

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS

ENFERMAGEM

PATRÍCIA VITAR BRITO

N. CLASS.	4616.462
CUTTER	13862a
ANO/EDIÇÃO	2012

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHER
PORTADORA DE DIABETES GESTACIONAL

Varginha
2012

FEPESMIG

PATRÍCIA VITAR BRITO

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHER
PORTADORA DE DIABETES GESTACIONAL**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^a. Ma. Luana Borges Guedes.

**Varginha
2012**

PATRÍCIA VITAR BRITO

**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHER
PORTADORA DE DIABETES GESTACIONAL**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Banca Examinadora composta pelos membros: Prof.^a Ma. Luana Borges Guedes, Prof.^a Esp. Izaltina Raquel Lima e Prof.^a Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

Aprovado em 27 / 11 / 12

Luana Borges Guedes

Prof.^a Ma. Luana Borges Guedes

Presidente da Banca

Prof.^a Esp. Izaltina Raquel Lima

Membro da Banca

Patrícia Alves Pereira Carneiro

Prof.^a Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro

Membro da Banca

OBS.:

Dedico este trabalho ao meu cunhado Varlei que sempre me incentivou e tornou possível o sonho de me tornar uma profissional da área de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida. Vida que me deste e pela dádiva de poder crescer e ajudar aqueles que necessitam de minha ajuda. Agradeço também ao Varlei (cunhado), ao meu marido, minha filha e aos meus pais e familiares, que compreenderam a minha ausência, onde muitas vezes privaram de minha companhia em suas vidas. Mas a todo o momento me apoiando e incentivando para que eu alcance os meus sonhos. Agradeço a minha orientadora Luana, por ter me ajudado muito, ter sido muito atenciosa, competente, vários dias durante a noite não se importou em me ajudar a corrigir este trabalho. Sou muito grata a ela!

“Ser pai ou mãe é um processo íntimo,
interativo, contínuo e por toda a vida.”
(Autor desconhecido)

RESUMO

Este trabalho analisa a atuação da equipe de enfermagem frente a mulher portadora de diabetes gestacional, visto que muitas vezes esta patologia passa despercebida, ao considerar que a atenção é voltada para o bebê, deixando a saúde da mulher para segundo plano. Tal abordagem justifica-se pelo fato da doença resultar em excesso de glicose no sangue, aumentar a pressão arterial da gestante, podendo ocasionar em parto prematuro e complicações após o nascimento, além destas dificuldades, as chances do bebê quando adulto desenvolver doenças crônicas, são maiores, pois este poderá apresentar obesidade, hipertensão e diabetes. É preciso que os profissionais de saúde tenham discernimento ao atender com cautela a mulher, pois muitas vezes o que ocorre, é que mulheres já diabéticas antes da gestação, descobrem a doença apenas na gravidez. Assim, este estudo, pretende por meio de revisão bibliográfica, caracterizar aspectos relacionados a saúde da mulher no pré-natal e puerpério, bem como a prevenção e o tratamento do diabetes gestacional e de quais formas a equipe de enfermagem deve atuar frente a esta patologia. Conclui-se que o trabalho da equipe de enfermagem é muito importante para o cuidado e a preservação da saúde do binômio mãe-filho e que através destes cuidados é possível evitar muitos problemas futuros.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Saúde da mulher. Diabetes. Diabetes gestacional.

ABSTRACT

This paper analyzes the performance of the nursing staff compared to women with gestational diabetes, since this condition often goes unnoticed, considering that the attention is focused on the baby, leaving women's health into the background. Such an approach is justified by the fact that the disease result in excess glucose in the blood, increasing blood pressure in pregnant women and can lead to premature birth and complications after birth, in addition to these difficulties, the baby's chances of developing chronic diseases in adulthood, are higher because it may display obesity, hypertension and diabetes. It is necessary that health professionals have insight to meet the woman with care, because often what happens is that women have diabetes before pregnancy, only discovered the disease in pregnancy. Thus, this study aims through literature review, characterizing aspects related to women's health during the prenatal and postpartum, as well as prevention and treatment of gestational diabetes and which forms the nursing staff must perform against this disease. We conclude that the work of the nursing staff is very important to the care and preservation of the health of both mother and child care and that through these you can avoid many future problems.

Keywords: *Team nursing., Women's health. Diabetes. Gestational diabetes.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DG - Diabetes Gestacional.....	11
PSF – Programa Saúde da Família.....	13
PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal.....	20
SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SAÚDE DA MULHER.....	12
3 CONSULTA GINECOLÓGICA X ACOLHIMENTO	14
4 GRAVIDEZ	15
4.1 Pré-Natal	16
4.2 Puerpério.....	19
5 DIABETES X DIABETES GESTACIONAL.....	23
5.1 Prevenção do diabetes na gestação.....	25
5.2 Tratamento do diabetes na gestação	25
6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER PORTADORA DE DIABETES GESTACIONAL	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O diabetes é uma doença que resulta em excesso de glicose no sangue, levando a deficiência do hormônio insulina. Chama-se de diabetes gestacional (DG) esta doença que aparece pela primeira vez na gravidez e na qual as necessidades de insulina aumentam por causa dos hormônios da gravidez (progesterona, cortisol, lactogênio, placentário humano, prolactina, hormônio do crescimento e somatotrofina) (BRASIL, 2001a).

O diabetes gestacional vem fazendo muitas vítimas nos últimos tempos, sendo que os fatores que tornam maior o risco da mulher desenvolver a patologia são: idade superior a 25 anos, possuir na família membros com diabetes, ser hipertensa, ter apresentado aborto ou natimorto, obesidade, entre outros (BRASIL, 2001b).

Com este estudo, pretende-se apontar aspectos relacionados a saúde da mulher no pré-natal e puerpério, bem como esclarecer meios que permitirão a prevenção e o tratamento do diabetes gestacional e por fim, deseja-se apontar de quais formas a equipe de enfermagem deve atuar frente a esta patologia. O objetivo deste trabalho é mostrar a importância da atuação da equipe de enfermagem que deve esclarecer as dúvidas da gestante com diabetes gestacional e atuar tanto nos cuidados com a gestante quanto nos cuidados com o seu bebê. Os objetivos propostos serão alcançados por meio de revisão bibliográfica.

Mesmo com intolerância à glicose na gravidez, a puérpera acompanhada de tratamento médico pode levar uma vida tranquila e saudável, assim, visando a saúde da mulher e a do bebê, se faz necessário que a equipe de enfermagem esteja preparada para atuar na prevenção e tratamento do diabetes gestacional.

O principal interesse acadêmico é o de ressaltar aos profissionais de saúde, que o pré-natal bem realizado trará benefícios, podendo detectar algumas doenças no início e permitir seu controle através de tratamentos direcionados, beneficiando a puérpera e seu recém-nascido. É sucinto ter a consciência de que é preciso investir na prevenção para que não seja necessário remediar a doença.

Em algumas mulheres, o diabetes aparece pela primeira vez, durante a gravidez e depois seus níveis de glicose sanguínea voltam ao normal, geralmente é bem controlável quando a mulher se alimenta corretamente, mas algumas precisam tomar injeções de insulina.

Ressalta-se que tal pesquisa é relevante, pois de acordo com Brasil (2001b), o diabetes gestacional ocorre com mais frequência em mulheres com história familiar de diabetes ou que estejam acima do peso, porém ao manter uma dieta equilibrada, com controle do peso e praticando atividades físicas regularmente, consegue-se impedir que problemas mais graves

ocorram. As estatísticas relacionadas ao índice de diabetes e obesidade são alarmantes no mundo inteiro, deste modo, torna-se necessária a conscientização sobre o DG a todos, principalmente às gestantes.

2 SAÚDE DA MULHER

Adquirir conhecimento sobre o corpo e seu funcionamento é muito importante para que seja possível controlar as doenças e mantê-lo sadio. Quando os profissionais da área da saúde falam do corpo e das doenças, sempre é usado o nome científico porque as mulheres necessitam conhecer, entender e ter mais confiança sobre tudo o que está acontecendo com seu corpo (BRASIL, 2001b).

Segundo Figueiredo (2004), convive-se com enormes situações de desigualdades em saúde relacionadas ao nível de renda, à escolaridade, ao local de moradia, à raça e ao gênero. Estas desigualdades, na maioria dos casos, são desfavoráveis às mulheres e precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde. A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo de funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases da desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas.

Para Rodrigues (2006), a saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Saúde é ter moradia decente, água potável para beber, é garantia de que a comida estará sempre à mesa e de que os filhos terão escola adequada é, enfim, poder dormir e acordar com dignidade. Para ter saúde é importante também dispor de serviços de saúde nas situações de necessidade.

O universo feminino tem características próprias, que para serem estudadas precisam de um olhar sensível como o das mulheres. Muitas mulheres do mundo moderno que trabalham fora, chefiam suas famílias e isto leva a pensar que homens e mulheres ainda são bem diferentes, mas estas tentam de todas as formas serem aceitas, valorizadas e entendidas pela sociedade. A maioria dos adultos que procuram atendimento médico são mulheres, isto porque seus hábitos estão mudando: estão fumando, bebendo e se estressando mais. Esses novos hábitos estão fazendo com que as mulheres adoçam mais e com isso aumente o número de óbito feminino. Para compreender os problemas de saúde das mulheres é preciso pensar como elas estão vivendo e pensar nos hábitos que vem adquirindo. Quando uma mulher procura atendimento médico é preciso valorizar suas queixas e perceber a necessidade e a urgência de seu atendimento (BRASIL, 2001b).

Atualmente o importante é ter um olhar sobre a mulher de um modo geral e não somente vê-la como reprodutora, isto é não se preocupar apenas com a saúde ginecológica, mas isto não é fácil, uma vez que ainda se vive em uma sociedade patriarcal, presa em valores

e culturas onde quem tem poder e a palavra é o homem. Para que a mulher seja vista com outros olhos é preciso que sejam realizadas ações de educação e participação enfocando o gênero e os direitos da mulher (BRASIL, 2007).

O governo brasileiro nos últimos anos tem criado leis e colocado em ação através do Ministério da Saúde alguns programas de saúde para atender à população materno-infantil. Dentre elas podemos citar: Programa de Atendimento aos Desnutridos e às gestantes em Risco Nutricional (fornece às mães 1 litro de leite e 1 litro de óleo de soja por mês) e o Programa Saúde da Família (PSF) – que visa proporcionar qualidade de vida à população necessitada.

3 CONSULTA GINECOLÓGICA X ACOLHIMENTO

A consulta ginecológica tem por função identificar o mais cedo possível alterações que afetem os órgãos reprodutores femininos e as mamas, além de olhar para a mulher como um todo. Os principais fatores ginecológicos que levam as mulheres a solicitarem atendimento são a dor, alterações nos ciclos menstruais, hemorragias e corrimentos. O exame preventivo deve ser feito anualmente, mas a mulher deve procurar atendimento médico caso ocorra qualquer alteração ou sintoma diferente em seu corpo (BRASIL, 2001b).

Para Araújo, Regiani & Raimondo (s/d), a ginecologia deve abranger não somente a realização do exame de Papanicolau, mas deve visar também assistência integral e humanizada à mulher de forma a oferecer para ela a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Rodrigues (2006), para que a consulta ginecológica transcorra de uma forma bem natural para a mulher é preciso acolhê-la de uma forma agradável, conversar e ouvi-la tirando suas dúvidas e diminuindo seus medos e receios. Na consulta, todas as dúvidas da paciente devem ser esclarecidas bem como os cuidados consigo mesma devem ser ensinados.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006b, p. 15).

Como bem coloca o Ministério da Saúde, acolher significa receber, atender, estar próximo, assim, mostra-se para o paciente como ele é importante (BRASIL, 2006a). “O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços.” (BRASIL, 2009a, p. 8).

Para que o acolhimento ocorra, não é necessário que haja para isso uma hora específica, local ou profissional, esta prática deve ser realizada a partir de uma postura ética que necessita do profissional saberes e possibilidades que o permitam intervir como agente acolhedor a facilitador da assistência, utilizando do seu conhecimento para esclarecer dúvidas do paciente e solucionar problemas. Acolher é um ato de amor, que estabelece a escuta das necessidades do paciente e intervenção para saná-las, trabalhando para que realmente ocorra a adesão do paciente ao programa de saúde (BRASIL, 2009a).

4 GRAVIDEZ

A gravidez é um fenômeno reprodutivo que acontece após uma relação sexual durante o período fértil da mulher e vai desde a fecundação até o nascimento. Seus sintomas e sinais são ausência de menstruação, náusea, aumento e sensibilidade das mamas, aumento do abdome devido ao crescimento uterino, sonolência e tontura. A confirmação da gravidez ocorre através de exames laboratoriais e ginecológico (BRASIL, 2001b).

Para Figueiredo, Viana & Machado (2008), durante a gravidez o corpo feminino sofre muitas mudanças fisiológicas. Estas mudanças se iniciam na primeira semana e vão até o final da gestação e, após o parto o corpo retorna às condições de antes. Este processo de regressão dura em média 6 semanas, mas as mamas só voltam ao normal ao término do período de amamentação.

Para Santos & Silva (2003), a gravidez é um evento social muito especial na vida da mulher, de seu companheiro e toda a sua família e, cada mulher reage de forma diferente devido as grandes mudanças que ocorrem em seu emocional e no seu físico.

Dá-se o nome de gravidez ao fenômeno de reprodução que acontece em decorrência de uma relação sexual durante o período fértil da mulher, isto é, o período de ovulação ocasionando o encontro do espermatozoide com o óvulo, isso ocorre no interior da tuba uterina, onde também ocorrerá o processo de implantação do ovo na parede do endométrio (BRASIL, 2001b).

A gestação é um processo fisiológico, que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais (BRASIL, 2001a). Este período dura aproximadamente 280 dias, 9 meses ou 40 semanas, mas pode variar de 38 a 42 semanas gestacionais, período em que ocorre todo o desenvolvimento embrionário. Para que a gravidez siga segura, alguns cuidados devem ser realizados o mais rápido possível pela própria gestante, parceiro e família, juntamente com os profissionais de saúde (BRASIL, 2001b).

Para Figueiredo (2004) assim que a mulher descobrir que está grávida esta deverá tomar alguns cuidados com sua saúde e com o bem estar de seu bebê. Ela deverá procurar uma unidade de saúde para dar início ao acompanhamento médico, tomar cuidado com sua alimentação comendo se possível muitas frutas, verduras, leite, queijo, carnes, peixes, ovos cereais e muita água. Outros cuidados que farão toda diferença são evitar doces e massas para não engordar muito e não tomar nenhum tipo de remédio sem o conhecimento de um médico.

Os espermatozoides despejados na vagina deslocam-se rumo ao útero e às tubas uterinas. Ao encontrarem um óvulo no interior das tubas uterinas ocorre a fecundação. Neste

instante, a membrana do óvulo fica impermeável à penetração de um outro espermatozóide. Imediatamente à fecundação, a célula-ovo começa a se dividir e a ser deslocada em direção ao útero por minúsculas contrações da lisa musculatura da tuba e pelo constante movimento dos cílios que revestem sua mucosa interna. O ovo pode levar de dois a quatro dias para atingir o útero e já pode ser chamado de embrião. Ao chegar no útero, o embrião se depara com as paredes expensas, cheias de vasos sanguíneos e vilosidades para se fixar e se desenvolver. Ao chegar ao útero o ovo já iniciou a formação do embrião. O desenvolvimento embrionário é rápido e em poucos dias o embrião já conta com muitas células. Com o tempo, algumas camadas de células se diferenciam para formar as membranas extraembrionárias. Uma dessas camadas se chama córion, que se desenvolve em contato com a parede do útero, formando inúmeros prolongamentos. A mucosa do útero se desenvolve mais e se une estreitamente a esses prolongamentos formando a placenta. É por meio da placenta que as substâncias dissolvidas no plasma materno passam para o embrião alimentando-o (BRASIL, 2001b).

Conforme Schmalfluss (2011), a gravidez representa um momento de grandes transformações na vida de uma mulher pois é um período único. Cada mulher reage de uma maneira diferente e os cuidados devem ser direcionados a cada uma de acordo com sua necessidade.

Pinotti (1998), afirma que quanto mais cedo for realizado o diagnóstico de gravidez, mais fácil será o acompanhamento do desenvolvimento do embrião ou feto e das mudanças que ocorrem no organismo e na vida da mulher, possibilitando prevenir, identificar e tratar eventuais situações que possam comprometer a saúde da grávida e de sua criança, desde o período gestacional até o nascimento – é o chamado pré-natal.

4.1 Pré-Natal

Segundo Santos & Silva (2003), o pré-natal pode ser entendido como um conjunto de medidas preventivas e curativas que objetiva proporcionar à gestante e toda a sua família tranquilidade, bem estar físico, psíquico e social, além de acompanhamento para o feto.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas

Contando sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos (BRASIL, 2009b, p. 7).

Para Rio (2007), o pré-natal tem como objetivo a diminuição das altas taxas de morte materna e fetal no Brasil através de medidas que visem a melhoria da qualidade dos serviços prestados através de uma série de investimentos na saúde pública. O atendimento oferecido às mulheres deve ser de qualidade para que os objetivos de redução da mortalidade sejam alcançados, mas todos os profissionais de saúde que são diretamente colocados para atender a mulher gestante e prestar-lhe assistência, devem estar bem preparados e compromissados com sua satisfação.

Para que o pré-natal suceda de forma confiável, faz-se necessário o estabelecimento de diálogo franco e que o profissional que estiver frente a frente com a gestante, tenha sensibilidade ao lidar com a mesma e perceba a mulher como um ser único, que possui dúvidas e receios, assim, a usuária dos serviços de saúde deve ser ouvida sem que hajam julgamentos e preconceitos, pois para que sinta-se a vontade para falar da sua intimidade, os vínculos de confiança mútuos devem ser estreitados, assim encaminha-se para o nascimento do bebê de forma tranquila e saudável (BRASIL, 2001a).

O pré-natal deve começar o mais cedo possível, já que sua intenção é identificar e prevenir doenças que podem agravar a saúde da mulher e do feto. O interessante é que as mulheres se submetam a uma consulta antes de engravidar para que alguns problemas fáceis de tratar sejam eliminados, mas infelizmente isso pouco acontece (RIO, 2007).

A realização de no mínimo seis consultas ginecológicas durante a gestação é recomendada. Quando não há risco obstetrício, a gestante pode fazer a consulta do pré-natal mensalmente até a 36ª semana, passando depois a realizá-las com intervalos de 2 semanas ou menos ainda. No pré-natal não existe alta, porque é realmente necessário que a gestante seja acompanhada até o parto (BRASIL, 2001b).

Segundo Rio (2007), as mulheres com gestação de alto risco devem ser acompanhadas em intervalos estabelecidos individualmente pelo médico de acordo com a gravidade de seu estado, em alguns casos, o acompanhamento deve ser feito com a internação da gestante em um hospital. A qualidade da consulta do pré-natal é essencial e os profissionais da saúde não devem menosprezar nenhuma queixa ou sintoma mencionado pela gestante, nem negligenciar o exame físico.

O Brasil é o quinto país com maior índice de mortalidade. Estima-se que haja 134 óbitos para cada 100.000 vivos. As causas de mortalidade se caracterizam por taxas elevadas de toxemias como a pressão arterial, o diabetes gestacional e hemorragias. Essas causas estão presentes em todas as regiões e é por isso que a gravidez com esse tipo de intercorrência é considerada gravidez de risco (BRASIL, 2001b).

De acordo com Minas Gerais (2006) ao ser confirmada a gravidez da paciente esta deve ser cadastrada no Programa de Humanização do Pré- Natal- PHPN, preenchendo a ficha de cadastro do Sis prenatal, fornecendo o número e anotando-o no cartão da gestante, que devera apresentá-lo sempre que necessitar de consulta médica.

Para Ricci (2008), os cuidados pré-natais atuam na promoção da saúde e do bem estar da mulher e de seu companheiro antes da gravidez. O objetivo desses cuidados consiste em conhecer algumas áreas como problemas de saúde, hábitos de vida ou preocupações que possam interferir de forma negativa na gravidez. O período mais sensível da gestação e conseqüentemente o período de maior risco para o embrião ali gerado, estão entre os 17º e o 56º dias após a concepção.

4.2 Puerpério

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006a, p. 10).

Para Ricci (2008), o período pós-parto também chamado de puerpério começa após a expulsão da placenta e dura aproximadamente 6 semanas. É um período sensível de transição para a mulher, seu bebê e sua família tanto no aspecto físico quanto no aspecto psicológico. À medida que o corpo da mulher volta ao normal, isto é, volta ao estado pré-gravidez, as mudanças em todos os aspectos da vida da mãe acontecem durante o primeiro ano após o nascimento do bebê e por isso alguns médicos consideram este período como um ajuste pós-parto.

Conforme Santos e Silva (2003) quando a mulher tem o diabetes gestacional este desaparece no puerpério, mas só pode ser diagnosticado o seu desaparecimento após o feito

dos exames laboratoriais, então o ideal é que a mulher até fazer estes exames continue tendo cuidado com sua alimentação.

Segundo Ricci (2008), é neste período de ajustes e adaptações não só para a mãe, mas para todos os familiares que se inicia o sentimento de ser mãe e ser pai. A relação de amor e carinho entre os pais e o recém-nascido promove o bem estar em todos, e o fortalecimento dessa relação tem efeitos significativos no crescimento e no desenvolvimento da criança. O sucesso da maternidade ou da paternidade é um processo contínuo e construtivo, onde há aquisição de novas habilidades e a freqüente interação entre todos da família.

Conforme Rio (2007) estar no papel de pais não é uma tarefa fácil, mas o puerpério é o momento de “começar a conhecer você”. O período em que os pais começam a integrar o recém-nascido à sua rotina diária pode não ser um período fácil, mas o profissional da saúde desempenha papel importante no auxílio às famílias para que adaptem bem às mudanças, facilitando a passagem para a maternidade e paternidade.

De acordo com Santos & Silva (2003), o puerpério é popularmente chamado de quarentena ou resguardo. Cada cultura segue algumas restrições referentes ao parto em suas famílias. Dentre estas práticas pode-se citar: as dietas alimentares restritivas, peças de roupas, orações, meditações e cuidados com o corpo e sua higienização.

Ricci (2008), afirma que os profissionais de saúde devem ter paciência e mente aberta para lidar com as diferentes culturas, sendo sensíveis à cultura da mãe e de sua família, sua religião e influências étnicas. Durante o período de ajuste à nova condição familiar, é comum que as mães procurem ajuda de um profissional para esclarecer suas dúvidas e aumentar seu nível de confiança, buscando orientações de auto cuidado e assistência básica com o recém-nascido.

Para Rodrigues (2006) a assistência dada pela equipe de enfermagem à mulher no puerpério tem por objetivo auxiliar no período pós-parto, identificando e avaliando possíveis anormalidades. As orientações fornecidas às mulheres devem ser centradas na prática, tanto para o auto cuidado quanto ao cuidado com o recém-nascido.

Ainda para Ricci (2008) os cuidados físicos com a mãe também são essenciais e começam na primeira hora após a mulher dar a luz e continua na alta. Esses cuidados incluem sinais vitais e exames físicos e psicossociais. Cada instituição de saúde atua de forma diferente, mas avaliações pós-parto são feitas da seguinte maneira: durante a primeira hora, avaliação a cada 15 minutos; durante a segunda hora: avaliação a cada 30 minutos; durante as primeiras 24 horas: avaliação a cada 30 minutos; após 24 horas: avaliação a cada 8 horas.

A avaliação e a intervenção de enfermagem durante o puerpério são direcionadas para a prevenção ou a redução de complicações como hemorragia uterina e infecção puerperal, além de visar a promoção e a recuperação natural da mulher (BRASIL, 2001a).

Conforme Ricci (2008), em cada avaliação é preciso levar em conta os fatores de risco que possam levar à complicações, como infecções ou hemorragias e a identificação precoce evitam complicações maiores garantindo a intervenção imediata. É preciso estar ciente das condições físicas e mentais da paciente para avaliá-la e qualquer sinal de alteração, o médico deve ser avisado urgentemente.

Inúmeros são os fatores de risco que ocasionam o aparecimento de infecções, os quais pode-se citar o trabalho de parto demorado com a bolsa amniótica rompida precocemente, vários toques vaginais, condições socioeconômicas desfavoráveis, anemia, falta de assistência pré-natal e doença sexualmente transmissível não tratada (BRASIL, 2001b).

O parto cesáreo tem maior risco de infecção que o parto normal porque durante seu procedimento cirúrgico, os tecidos uterinos, vasos sanguíneos e linfáticos estão expostos às bactérias existentes na cavidade abdominal e ambientais. A perda de sangue e baixa resistência também favorecem o aparecimento de infecções. Os sintomas e os sinais da infecção vão depender da localização e do grau em que esta se encontra, porém a febre é freqüente em torno de 38°C ou mais. Junto com a febre pode vir a dor, eliminação de secreção de cheiro forte com pus e diarreia (BRASIL, 2001b).

Para Santos & Silva (2003), o profissional da saúde deve monitorar os sinais vitais da mãe e dar orientações sobre a higiene pessoal, bem como a lavagem das mãos e da região vaginal após usar o banheiro, lembrando sempre de instruí-la a limpar no sentido da vagina para o ânus e nunca ao contrário, para não contaminar a vagina com as bactérias presentes no ânus.

A hemorragia no puerpério é uma complicação com alto grau de incidência e que causa a mortalidade de muitas mulheres, tendo como causas a incapacidade do útero de contrair sua musculatura e restos da placenta que ficaram retidos. Caso a hemorragia se confirme, o profissional da saúde deve avisar toda a equipe médica e auxiliar para reverter o quadro clínico da paciente. Caso sejam necessários, medicamentos e infusões deverão ser administrados na paciente, colher sangue para fazer exames de laboratório e sendo um caso mais grave, deve-se preparar a paciente para a intervenção cirúrgica (BRASIL, 2001b).

Para Santos & Silva (2003), o ambiente pós parto também é muito importante para a mãe e para o bebê. Existem vários tipos de ambientes em que a mãe pode ficar após ter o seu bebê, mas este ambiente deve estar preparado com muito amor e carinho, porque é um

momento especial, onde o recém-nascido vai receber atenção e afeto indispensáveis para o seu bom desenvolvimento. Independente do ambiente a mãe deve receber orientações e cuidados e o local deve ser limpo, arejado e calmo para que a mãe e seu bebê possam descansar e repousar tranquilamente.

Ao receber alta do hospital, a mãe deve ser orientada sobre o retorno a atividade sexual, licença maternidade, planejamento familiar, consulta pós-natal e puericultura. A consulta pós-natal deve acontecer junto com a primeira consulta do bebê entre o 7º e o 10º dia pós-nascimento (BRASIL, 2001b).

Nogueira (2007) afirma que para uma boa assistência de enfermagem à mulher durante o puerpério, visando promover sua adaptação às peculiaridades desse período, é essencial uma interação entre ela e o(a) cuidador(a) e que o processo de cuidar seja iniciado ainda durante a gestação e fortalecido no pós-parto. Para o alcance dessa meta, o planejamento do cuidado deve ser estabelecido pelo enfermeiro durante o pré-natal, englobando o atendimento da gestante em suas necessidades físicas, psicológicas e educacionais, devendo o enfermeiro apropriar-se do reconhecimento das informações, crenças e valores familiares positivos e buscar desmitificar o que lhe parecer negativo.

Para Miranda, Dias & Brenes (2007), o puerpério concentra um período de mudanças também no psiquismo da mulher e as pressões biológicas, psicológicas e sociais a fazem ficar frágil e aberta a desenvolver um problema psiquiátrico. A família deve estar atenta à mãe e aos seus sentimentos, deve dar todo apoio e carinho, para que ela se sinta forte e capaz de enfrentar os desafios da maternidade.

5 DIABETES X DIABETES GESTACIONAL

O diabetes é uma doença caracterizada pela inabilidade do corpo em produzir ou responder à produção de insulina para manter níveis adequados de glicemia. Caracteriza-se pelos altos níveis de glicose no sangue e é considerado uma doença silenciosa porque muitas vezes seus sintomas passam despercebidos. É uma doença que vem aumentando com a industrialização. É fruto da alimentação errada e da má digestão (BRASIL, 2001a).

Segundo Augusti (1999), diabetes é uma palavra de origem grega que significa “sifão” ou “passar através de”. Foi utilizada por Areteu de Capadócia, que designou a doença pela primeira vez, observando os doentes que bebiam muita água e urinavam muito (a palavra descrevia o que acontecia com a água ingerida, que passava pelo organismo e era eliminada pela urina). Com o passar dos anos descobriu-se que havia excesso de açúcar no sangue, que era eliminado junto com a urina. Quando o açúcar ultrapassa 180mg/100ml de sangue, sai na urina.

Bandeira (1998), afirma que o diabetes mellitus é uma doença que ataca todo o sistema orgânico e exige a participação de vários especialistas, tais como: psiquiatras, oftalmologistas, nefrologistas e cardiologistas, entre outros. O acompanhamento com o endocrinologista e o suporte do nutricionista, são requisitos básicos para um controle eficiente do tratamento. O diabetes é considerado uma doença que consome a pessoa, assim como o câncer, a tuberculose e ocorre no mundo inteiro.

O diabetes gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade que pode variar. Geralmente se resolve no período pós-parto, mas em grande parte dos casos retorna alguns anos depois (BRASIL, 2006a).

Bandeira (1998) afirma que diabetes gestacional é o tipo de diabetes que se desenvolve durante a gestação, no qual as necessidades de insulina aumentam como resultado do efeito dos hormônios da gravidez sobre o metabolismo dos carboidratos. O diabetes gestacional geralmente aparece na gestante após a primeira metade da gravidez (por volta da 20ª semana). Durante a gravidez, a placenta (órgão responsável pela nutrição do feto) produz algumas substâncias (hormônios) em grande quantidade. Embora imprescindíveis para o desenvolvimento do bebê, a alta concentração de hormônios em volta da placenta dificulta a ação da insulina.

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) preconiza, todas as mulheres grávidas apresentam algum grau de resistência à insulina, mas apenas aquelas que desenvolvem o diabetes gestacional apresentam uma resistência mais exagerada, semelhante

ao que ocorre no diabetes mellitus 2. Após o nascimento da criança, geralmente os níveis de glicose tendem a voltar ao normal, mas boa porcentagem das mulheres desenvolveram estados de pré-diabetes ou diabetes tipo 2 na maturidade (BRASIL, 2001a).

No diabetes mellitus o termo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. O uso de insulina nesses casos, quando necessário, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara, mas quando é presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura (BRASIL, 2006b).

A repercussão do diabetes na gravidez dependerá diretamente de sua gravidade. No caso de mães diabéticas, com níveis de glicose sanguínea acima do ideal, há uma boa possibilidade para que possam ter um parto normal, embora para algumas mulheres seja indicado cesariana, isto se dá porque o bebê fica grande demais para um parto normal pela vagina (BRASIL, 2007).

Para Pinotti (1998), o diabetes pode não apresentar sintoma na fase chamada equilibrada ou compensada. Porém, há outro período da doença chamado fase de compensação, quando os sinais são muito claros: sede intensa, poliúria, cansaço, emagrecimento e muito apetite. Na mulher, o primeiro sinal de diabetes pode ser uma intensa coceira na região vulvar, e isso ocorre porque a presença de açúcar na urina favorece o desenvolvimento de fungos, que provocam irritação e coceira nessas áreas .

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, cegueira, insuficiência renal, amputação de membros inferiores e doença cardiovascular (BRASIL, 2006a).

As diabéticas precisam de cuidados especiais durante a gestação, pois pertencem a um grupo classificado como grupo de risco. Neste caso, a saúde da mãe e da criança pode ser prejudicada, havendo riscos de vida para ambos. Essas pacientes precisam de acompanhamento especial, mais intenso durante toda a gestação e parto. Em uma gravidez com paciente saudável os cuidados devem existir, mas em uma gravidez onde a paciente tem diabetes os cuidados devem ser dobrados (PINOTTI, 1998).

Para Minas Gerais (2006) o diabetes gestacional pode ser entendido como uma intolerância aos carboidratos com diferentes graus de intensidade que podem continuar ou não depois do parto. Por meio do teste glicemia de jejum é possível detectar a doença em gestantes e o diagnóstico precoce facilita o tratamento. O teste deve ser aplicado na 1ª consulta do pré-natal em mulheres que estejam ou não englobados nos fatores de risco como a idade maior que 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso, baixa estatura, crescimento

excessivo do feto, diabetes em parentes de 1º grau, antecedentes de morte fetal ou neonatal. Caso o teste de negativo, o mesmo deve ser repetido na 20ª semana de gestação.

5.1 Prevenção do diabetes na gestação

Prevenir ainda é a melhor forma de tratar o diabetes, por isso enfatiza-se em especial a adoção de estilo de vida saudável, com dieta balanceada e exercícios físicos regulares. A restrição energética moderada, baseada no controle de gorduras saturadas, acompanhada de atividade física leve, pode reduzir a incidência desta doença. Não há evidências claras de benefícios da suplementação de vitaminas e minerais em indivíduos com diabetes, comparando com a população em geral, que não apresentam deficiências (BRASIL, 2001b).

Conforme Detsch (2011) as pessoas que têm história de diabetes em parentes de 1º grau, idade superior a 25 anos, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, problemas obstétricos passados devem ficar alertas e levarem hábitos de vida saudáveis.

Para Sales (2009) a atenção à nutrição e princípios de planejamento de refeição são essenciais para o controle glicêmico e boa saúde geral. O ideal é que a mulher com diabetes sempre visite um nutricionista que tenha conhecimento e habilidade na execução de princípios nutricionais atuais e faça as recomendações para a diabética gestacional - é o membro da equipe multidisciplinar de saúde que deve planejar, executar e avaliar a terapia nutricional.

Segundo Detsch (2011) mulheres que desenvolveram o diabetes gestacional correm o risco de desenvolverem após o parto o diabetes mellitus 2, por isso é preciso que eles se previnam fazendo o controle dietoterapêutico e a realização de atividades físicas para reduzir ou retardar o desenvolvimento do diabetes mellitus 2.

5.2 Tratamento do diabetes na gestação

O tratamento do diabetes se dá em três formas diferentes, ou seja, nas mudanças do estilo de vida, na educação e no uso de medicamentos (BRASIL, 2006b).

A pessoa com diabetes, deve adotar hábitos de vida saudáveis, mantendo o peso considerado adequado, fazendo atividades físicas regularmente, evitando comidas gordurosas,

não praticando tabagismo e não fazendo o uso de bebidas alcoólicas. Para que a mulher com diabetes se sinta estimulada a fazer o tratamento, toda a família deve apoiá-la e acompanhá-la nessa rotina diária (BRASIL, 2001b).

O tratamento deve ser individualizado respeitando todas as possibilidades do paciente como a idade, saúde mental, dependência química ou do álcool, uso de medicamentos e baixa renda. O principal aliado ao tratamento do diabetes é a dieta nutricional e o estímulo à atividade física, com o intuito de perder peso quando se fizer necessário. O tratamento com antidiabéticos orais e /ou insulina devem ser aliados à prática de exercícios e dietas restritivas, porque só o tratamento com remédios não será suficiente e o tratamento não atingirá o resultado previsto (BRASIL, 2006b).

Os medicamentos antidiabéticos só devem ser usados quando o resultado com as medidas não forem conseguidos. Os medicamentos vão sendo aumentados aos poucos e aliados a outros medicamentos para que se tornem eficazes com a progressão da doença (BRASIL, 2006b).

6 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À MULHER PORTADORA DE DIABETES GESTACIONAL

A mulher portadora de diabetes precisa tomar alguns cuidados extras com sua saúde, mas não há diferença quanto aos métodos anticoncepcionais entre mulheres grávidas e não grávidas a única observação que esta deve ter é que os contraceptivos usados por ela devem ser de baixo teor estrogênico, por este causar efeitos sobre o controle glicêmico que podem causar a hipertensão e a trombose (BRASIL, 2006b).

A prevenção do diabetes e de suas complicações são prioridades da saúde pública. Essa prevenção deve ser feita por meio da equipe de enfermagem explicando sobre os riscos do sedentarismo, obesidade e hábitos não saudáveis de alimentação, da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco (prevenção primária para os que ainda não desenvolveram o diabetes), da identificação dos casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária para aqueles que já tinham a doença e não sabiam) e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (BRASIL, 2006b).

Para Nogueira (2007), é extremamente importante que uma equipe médica composta por médico, nutricionista, enfermeira, psicóloga e fisioterapeuta sempre acompanhem a gestante com diabetes. As consultas destas mulheres devem ser mais frequentes, para que se possa orientar, corrigir problemas e dar suporte emocional. O que se recomenda é que as consultas médicas aconteçam a cada 2 semanas até a 30ª semana e após esse período semanalmente, mas caso ocorra algum problema os intervalos devem ser menores.

De acordo com BRASIL (2006b) o enfermeiro deve sempre verificar os níveis de glicemia capilar, peso, altura e pressão arterial da mulher com diabetes gestacional.

Conforme Nogueira (2007), a equipe de enfermagem deve examinar o paciente encaminhando os casos mais graves para o médico que deverá proceder com a internação caso seja necessário. Essa internação deve ocorrer sempre que houver o descontrole da glicemia, para que complicações maiores sejam evitadas. As mulheres que têm pressão alta ou vasculopatia devem ser internadas na 36ª semana para que haja um maior controle da doença e em caso de necessidade, seja esperado apenas o amadurecimento do pulmão do bebê para fazer a intervenção cirúrgica, evitando assim a morte perinatal. A maioria das mulheres apresentam níveis glicêmicos normais após o parto, mas todas devem ser reavaliadas em um intervalo de 6 a 8 semanas após o parto, refazendo o teste de glicemia de jejum.

O enfermeiro tem o desafio de cuidar integralmente da mulher com diabetes gestacional e também de sua família, especialmente para ajudá-la a mudar seu estilo de vida que está diretamente ligado à sua família. O processo de mudança é lento, mas aos poucos a paciente com diabetes vai aprendendo a controlar sua vida com diabetes buscando qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

O enfermeiro deve criar oportunidade para que a mulher com diabetes gestacional expresse suas dúvidas e preocupações, respeitando o papel importante que a paciente tem no seu próprio cuidado reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem facilitar ou prejudicar o cuidado. Deve também avaliar periodicamente o estado psicológico dessas pacientes e o seu bem-estar, levando em conta o peso de portar uma doença crônica, respeitando seus valores, crenças, medos e atitudes, explicitando os objetivos e abordando a importância de um tratamento longo e contínuo (BRASIL, 2001b).

O enfermeiro deve estimular e promover atividades de educação em saúde para a gestante com diabetes gestacional e sua família, levando em conta aspectos culturais e psicossociais e possibilitando pronto acesso ao serviço de saúde em caso de intercorrências, uma vez que educar quanto ao diabetes e suas possíveis complicações não é apenas informar (BRASIL, 2006a).

De acordo com Detsch (2011) a gestante com diabetes gestacional não tratada tem maior risco de ruptura prematura de membranas, parto pré-termo, feto macrossômico e maior incidência de pré-eclâmpsia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o diabetes se tornou um risco para as gestantes, devido aos hábitos de vida adquiridos pela sociedade moderna, e se nada for feito esse número só tende a aumentar.

O diabetes apresenta muitos riscos maternos que podem ser letais pois aumenta o risco de infecções e piora as complicações pré-existentes podendo levar à pré-eclâmpsia e a morte fetal.

A equipe de enfermagem tem sido preparada para atender as mulheres com diabetes gestacional de uma forma mais eficaz e abrangente. Hoje eles se preocupam não somente com o estado físico das pacientes (obesidade), mas também com o estado psicológico em que se encontram (medo de perder a criança por causa do diabetes), levando em conta suas dúvidas e até seu poder aquisitivo (para ter uma alimentação saudável). As mulheres com diabetes gestacional hoje, são vistas pelas equipes de enfermagem em sua totalidade, favorecendo ainda mais os cuidados que esta deve ter durante toda a gestação.

O atendimento à mulher traz muitos benefícios para a sociedade de um modo geral, porque as mulheres sabem que ao necessitar de atendimento encontrará nos setores de saúde pessoas capacitadas e empenhadas a ajudar para fazer toda a diferença na hora em que mais precisam. Quando a mulher consegue ajuda necessária para levar a gravidez adiante, muitas complicações são evitadas como o diabetes, a pressão alta e o estresse emocional, causando assim uma grande diminuição no número de morte de fetos e recém-nascidos.

A equipe de enfermagem deve estar sempre se reciclando para desempenhar o seu papel da melhor forma possível. Cada profissional fazendo bem a sua parte proporcionará à gestante com diabetes gestacional tranquilidade e conforto na hora de dar a luz, pois ela sabe que ali existem pessoas que vão ajudá-la sempre nas horas de dúvidas, receios e medos. Pessoas que com seu estudo vão ajudá-la a criar seu filho baseado em fatos reais respeitando – a sempre.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. D. M et al. **Atuação de Profissionais enfermeiros durante o processo de assistência clínico-ginecológica à mulher em unidades básicas de saúde.**

Disponível em: < <http://pt.scribd.com/doc/20704759/consulta-enfermagem-ginecologica>>

Acesso em: 15 de novembro de 2012.

AUGUSTI, José Eduardo. **Como cuidar da própria saúde.** 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

BANDEIRA, Francisco. **Endocrinologia: Diagnóstica e Tratamento.** Rio de Janeiro-RJ: Medsi, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas Práticas de Promoção de Saúde.** Brasília, DF, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência,** Brasília, DF, 2009a.

_____, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. **Guia da saúde familiar.** Cajamar- SP: Isto é, 2001a, v.10.

_____, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS.** Brasília, DF, 2009b.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da mulher, da criança e do adolescente.** Caderno do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____, Secretaria da Saúde. **Enfermagem médico-cirúrgica.** Manual de enfermagem. Barueri-SP: Série Manuais, 2007.

DESTCH, J. C. M. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, ano 55, n.6, 2011.

FIGUEIREDO, Nélia Maria de. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido.** 4ª edição. 1ª reimpressão. São Caetano do Sul, SP, 2004.

FIGUEIREDO, VIANA e MACHADO. Nélia Maria Almeida de; Dirce Laplaca; Willian César Alves. **Tratado Prático de Enfermagem.** 2ª edição – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

MINAS GERAIS, Secretária de Estado de Saúde. **Hipertensão e Diabetes.** Vanessa Almeida et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2006.

MIRANDA, DIAS e BRENES, Gislene Cristina Valadares, Fernando Machado Vilhena, Anayansi Correa. **Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NOGUEIRA, Annelise Impellizzeri. **Diabetes e Gravidez**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PINOTTI, José Aristodemo. **Saúde da mulher**. São Paulo-SP: Editora Contexto, 1998.

RICCI, Suzan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e Saúde da Mulher**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIO, Suzana Maria Pires do. **Assistência Pré-natal**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RODRIGUES, D. P. et al. Domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto, Contexto e Enfermagem**, ano 15, n. 2, p. 277-286, 2006.

SALES, M. D. **Nutrição e diabetes mellitus** – Biblioteca Virtual de Saúde.
Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resources/resources/sus-19614> >
Acesso em: 15 de novembro de 2012.

SANTOS E SILVA, Inês Maria Menezes do; Leila Rangel da. **O corpo da sexualidade feminina: Cuidados em ginecologia**. 4ª edição. 1ª reimpressão, 2003.

SCHMALFUSS, J. M. **Mulheres com diabete melito gestacional: conhecendo a doença e convivendo com ela**. 2011. 65f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.