

ENTRE DESEJOS E POSSIBILIDADES: PRÁTICAS ALIMENTARES DE GESTANTES EM UMA COMUNIDADE URBANA NO SUL DO BRASIL¹

Carolina Frescura Junges², Lúcia Beatriz Ressel³, Marisa Monticelli⁴

¹ Artigo derivado da dissertação - Influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: contribuições para a enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 2010.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira no Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: cfjunges@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

RESUMO: Trata-se de estudo qualitativo, que teve como objetivo compreender as práticas alimentares de gestantes moradoras de uma comunidade urbana no Sul do Brasil. O método adotou a abordagem da Etnoenfermagem e a coleta de dados foi realizada por meio do guia habilitador Observação-Participação-Reflexão, com quatro gestantes. A análise etnográfica foi feita em concomitância com a coleta de dados, buscando-se temas que sustentassem as interrogações da pesquisa. Os resultados permitiram o desvelamento dos significados culturais que as gestantes atribuem aos saberes e às práticas alimentares, sendo destacadas as influências da história familiar e as relações sociais existentes na comunidade. A percepção das mudanças corporais, sob a ótica das gestantes, está relacionada às suas escolhas alimentares. Os profissionais enfermeiros que assistem as gestantes, ao valorizarem as dimensões do cuidado cultural, aproximam-se da família e da comunidade, permitindo uma melhor adesão ao pré-natal, promovendo ações educativas coerentes com a cultura dessas gestantes.

PALAVRAS CHAVE: Cuidado pré-natal. Alimentação. Saúde da mulher. Enfermagem. Cultura.

AMONGST WISHES AND POSSIBILITIES: EATING HABITS OF PREGNANT WOMEN FROM AN URBAN COMMUNITY IN SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT: This qualitative study had the aim to understand the eating habits of pregnant women living in an urban community in southern Brazil. The method adopted was the ethnonursing approach and data were collected by means of the qualifying guide Observation-Participation-Reflection, with four pregnant women. The ethnographic analysis was conducted along with data collection, in the search for topics to support the research questions. The results led to the unveiling of cultural meanings that pregnant women attribute to knowledge and to their eating habits, and the influence of family history and social relations in the community stand out in this aspect. The perception of body changes, from the perspective of pregnant women, is related to their eating habit choices. By appreciating the cultural dimensions of care, nurses who assist pregnant women get close to the family and the community, allowing for better compliance with prenatal care by means of educational activities consistent with the culture of these pregnant women.

KEYWORDS: Prenatal care. Feeding. Women's health. Nursing. Culture.

ENTRE DESEOS Y POSIBILIDADES: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE EMBARAZADAS EN UNA COMUNIDAD URBANA DEL SUR DE BRASIL

RESUMEN: estudio cualitativo, cuyo objetivo fue comprender las prácticas alimentarias de embarazadas que viven en una comunidad urbana al sur de Brasil. El método adoptó el abordaje de la etnoenfermería y la recolección de datos ocurrió a partir de un guión habilitador Observación-Participación-Reflexión, con cuatro embarazadas. El análisis etnográfico fue realizado en concomitancia con la recolección de datos, buscando temas que mantuvieran las interrogaciones de investigación. Los resultados permitieron revelar los significados culturales que las embarazadas atribuyeron a los saberes y a las prácticas alimentares, destacando las influencias de historia familiar y las relaciones sociales existentes en la comunidad. La percepción de los cambios corporales bajo la óptica de las embarazadas está relacionada a las elecciones alimentarias. Los profesionales enfermeros que ayudan a las embarazadas, al valorar las dimensiones del cuidado cultural, se aproximan de la familia y la comunidad, permitiendo una mejor adhesión al pre natal y promocionando acciones educativas coherentes con la cultura de estas gestantes.

PALABRAS CLAVE: Atención prenatal. Alimentación. Salud de la mujer. Enfermería. Cultura.

INTRODUÇÃO

As representações culturais atribuem determinados valores que correspondem às condutas e às ideias aceitas em grupos sociais específicos. Isso quer dizer que o comportamento humano é construído, historicamente, pelos próprios atores sociais. Tal processo é contínuo e inacabado, tendo em vista que as relações humanas são ininterruptas e permanentemente renovadas.¹⁻⁵

A rede de símbolos e significados que os indivíduos tecem para modelar a vida e agir nela é, portanto, fruto da dinâmica vivenciada nas inter-relações. É essa rede, sempre mutável, pública e aprendida, que vai orientar a práxis da vida diária. Tem, por conseguinte, uma característica dupla; por um lado, nutre-se dos valores e práticas que são coletivos e, ao mesmo tempo, da subjetividade do indivíduo que, a partir da vivência com o(s) grupo(s), vai, dinamicamente, interpretando os fenômenos e eventos da vida, criando rituais, símbolos e representações peculiares.¹

Os símbolos que constituem uma cultura são veículos de concepções e, assim, fornecem o ingrediente intelectual do processo social. As concepções simbólicas articulam elementos que descrevem como é o mundo, e também oferecem diretrizes sobre como agir nele, e modelos daquilo que os indivíduos representam como padrões de comportamento.¹

Nesta perspectiva, os etnógrafos têm mostrado que, em todas as sociedades, a prática alimentar humana está revestida por simbologias que indicam características próprias de um grupo. A alimentação, portanto, precisa ser reconhecida e estudada por meio da análise dos aspectos sociais e culturais. Os antropólogos analisam essa prática, apontando que diferentes grupos sociais apresentam performances distintas no que se refere ao comportamento alimentar. Cada cultura apresenta um modelo de regras implícitas que determina quem prepara os alimentos, quem os serve, quais indivíduos ou grupos podem comer juntos, e onde e em que momento pode ocorrer determinada prática alimentar.²

Algumas das definições correntes, utilizadas em produções científicas, evocam a alimentação sob o olhar biológico e nutricional. Entretanto, é necessário investigar também os aspectos socio-culturais, uma vez que estes é que vão definir, inclusive, as preferências e os hábitos alimentares.²⁻³ A alimentação humana, além de um fenôme-

no biológico, é um conjunto de práticas ensinadas e aprendidas no contexto familiar e social dos indivíduos.³ Tão importante quanto a mensuração de calorias e a análise de valores nutricionais, compreender símbolos e rituais alimentares permite interpretar a cultura de um grupo e, portanto, identificar quais os elementos que influenciam as escolhas alimentares.

A alimentação de grupos específicos sempre suscita dúvidas, exalta ensinamentos intergeracionais e assume papel de destaque nos estudos científicos. A preocupação investigativa está voltada, no presente estudo, para as práticas alimentares de mulheres durante o período gestacional. Tal direcionamento pode nos remeter às alterações corporais e digestivas que acontecem durante a gravidez, mas também, à rede de símbolos e significados que orientam as mulheres a optarem ou preferirem determinados alimentos, enquanto descartam ou restringem outros.

Dessa maneira, o interesse profissional e científico direciona-se para a compreensão dos elementos que estão envolvidos nas práticas alimentares e as repercussões para a saúde gestacional. A atenção pré-natal mobiliza as gestantes a identificarem características de suas práticas alimentares e, assim, reorganizá-las ou mantê-las. O enfermeiro prenatalista, inserido neste cenário, poderá promover a aproximação entre os saberes científicos e aqueles provenientes do meio social em que a gestante vivencia suas experiências.

Os conhecimentos populares relacionados às práticas alimentares das gestantes assumem, muitas vezes, o protagonismo nos cuidados realizados no âmbito familiar, visando à proteção da saúde da mulher e do bebê. No entanto, nem todos os tabus e restrições alimentares que cercam a mulher grávida podem ser explicados dessa forma, uma vez que a vulnerabilidade não se remete apenas à condição fisiológica, mas também à ambiguidade social que se apresenta.⁴ A mulher transita em um espaço provisório que a encaminha para um novo *status* social, o de mãe, e esse condicionante é representado de acordo com a cultura, de forma que os rituais e tabus que cercam a gravidez, o parto e o puerpério também servem para marcar essa transição.⁴⁻⁵

Face ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi compreender as práticas alimentares de gestantes moradoras de uma comunidade urbana do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa adotou a modalidade qualitativa, cujos métodos subsidiam investigações de grupos e segmentos delimitados, assim como de histórias sociais, sob a ótica dos próprios atores,⁶ e a abordagem metodológica seguiu os princípios da Etnoenfermagem,⁷ por ser uma das mais utilizadas para a obtenção de dados relacionados à cultura de um grupo. Por meio dela é possível apreender fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que revelam a realidade de vida das pessoas.^{5,7} Nesta abordagem, a observação é ferramenta indispensável.

O cenário de pesquisa foi a região Norte da cidade brasileira de Santa Maria, situada ao Sul do Estado gaúcho. Os locais de coleta de dados foram o consultório de enfermagem, onde são realizadas as consultas de pré-natal e os encontros do grupo de gestantes, na Unidade Sanitária Kennedy (USK), e o domicílio das gestantes. A USK é uma unidade de saúde que é campo de estágio e aulas práticas para o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e o atendimento pré-natal em consultas de enfermagem é realizado por uma enfermeira docente do Departamento de Enfermagem da referida universidade. A pesquisadora coletou os dados durante as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira docente, assim como durante os encontros do grupo de gestantes, coordenado pela mesma profissional, e por meio de visitas domiciliares, que foram agendadas em comum acordo entre pesquisadora-gestantes.

A pesquisadora, desde o momento da construção do projeto de pesquisa, estava inserida na USK, conhecendo a realidade local e os profissionais do serviço. Posteriormente, no início de 2010, aconteceu o primeiro contato com a enfermeira prenatalista, para que fosse possível o início da coleta de dados. As gestantes que realizavam pré-natal na USK foram convidadas a participar do estudo, com base em dois critérios de inclusão. O primeiro foi que a gestante estivesse realizando o pré-natal com a enfermeira da USK no primeiro semestre de 2010. O segundo critério elencado pela pesquisadora foi de que a gestante estivesse no primeiro ou segundo trimestre gestacional, para que a coleta de dados não fosse interrompida pelo momento do parto.

As gestantes que atenderam a tais critérios foram apresentadas à pesquisadora pela enfermeira prenatalista nos meses de janeiro e fevereiro.

As observações tiveram início no mês de março, com três gestantes, porém, no mês de abril, outra gestante, que iniciou o pré-natal no segundo trimestre gestacional e atendia aos critérios de inclusão foi convidada a participar. Esta quarta gestante incluída no estudo objetivou confirmar as informações já obtidas no primeiro mês de coleta de dados, pois o relato das três gestantes já demonstrava semelhanças importantes.

Diferente da pesquisa quantitativa, o número de sujeitos não é prioridade na pesquisa qualitativa, mas sim, a intensidade das relações entre o pesquisador, os sujeitos participantes e o cenário da pesquisa.^{6,8} Houve saturação dos dados coletados após dois meses da entrada da quarta gestante, pois as informações obtidas por meio do método elencado atingiram esgotamento de dados, e muitas observações e relatos tornaram-se repetitivos. O período de coleta de dados, portanto, compreendeu os meses de março, abril e maio de 2010.

A técnica da Etnoenfermagem adotada para coletar os dados foi a Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), que consiste em um guia habilitador composto por quatro fases que auxiliam o pesquisador a penetrar no meio em que os sujeitos estão inseridos, de maneira gradual, e permanecer no contexto “naturalístico” de seus informantes.⁷

Na primeira fase, procurou-se observar e ouvir as informantes e o contato inicial com cada uma ocorreu por ocasião da consulta de enfermagem. Enquanto a enfermeira desenvolvia a consulta, foram observados os comportamentos das gestantes, os modos de interação verbal e não verbal e demais aspectos relevantes para a descrição e o reconhecimento das participantes.

Na segunda fase, a observação continuou sendo a técnica mais importante, no entanto, teve início a interação verbal da pesquisadora com as gestantes, no decorrer dos encontros. As observações começaram a ocorrer também no grupo de gestantes.

Na terceira fase, a pesquisadora, de maneira gradual, participou mais ativamente das atividades realizadas pelas gestantes, e a observação, em muitos momentos, tornou-se secundária. A partir dos dados obtidos nas observações anteriores, a pesquisadora direcionou perguntas a cada gestante, individualizando os encontros e utilizando a técnica da entrevista. Esta etapa aconteceu em seus domicílios. Aqui houve busca por similaridades e diferenças entre os discursos presentes no

consultório e no grupo de gestantes e a realidade social das gestantes. As atividades observadas e realizadas pela pesquisadora foram direcionadas ao ambiente culinário e as representações atribuídas ao alimento e ao ato de comer.

Na quarta fase foram realizadas observações reflexivas, sendo analisado o que aconteceu e avaliado as informações encontradas. Nesta etapa houve resgate dos registros e a verificação de aspectos relacionados à alimentação, que poderiam ser mais bem elucidados.

O diário de campo foi utilizado como instrumento para o registro das observações e dados relevantes para a pesquisa. A análise das informações ocorreu em quatro etapas, concomitantes ao processo de coleta de dados: a coleta e documentação dos dados brutos; a identificação de descritores e componentes; a análise contextual e de padrão; e a identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas.⁷

Na primeira fase, as anotações no diário de campo subsidiaram a realização de relatórios que continham a descrição detalhada do cenário estudado, as percepções culturais das gestantes, a interpretação inicial da pesquisadora com relação ao material produzido e o registro de alguns autores que poderiam fomentar a discussão dos achados. Na segunda etapa teve início a organização dos temas. A identificação de semelhanças e diferenças no material produzido conduziu à classificação temática, a qual subsidiou a elaboração dos roteiros de entrevista individuais, presentes na terceira fase da coleta de dados. A terceira etapa caracterizou-se pela análise dos dados obtidos nas observações ocorridas no grupo de gestantes e nos domicílios, além dos relatos das entrevistadas. Houve a inserção dessas informações aos temas definidos na etapa anterior. Por fim, na etapa subsequente, houve a releitura do material categorizado, reflexão crítica sobre as informações encontradas e sobre os achados da literatura, e a construção de formulações teóricas e recomendações.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob certificado n. 0287.0.243.000-09. As gestantes convidadas a participar do estudo, após esclarecimentos sobre a importância da pesquisa, bem como riscos e benefícios, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale ressaltar que a identidade das participantes foi preservada. Para tanto, foram utilizados nomes próprios, escolhidos aleatoriamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática da alimentação mobilizou as participantes do estudo a refletirem, inicialmente, sobre a vivência gestacional. Para elas, estar gestante implicava aceitar como normais ou não as modificações físicas, emocionais e culturais. Indicaram que a gestação estava sendo vivenciada como um processo “natural” e com poucas alterações: [...] *eu não tive enjojo, essas coisas eu não tive. Agora que estou sentindo mais cansaço e um pouco de dor nas pernas, mas é só. É a mesma coisa que antes, eu só tenho o cuidado de não pegar o meu filho no colo para não doer as costas* (Maria); [...] *a gestação saudável é aquela que a mulher não tem muito enjojo. Eu mesma não tive nenhum. É uma gravidez que não tem muita frescura, que a grávida não fica se denguiando. É poder fazer os serviços de casa. Para mim essa é uma gravidez saudável. Só o que me incomoda são as costas* (Vanessa); [...] *eu posso te falar que eu não tive nenhuma alteração. Só os seios que ficaram mais sensíveis. Eu até acho que [agora] trabalho mais. Claro, a gente tem que tomar certos cuidados, mas continua tudo normal* (Luiza).

Nos relatos, é evidente que afastar o estigma de doença delimita o modo de perceber a gestação. A gravidez foi analisada como um processo distanciado de riscos à saúde, estando atrelada, principalmente, às modificações fisiológicas, identificadas como desconfortos toleráveis para a gestante. Por um lado, esse olhar contribui para a desmedicalização do processo gestacional, reportando para a atual mobilização dos profissionais de saúde que trabalham na área da saúde da mulher. Esse movimento incentiva a humanização do pré-natal e defende o protagonismo da mulher durante o processo gravídico-puerperal. No entanto, é preciso atentar para o entendimento de que a gestação está transcorrendo de maneira tranquila e sem alterações significativas, pois essa ideia pode reforçar os significados atribuídos atualmente à mulher-mãe, veiculados pela mídia e pelos próprios profissionais de saúde.⁹

Apesar de a mulher que gesta sentir-se fortemente influenciada pelos discursos normativos de responsabilização pela proteção do seu corpo e do seu bebê, a divulgação de enunciados que glorificam a imagem materna potencializam o entendimento, ainda vigente, de que a maternidade simboliza a plenitude da natureza feminina. Em outras palavras, o *status* social que se evidencia, as alterações corporais e as condições fisiológicas a que está exposta no período gestacional, no parto,

no puerpério e na lactação são encarados como normais – do ponto de vista do desejo materializado de ser mãe. Ora, se a gestação é aceita, todos os encargos concernentes ao processo estarão incluídos nessa aceitação. Portanto, manter um comportamento equilibrado (que não seja marcado por reclamações e “dengues”) é o esperado para a mulher que vivencia a gestação de baixo risco. Tais aspectos também têm sido constatados em estudos que abordam o papel social da mulher no desempenho da maternagem, seja durante a vivência da gestação ou em etapas posteriores do ciclo vital.^{4-5,10-11}

Além disso, é possível argumentar que as representações de maternidade produzidas pelas políticas públicas ampliam, normativamente, as condutas maternas aceitáveis, os modos de cuidar e os modos de sentir, o que interfere na relação mãe-filho, “normal” e “natural”. Esse entendimento está intimamente interligado à nova politização da maternidade.⁹ Tal nomenclatura expressa a responsabilização individual da mulher por gerar e criar filhos equilibrados e saudáveis, sendo este, muitas vezes, o seu projeto de vida.⁹

Em consonância com as percepções sobre a gestação, as informantes, num primeiro momento, manifestaram a ausência de modificações alimentares significativas. No entanto, confessaram, posteriormente, e ao longo de toda a pesquisa, que há necessidade de adequações, destacando-as no consumo de determinados alimentos: [...] *a gestante tem que ter uma alimentação adequada, comer direitinho, comer nos horários, não comer muita besteira, ter alimentação rica em todas as proteínas [...]. Se a mulher não tinha muitas opções de alimentos, depois que engravidar tem que comer mais, não em quantidade, mas em variedade, principalmente frutas e verduras (Maria); [...] é importante comer mais fruta e verdura. Se a mulher não comia antes de engravidar, precisa começar (Alice).*

Comer nos horários certos, aumentar ou iniciar o consumo de frutas e verduras, é aceito como uma prática saudável para as gestantes. A ênfase direcionada ao consumo de frutas, legumes e verduras (FVL) está relacionada à saúde e, indiretamente, ao conceito de risco nutricional. Transparece no discurso das gestantes um saber idealizado e uma prática desejada. No entanto, foi verificado, no decorrer da pesquisa, que o consumo de FVL ainda é restrito, seja por motivos econômicos, seja por motivos culturais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o consumo reduzido de FVL está entre

os 10 principais fatores de risco que contribuem para a mortalidade no mundo.¹² Uma alimentação que valoriza a ingestão de FVL ajuda a diminuir o risco de doenças cardiovasculares e do câncer, pode diminuir o risco de desenvolver obesidade, diabetes e neoplasias malignas, principalmente as gastrintestinais.¹²⁻¹³ Tais evidências científicas têm sido transformadas em iniciativas de promoção da alimentação saudável, porém os resultados manifestam a pouca adesão por parte da população ao novo comportamento alimentar.

O risco à saúde, produzido pela ingestão alimentar inadequada, presente no discurso dos profissionais de saúde e órgãos governamentais, está, principalmente, embasado por pesquisas quantitativas. Assim, o conteúdo é repassado de maneira numérica e unilateral à população leiga, na forma de recomendações e prescrições alimentares. A mera repetição de enunciados que orientam nutricionalmente o consumo de FVL não garante a anuência e o reconhecimento dos fatores de risco associados a uma alimentação inadequada. Tem-se verificado a necessidade de transmitir novos conhecimentos e dar vazão aos saberes da população em geral, valorizando a tradição e a cultura alimentar.^{3,13}

Outro aspecto relatado foi o aumento no número de refeições e de ingestão alimentar: [...] *é mais seguido que eu tenho procurado a geladeira. Pego uma coisinha e vou comer, estou sempre mastigando. E na hora das refeições eu também notei que aumentou um pouco: duas servidas, se deixar, eu como bem cheias [risos]. É por causa da gestação, eu não consigo saciar essa fome (Maria); [...] notei que comecei a comer mais. Eu sentia mais fome no começo da gestação. Beliscava alguma coisa de cinco em cinco minutos. Agora que já estou com 30 semanas, eu como menos e já me satisfaço (Vanessa); [...] depois que engravidei é sagrado, tenho que tomar o café da manhã, que antes eu não tomava, e depois, quando são 10 horas, como alguma coisa, porque, se eu fico muito tempo sem comer, me dói o estômago. Depois que eu fiquei grávida essa mudança eu notei (Luiza).*

Por meio da análise dos depoimentos, identifica-se a adaptação materna às demandas nutricionais, sendo destacada a introdução de novos horários para as refeições e o acréscimo na quantidade de alimentos ingeridos.

Uma das gestantes (Vanessa) lembra que, no início da gestação, notou um aumento no número de refeições e, posteriormente, com 30 semanas, houve uma redução no consumo, o que pode ser explicado pelo fato de o primeiro trimestre gesta-

cional ser considerado um período de adequações, tanto do ponto de vista fisiológico quanto cultural. Outro tópico que chama a atenção nas falas é o surgimento de um momento “sagrado”, um evento diário (café da manhã) que é ritualizado pela gestante. Ao saber que está grávida, tanto a mulher, quanto a família, buscam, de alguma maneira, reconhecer a presença do feto, pois os movimentos fetais ainda não podem ser sentidos e o abdômen não é saliente. Uma das maneiras que torna possível a aproximação com o bebê é por meio da alimentação, já que a mulher e a família reconhecem que o excedente alimentar ingerido permite o crescimento fetal.

No período gestacional, as necessidades nutricionais aumentam, sendo decorrentes dos ajustes metabólicos e das demandas nutricionais para o crescimento fetal.¹⁴ As alterações digestivas implicam em reorientações alimentares, tanto no número de refeições diárias quanto na quantidade ingerida.¹⁴ Essas informações estão presentes na atenção pré-natal e podem direcionar novas práticas alimentares.

Sob o enfoque cultural, percebe-se o simbólico entendimento popular de que a gestante precisa “comer por dois”.^{3:76} Além disso, não realizar as refeições nos horários certos e recusar uma dieta saudável pode estar relacionado às mulheres que não aceitaram socialmente a gestação, simbolizando um desejo oculto de inviabilizá-la. Inversamente, comer mais e ingerir alimentos considerados saudáveis pelo grupo social ao qual pertencem reflete a imagem materna ideal, que se preocupa com sua a saúde e a de seu filho.¹⁵

O desejo de ingerir o que não é comestível também esteve presente no cotidiano dessas mulheres. No decorrer das entrevistas, apesar de caracterizarem como estranho e até mesmo como “um absurdo”, revelaram ter sentido vontade de ingerir sabão, tijolo e limão com sal: [...] *sinto mais cheiro que antes, até cheiro de coisas que não tinham cheiro. Esses dias eu estava lavando a louça e senti vontade de comer o sabão, achei muito estranho. Foi o cheiro que me deu desejo, mas eu não comi. Ontem eu contei para vizinha, que contou que quando estava grávida sentiu desejo de comer cera de passar no chão. Ela disse que não podia andar pela casa, porque o cheiro de cera estava em todos os cômodos. De tanta vontade que ela sentia, a sogra dela disse para ela provar só um pouquinho. Então ela comeu, mas ela me disse que não adiantou, porque o desejo era do cheiro, ela queria comer o cheiro. Ainda bem que eu não comi o sabão, porque acho que ia acontecer o mesmo comigo [risos]*

(Maria); [...] *senti vontade de comer o farelinho do tijolo. Foi no iníciozinho da gestação, mas eu já sabia que tava grávida. Eu não comi, mas eu tinha vontade. Perguntei pra minha sogra, que disse que era pra eu comer porque para gestante nada faz mal. Eu fiquei meio assim com medo de que me fizesse mal e não comi. Depois, não senti mais vontade (Vanessa); [...] *limão com sal [risos], até isso eu tive. Nas outras gestações eu não lembro disso. Até porque desejo é frescura. Mas esses dias eu olhei pro limão e me deu vontade de chupar aquele limão. Comi fazendo aquela cara horrível de feia. Mas foi só isso, porque antes eu usava só para temperar a salada, e eu acho isso um absurdo. Ora, comer limão com sal! (Luiza).**

As participantes do estudo lembraram-se da ocorrência do desejo, manifestando estranhamento e dúvidas ao reconhecerem essa alteração. Além disso, o aumento da sensibilidade olfativa da gestante foi lembrado como provável fator desencadeante.

Vislumbra-se um quadro que pode ser preocupante, pois existe o reforço positivo, tanto familiar quanto da rede social, para a ingestão do que não é comestível. Isso é detectado na medida em que elas procuram orientação com a sogra e a vizinha. As pessoas citadas são representativas na vida social e interferem em suas escolhas. Vale atentar para o fato de não terem sido mencionados os profissionais de saúde como apoio para sanar dúvidas com relação à mudança percebida.

Maria achou ponderável não ingerir o sabão e procurar uma segunda opinião. Vanessa não ingeriu a substância pelo receio de passar mal, mesmo após ter sido motivada pela sogra. Tal orientação foi justificada pela ideia (aceita naquele grupo) de que “para a gestante nada faz mal”. No caso de Luiza, comer limão e sal foi citado como absurdo pelo motivo de antes não ser consumido, apesar de serem alimentos utilizados na culinária, habitualmente.

Os dados mostram que as gestantes sentem-se constrangidas em falar sobre estes desejos e que os profissionais de saúde parecem não estar preparados para reconhecer esse problema na atenção pré-natal. Os casos passam despercebidos e muitos podem desencadear problemas de saúde às gestantes e aos bebês. A ausência de diálogo sobre esse assunto, entre profissionais e gestantes, bem como a participação de familiares na atenção pré-natal, dificulta a descoberta dessa alteração e impede o estabelecimento de diálogo com orientações pertinentes.

Picamalácia é o termo utilizado, principalmente pelos profissionais da área da saúde, para caracterizar a ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos.¹⁶ A prática da picamalácia não está limitada a uma área geográfica, raça, crença religiosa, cultura ou sexo, mas está presente, geralmente, em indivíduos portadores de doenças mentais, crianças e gestantes.¹⁶⁻¹⁷ Sua ocorrência pode estar associada à anemia, à constipação, à distensão, à obstrução intestinal, a problemas dentários, a infecções parasitárias, à toxoplasmose, a síndromes hipertensivas na gravidez, à interferência na absorção do chumbo e à hipercalemia.^{16,18-19} Dentre os efeitos prejudiciais que podem atingir o feto, destacam-se o parto prematuro, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do neonato, o perímetro cefálico fetal diminuído, a exposição fetal a substâncias químicas (chumbo, pesticidas e outros) e pode aumentar o risco de morte perinatal.¹⁶⁻¹⁷

Poucos estudos descrevem as causas dos desejos alimentares na gestação. Os tabus, a superstição, a história familiar e a condição econômica podem interferir na prática da picamalácia, bem como a associação com questões emocionais, em particular o alívio do estresse e da ansiedade.¹⁶

De acordo com as participantes do estudo, a saúde e o peso do bebê dependem da alimentação da gestante, portanto, torna-se imprescindível escolher alimentos saudáveis: [...] *eu acho que minha alimentação é importante para o aumento de peso do bebê, porque dizem que no sétimo mês ele começa engordar mais. Eu notei isso na minha primeira gestação, quando fui pro hospital [...]. Lá é regular, tem horário pra comer e não come besteira, coisa que aqui eu como, e daí eu notei que ele [o bebê] aumentou mais de peso (Maria); [...] a saúde do bebê depende da minha alimentação, porque se comer coisa saudável, não prejudica a saúde dele, mas se tu comer só besteira, pode prejudicar, e eu acho que minha alimentação pode afetar no peso do bebê, porque eu fiz um ultrassom e, agora, no segundo, que eu fiz com seis meses, meu bebê já tava pesando 1 quilo e 215. Eu acho que pode nascer gordo demais ou ser grande demais (Vanessa); [...] tudo que eu como ele vai comer também, então, se eu comer uma coisa que não vai me fazer bem, provavelmente para ele também não vá. Então, procuro comer coisas saudáveis, com vitaminas, senão, pode nascer com algum tipo de anormalidade (Luiza).*

É possível detectar nas falas a presença de condutas e termos médicos e a associação do ambiente hospitalar com a garantia de alimentação adequada. A cultura médica infiltra os relatos,

transparecendo tratar-se de um conhecimento inquestionável e até certo ponto acessível às gestantes. Além disso, dos recursos tecnológicos disponibilizados no pré-natal, a ultrassonografia obstétrica parece ser o mais desejado pela gestante, tanto pelo fato de aproximar-se do filho quanto pela ideia de personificá-lo, avaliando medidas, em especial o peso. Das informações que constam no laudo do referido exame, após a identificação do sexo, o peso do bebê é a maior preocupação. No primeiro momento, por se tratar de uma informação que os próprios profissionais da saúde exaltam e, posteriormente, por ser uma informação de fácil entendimento. Tais evidências foram confirmadas na fala das gestantes deste estudo.

O peso fetal depende de inúmeros fatores, podendo estar relacionado até mesmo com a vascularização placentária, o tempo de duração da gestação e outras características maternas, além do aumento de peso durante a gestação.²⁰ Apesar deste conhecimento técnico nem sempre estar ao alcance das gestantes, é possível verificar que outros fatores de mesma ordem técnica são enaltecidos no atendimento pré-natal. Nos discursos prenatalistas, é reforçado o cuidado que a gestante deve ter com as práticas alimentares, pois podem incidir negativamente no peso e na saúde fetal. Tais evidências podem ser comprovadas por meio de recursos tecnológicos, como no caso do exame de ultrassonografia. Mais uma vez a ideologia abnegada de preservação do amor materno ocupa um espaço relevante na atenção pré-natal.

No entanto, é imprescindível ser analisada, com olhar crítico, mas também responsável, a importância das atividades técnicas que perpassam a atenção pré-natal. O acompanhamento do peso materno pode ser realizado por meio do registro do Índice de Massa Corpórea e a comparação com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.¹⁴ Além disso, o crescimento fetal pode ser avaliado pela mensuração da altura uterina e da realização do exame ultrassonográfico.¹⁴ Estudos na área da saúde comprovam que mulheres desnutridas e com ingesta nutricional deficiente apresentam maior possibilidade de desenvolverem riscos fetais, como o baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino restrito, além de maior risco de prematuridade e mortalidade perinatal.^{14,20-21} No caso de gestantes com sobrepeso e obesas, os riscos estão relacionados à morte intrauterina, má formação congênita, principalmente do tubo neural, e macrossomia.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que as gestantes relacionam as mudanças no comportamento alimentar às modificações gerais esperadas para o período gestacional. No entanto, demarcam também que a alimentação está revestida por elementos que transcendem o período gestacional e dizem respeito à história pregressa da mulher e à cultura do grupo em que vivem, sublinhando a família como detentora e promotora de símbolos e condutas aceitáveis naquele contexto.

Apesar dos depoimentos iniciais das participantes indicarem que a gestação e a alimentação das gestantes estavam afastadas de novas condutas, posteriormente, acentuaram a necessidade de readaptações, fortemente aconselhadas no contexto social em que vivenciavam aquele processo, ou seja, nas relações familiares e da vizinhança. O aumento no número de refeições, a quantidade de alimento ingerido e a qualidade dos alimentos são tópicos reforçados por todas as participantes, considerando a escolha por uma alimentação saudável uma característica esperada para a gestante. Outro elemento importante é o desejo por substâncias consideradas pelas mesmas como “não alimentos”. Tal assunto transpareceu sentimentos de vergonha e estranhamento e, por vezes, associado às vontades que deveriam ser satisfeitas. A relevância atribuída à alimentação saudável, no que se refere à sua influência no peso do recém-nascido, é outro assunto valorizado por elas. A conduta materna de optar por alimentos saudáveis, sob o ponto de vista nutricional e cultural, está, muitas vezes, prioritariamente relacionada à manutenção do peso fetal dentro dos padrões de normalidade, reiterado tanto nos exames de imagens quanto no momento do nascimento.

Por se tratar de um estudo com vertente antropológica, realizado em uma comunidade urbana, muitos aspectos observados no cotidiano familiar, que não estavam relacionados diretamente com o comportamento alimentar das gestantes, foram essenciais para o desvelamento do contexto social que vivenciam suas práticas alimentares. A eleição pelo método etnográfico tornou-se indispensável para a compreensão do contexto social em que as participantes deste estudo vivenciam suas experiências e interpretavam seus modos de vida. Dessa maneira, apesar da etnografia compreender aspectos gerais do viver humano, e gerar grande número de material para análise, ela também surpreende o pesquisador, pois é somente com a observação do cenário local

que se pode compreender detalhadamente o enfoque desejado. Neste estudo, durante a análise do material originado na coleta de dados, teve destaque a forte influência histórica nos saberes e nas práticas alimentares das gestantes. O campo investigativo utilizado contemplou outras nuances da pesquisa na área da enfermagem, possibilitando a complementariedade de saberes, em especial no que se refere à nutrição e à antropologia.

Espera-se que o estudo desenvolvido promova e incentive novos olhares sobre as práticas alimentares, considerando outras dimensões do cuidado na atenção pré-natal e valorizando aspectos pouco trabalhados pelos profissionais da saúde, como a participação da família e da comunidade nas escolhas alimentares de gestantes. Durante o planejamento de atividades de educação em saúde, realizadas por enfermeiros pré-natalistas, o enfoque direcionado à alimentação deve ser compartilhado com outros profissionais, como o nutricionista e o médico, considerando o saber popular e buscando alternativas para aproximá-lo do saber científico.

Considera-se, ainda, que a propagação dos saberes construídos neste estudo possa subsidiar atividades no campo acadêmico, ampliando e favorecendo a prática docente nos diferentes cenários de cuidado. O cuidado cultural pode contribuir para a formação acadêmica do enfermeiro, à medida que permite, tanto ao docente quanto ao discente, transitar por diferentes dimensões do viver humano.

REFERÊNCIAS

1. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): LTC, 1989.
2. Langdon EJ, Wikk FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010 Mai-Jun; 18(3):173-81.
3. Hernández JC, Arnáiz MG. Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas. Barcelona (ES): Ariel, 2005.
4. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009.
5. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jan-Mar; 15(1):26-34.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2010.

7. Leininger M, McFarland M. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (US): Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005 Jun; 39(3):507-14.
9. Meyer DE. Corpos maternos pobres. Processos educativos "de inclusão social" contemporâneos. In: Ribeiro PRC, Silva MRS, Goellner SV, organizadores. *Corpo, Gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente*. Rio Grande (RS): FURG; 2009. p. 19-31.
10. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LHSF, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. *Texto Contexto Enferm*. 2013 Abr-Jun; 22(2):293-301.
11. Cha C, Kim E. Assessing the role of culture in Korean goose mothers' lives. *J Transcult Nurs*. 2013 Jan; 24(1):86-93.
12. World Health Organization. *The world health report 2003. Shaping the future*. Geneva (CH): WHO; 2003.
13. Gomes FS. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Rev Nutr*. 2007 Nov-Dez; 20(6):669-80.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de Atenção Básica, n. 32*. Brasília (DF): MS; 2012.
15. Baião MR, Deslandes SF. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Nov; 24(11):2633-42.
16. Saunders C, Padilha PC, Líbera BD, Nogueira JL, Oliveira LM, Astulla A. Picamálacia: epidemiologia e associação com complicações na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 Set; 31(9):440-6.
17. López LB, Soler CRO, Portela MLPM. La pica durante el embarazo: un transtorno frecuentemente subestimado. *Arch Latinoam Nutr*. 2004 Jan; 54(1):17-24.
18. Toker H, Ozdemir H, Ozan F, Turgut M, Goze F, Sencan M, et al. Dramatic oral findings belonging to a pica patient: a case reporte. *Intern Dent J*. 2009 Fev; 59(1):26-30.
19. Corbelt RW, Ryan C, Weinrich SP. Pica in pregnancy: does it affect pregnancy outcomes? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2003 Mai-Jun; 28(3):183-9.
20. Amorim AR, Lacerda EMA, Kac G. Uso e interpretação dos indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de gestantes. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu, 2007. p. 31-48.
21. Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sally EOF, et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007 Out; 29(10):511-8.
22. Valle CP, Durce K, Ferreira CAS. Conseqüências fetais da obesidade gestacional. *O mundo da Saúde*, 2008 Out-Dez; 32(4):537-41.