros. (NURSING, 1985, apud PESSOA; PAGLIUCA; NASCIMENTO, 2006)
- ✓ O fator de cuidado 2: Primordial, tanto para os processos do cuidar em si, quanto aos processos curativos. "As enfermeiras precisam transcender o impulso na direção da aceitação de todas as alternativas para cura, auxiliando o paciente a compreender as possibilidades e o poder através das crenças que são significativas para o indivíduo". (MOREIRA; BARRETO; CRUZ, 2001, apud PESSOA; PAGLIUCA; NASCIMENTO, 2006)
- ✓ O fator de cuidado 3: Considerado como o início de toda a relação transpessoal. É por meio do desenvolvimento dos próprios sentimentos que a pessoa pode verdadeira e sensivelmente interagir e cuidar do outro. "O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, processual, objetivo e real, mas, o verdadeiro encontro, a relação enfermeiro-paciente, as transações de cuidado humano e a presença das enfermeiras transcendem o mundo físico e

material, antes fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa. (MOREIRA; BARRETO; CRUZ, 2001 apud PESSOA; PAGLIUCA; NASCIMENTO, 2006).

- ✓ O fator de cuidado 4: É proposto nessa fase que as enfermeiras promovam a saúde através da relação pessoa-pessoa fazendo uso de um dos "instrumentos mais poderosos que a enfermeira pode utilizar no estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança é a comunicação verbal, não verbal e o ouvir que estabelece harmonia e cuidado". (MOREIRA; BARRETO; CRUZ, 2001, apud PESSOA; PAGLIUCA; NASCIMENTO, 2006).

Para Landin; Milomens; Diógenes (2008, p. 376) "O enfermeiro deve estar capacitado para minimizar os déficits de autocuidado, planejando e executando cuidados individualizados às clientes com DMG. Esses cuidados são demonstrados, na grande maioria, pelas Teorias de Enfermagem".

Programas de atividades grupais no serviço facilitam o comprometimento dos indivíduos com sua saúde, tornando-os, juntamente com a família, co-partícipes de suas questões de saúde. Sendo assim, é de fundamental importância para o enfermeiro a compreensão das dinâmicas de grupos, o qual consiste em um momento de assumir o seu papel de educador, pois consegue incorporar dificuldades articulares das gestantes diabéticas envolvidas, com o objetivo de adaptar melhor às ações de autocuidado.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem está dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo e o enfermeiro o assiste substituindo-o. Sistema parcialmente compensatório, quando o enfermeiro e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. As ações do enfermeiro dependerão das limitações físicas, das habilidades, desembaraço psicológico do indivíduo, para executar tais atividades. Por último, o sistema de apoio-educação é quando o enfermeiro promove o autocuidado do indivíduo. É utilizado quando o indivíduo é capaz de satisfazer as suas exigências de autocuidado, mas necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento. (OREM citado por LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008, p. 376)

Sendo assim, é de fundamental importância para o enfermeiro a compreensão das dinâmicas de grupos, sendo um momento de assumir o seu papel de educador,

pois consegue incorporar dificuldades particulares das gestantes diabéticas envolvidas, com o objetivo de adaptar melhor às ações de autocuidado.

Observa-se que, apesar dos esforços dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros para a execução das medidas terapêuticas junto às clientes portadoras de DMG, o comprometimento das gestantes diabéticas com o autocuidado tem sido pouco considerado, resultando em déficits de autocuidado e um controle metabólico ineficaz, elevando os riscos das complicações da patologia.

4 METODOLOGIA

Em meio as mais variadas forma de metodologias de pesquisa desenvolvidas nos últimos tempos, o método de revisão da literatura ainda tem sido um dos mais evidentes. Por meio desta, busca-se avaliar e comparar diferentes trabalhos, visando com isso, colaborar cada vez mais com a construção de novas evidências, as quais tendem a favorecer um aprofundamento maior do tema abordado.

Para Minayo (2003, p. 17) “a metodologia de pesquisa é o caminho do pensamento a ser seguido. Ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade”.

O método de estudo utilizado se deu por meio de uma busca na literatura escrita sobre a Diabetes Mellitus, de duas formas: fase exploratória, a qual delimita o estudo, busca o referencial teórico para a construção do projeto, e a fase analítica que visa a compreensão dos fatos, busca confirmar ou não os pressupostos e propõe responder às questões do estudo.

A revisão bibliográfica utilizada para a construção deste TCC ocorreu tanto em obras publicadas em meio material, dentre eles destacam-se os livros, periódicos, artigos científicos, enciclopédias, entre outros; quanto em documentos publicados em meio eletrônico, cujos sítios estavam repletos de informações que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias doenças acometem o ser humano deixando-o, na maioria das vezes, impossibilitado de viver uma vida normal, ficando restrito a tratamentos que vêm a durar por toda sua vida. Muitas são as causas que provocam o surgimento das mesmas. Dentre eles podem-se destacar, tanto o fator genético, quanto àquelas que surgem por meio de contaminação direta ou indireta do indivíduo portador de determinado mal.

Não importa o tipo, ou de onde surgiu. O que interessa realmente é que estas doenças precisam ser tratadas, e para tal é imprescindível a presença de um profissional capacitado e disposto - pode-se assim dizer - a enfrentar com sabedoria todo um processo, de forma a contribuir para o bem estar do paciente/cliente.

O Diabetes Mellitus, que tanto pode ser uma doença genética, quanto adquirida, encontra-se classificada entre estas doenças. Ela é provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características. Esse distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e leva a graves conseqüências, tanto quando surge rapidamente, como quando se instala lentamente.

Em relação ao Diabetes Gestacional, até o momento ainda não foi detectada a causa exata do seu aparecimento, ou seja, ela ainda é desconhecida, continua sendo ainda uma incógnita. Estudiosos especialistas no assunto a classificam como sendo uma etapa do diabetes tipo 2 pelas semelhanças clínicas apresentadas entre estes.

A gravidez da paciente diabética pode vir a gerar complicações que normalmente não ocorrem na mulher sem diabetes. No entanto, isso não vem a ser uma afirmação de que os problemas irão realmente acontecer. Várias são formas conhecidas para sua prevenção, no entanto, a futura mãe é que tem o papel decisivo nessa fase. O bem estar da criança vai depender, tão somente, do controle que sua mãe terá durante a gravidez.

O processo de descoberta, controle e tratamento do Diabetus mellitus tem que ser acompanhado por uma equipe de profissionais que estejam conscientes da gravidade da doença. Porém, este, desde o recebimento do paciente até a fase final de seu tratamento precisa passar pela mão do enfermeiro, o qual tem a função de

ser o mediador entre a família e o paciente de forma a conscientizá-lo de todos os cuidados que precisam ser desenvolvidos para o controle da doença.

O enfermeiro não tem que somente aplicar os conhecimentos adquiridos no momento de seu aprendizado, o que seria uma forma impessoal de bem atender. Precisa desenvolver um processo de humanização próprio, uma vez que ele é que vai manter um contato direto com o paciente. Dessa forma, vai conseguir entender todo o processo de aceitação por que o passa esse paciente, conseguindo a sua confiança, e com isso o melhor caminho para ajudá-lo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Reginaldo. **História contemporânea do diabetes**: onde estamos em 2007. Rio de Janeiro: [S.n], 2007.

ARMSTRONG, Dana; KING, Allen Bennett. Diabetes tipo 1. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/diabetes-tipo-1.htm>. Acesso em: 13/05/2009.

BERTINI, Anna Maria et. al. Tratamento do diabetes mellitus gestacional com glibenclamida: fatores de sucesso e resultados perinatais. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n11/a02v2911.pdf>. Acesso em: 14/05/2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600019. Acesso em: 24/05/2009.

DAMASCENO, MMC. **O existir do diabético**: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza (CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997

DIABETES de A a Z: o que você precisa saber sobre diabetes explicado de maneira simples. American Diabetes Association. JSN editora. São Paulo, 1998

DIÓGENES MAR. **O autocuidado da adolescente portadora de DST na vivência da sexualidade**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000.

FREUDENRICH, Craig; RIBEIRO, Gisele. Como funciona a diabetes. Disponível em: <http://saude.hsw.uol.com.br/diabete.htm>. Acesso em: 25 mai 2009.

GABBAY, Monica. **Enfermeiro: um Importante Aliado**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/imprensa/entrevistas/index.php?id=1116>. Acesso em: 17 de Ago. 2009.

GROSSI, S.A.A. **O manejo da cetoacidose em pacientes com diabetes mellitus**: subsídios para a prática de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2006. Disponível em: Acesso em: 15 ago. 2009.

LALIBERT, Richard. *Detenha o diabetes: o guia definitivo*. Rio de Janeiro: Seleções Reader's Digest, 2006.

LANDIM, CAP; MILOMENS, KMP; DIÓGENES, MAR. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre (RS), 2008. set;29(3):374-81

LEITE, Mário César Prudente. **Diabetes Mellitus tipo 2**. Disponível em: <http://www.policlin.com.br/drpoli/094/>. Acesso em: 20/05/2009.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, PAC; REIS, R. Diabetes mellitus gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.6, São Paulo, Nov./Dec. 2008

PESSOA, Sarah Maria Fraxe; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria do Cuidado Humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. *Revista de Enfermagem, UERJ*, v.14, n.3, Rio de Janeiro, set. 2006. Disponível em: http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:mDzdiyCbw24J:www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-35522006000300021%26lng%3Dpt%26nrm%3Diso+Teoria+do+Cuidado+Humano:+an%C3%A1lise+cr%C3%ADtica+e+possibilidades+de+aplica%C3%A7%C3%A3o+a+mulheres+com+diabetes+gestacional. Acesso em: 28 abr. 2009.

REICHELT, Angela Jacob. **Diabetes Gestacional**. Porto Alegre: 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/gestacional/causasgestacional.php>. Acesso em: 07/05/2009.

;_____; OPPERMANN, MLR, SCHMIDT, MI. Recomendações da 2ª Reunião do Grupo de Trabalho em Diabetes e Gravidez. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, 2002;46(5):574-81.

SANTOS, T. C. F. Os efeitos de "consagração" dos rituais da enfermagem brasileira. **Revista Enfermagem Atual**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2008.

SILVA, Davilan. **Sintomas do diabetes**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <http://br.answers.yahoo.com/my/profile;_ylt=oviJDG1xAAt > em 12 maio 1998.

SMELTER, S.C.; BARE, B.G. **Avaliação e cuidados aos pacientes com diabetes meliitus**. In.: SMELTER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico, 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SMELTER, SC; Bare BG; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002