

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INFLUÊNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR DE GESTANTES: CONTRIBUIÇÕES
PARA ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carolina Frescura Junges

Santa Maria, RS, 2010.

**INFLUÊNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR DE GESTANTES: CONTRIBUIÇÕES PARA
ENFERMAGEM**

por

Carolina Frescura Junges

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial à obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS, Brasil

2010

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**INFLUÊNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR DE GESTANTES: CONTRIBUIÇÕES PARA
ENFERMAGEM**

elaborada por
Carolina Frescura Junges

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Marisa Monticelli, Dra (UFSC)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra (UFSM)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra (UFSM)

Santa Maria, 26 de novembro de 2010.

*Aos meus pais, Antenor e Juçara,
que me ensinaram a voar.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pela companhia constante, nos momentos de desassossego e naqueles de reflexão.*

*Às minhas irmãs, **Camila e Catarina**, meu eterno agradecimento pelas palavras de conforto, os sorrisos compartilhados e os abraços infinitos.*

*À minha orientadora, **Lúcia Beatriz Ressel**, minha segunda mãe, pelo carinho e pela confiança.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** da Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de contribuir para a construção do conhecimento.*

*Aos **docentes** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, pela dedicação.*

*Às **professoras da Banca Examinadora**, pela disponibilidade em participar da validação deste estudo.*

*Às **gestantes colaboradoras deste estudo**, pelo acolhimento e compreensão.*

*À minha amiga **Graciela**, pela amizade e pelas palavras de apoio.*

*Aos amigos **Lucas, Fernanda, Leilani, Clarissa, Juliana, Juliane Umann e Vanessa Nascimento** pela companhia e paciência.*

*Às **colegas do grupo de pesquisa**, pelo compartilhamento de saberes.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pelo apoio financeiro.*

*Aos demais **amigos e familiares** que estiveram presentes direta ou indiretamente nesta caminhada, obrigada.*

*Se desempedrava el cielo en unas tempestades de estropicio,
y el norte mandaba unos huracanes
que desportillaron techos y derribaron paredes,
y desenterraron de raíz las últimas cepas de las plantaciones.*

Gabriel García Márquez, Cien Años de Soledad

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

INFLUÊNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE GESTANTES: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

AUTORA: CAROLINA FRESCURA JUNGES

ORIENTADORA: LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Data e local de defesa: Santa Maria, 26 de novembro de 2010.

As escolhas alimentares humanas estão associadas a diversas influências de ordem social, cultural e histórica, além do campo biológico. As influências culturais indicam os alimentos aceitos e os alimentos proibidos e traduzem os significados e os modos de vida de um grupo em particular. Para as gestantes, que vivenciam um período de constantes transformações e readaptações, o cenário social em que vivem e a história cultural sinalizam quais saberes e práticas alimentares estão de acordo para a manutenção da saúde. Este estudo teve como objetivo apreender as influências culturais no comportamento alimentar de gestantes. Para tanto, optou-se pela pesquisa de campo, com abordagem qualitativa e vertente etnográfica. O método da etnoenfermagem, por meio da observação participante e da entrevista, possibilitou a identificação e a compreensão de significados, crenças e hábitos que determinam o comportamento alimentar das gestantes. Participaram do estudo três gestantes com idade gestacional inferior a 30 semanas, moradoras da região norte de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e assistidas pela enfermeira durante o pré-natal. O cenário do estudo contemplou o consultório de enfermagem e o domicílio das gestantes. A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2010, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Como resultados foram constituídas três categorias: “dos saberes aos sabores: as práticas alimentares das gestantes”; “entre desejos e possibilidades: as adaptações alimentares durante o período gestacional”; e “o aumento de peso gestacional: um olhar sobre a doença, um olhar sobre a vaidade”. Evidenciou-se que o comportamento alimentar das gestantes está imbricado a múltiplos significados culturais. A memória, as tradições, as relações sociais e familiares, a mídia e as noções de saúde, doença e estética representam os núcleos centrais para as conformações alimentares. O enfermeiro que realiza o cuidado pré-natal, ao atentar para a cultura das mulheres e de suas famílias, vislumbra a motivação das escolhas alimentares e pode, dessa forma, reorientar ou preservar o consumo de determinados alimentos, além de identificar e prevenir possíveis riscos nutricionais. Ao valorizar as práticas alimentares e os significados atribuídos aos alimentos, o enfermeiro aproxima, estrategicamente, os saberes profissionais aos saberes populares, incidindo num cuidado cultural à gestante.

Palavras-chave: Alimentação; Cultura; Enfermagem; Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

INFLUENCE OF CULTURE IN PREGNANT WOMEN'S DIETARY HABITS: CONTRIBUTIONS FOR NURSING

AUTHOR: CAROLINA FRESCURA JUNGES

ADVISOR: LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Date and place of Defense: Santa Maria, 26 november 2010.

Dietary human choices are linked to many social, cultural, historical, and biological influences. Cultural influences indicate accepted and forbidden foods and translate the meanings and ways of life of a particular group. For pregnant women who experience a period of constant changes and adaptations, the social setting in which they live and the cultural history indicate which knowledge and dietary practices are good for health maintenance. The following study aimed to understand the cultural influences on the dietary behavior of pregnant women. For such, field research has been chosen, with a qualitative approach and ethnographic aspects. The method of ethnonursing through participant observation and interviews allowed the identification and understanding of meanings, beliefs, and habits that determine dietary behavior of pregnant women. Participants were three pregnant women with gestational age less than 30 weeks, living at northern Santa Maria, Rio Grande do Sul and assisted by the nurses during the prenatal period. The study setting included the nursing clinic and the home of the women. Data collection happened from March to May 2010 after the approval by the Ethics in Research of the *Universidade Federal de Santa Maria*. The results brought up three categories: "from knowledge to flavors: the eating habits of pregnant women"; "between wishes and possibilities: the dietary adaptations during pregnancy", and "gestational weight gain: a look at the disease, a look at the vanity". It was highlighted that the dietary behavior of pregnant women is interwoven with multiple cultural meanings. The memory, traditions, social and family relations, the media, and the idea of health, illness and aesthetics represent central points for the food conformations. The nurse performing prenatal care, paying attention to the culture of women and their families, sees the motivation for food choices and may thus reorient or maintain the consumption of certain foods, and identify and prevent possible nutrition risks. By valuing dietary practices and the meanings assigned to food, the nurse puts together, strategically, the professional knowledge to popular knowledge, focusing on cultural care to pregnant women.

Key Words: Feeding; Culture; Nursing; Prenatal Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fases do modelo Observação-Participação-Reflexão	36
---	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM	101
--	-----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação 1	103
APÊNDICE B - Roteiro de observação 2	104
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada	105
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	106
APÊNDICE E - Termo de confidencialidade	108

SUMÁRIO

1. APRESENTANDO A TEMÁTICA.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Alimentação , cultura e políticas públicas.....	20
2.2 Alimentação durante o período gestacional.....	24
2.3 Alimentação na ótica da Enfermagem Cultural.....	27
3 CAMINHAR METODOLÓGICO.....	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 O cenário da pesquisa.....	33
3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão.....	34
3.4 Procedimentos de coleta e registro dos dados.....	35
3.4.1 A observação participante.....	36
3.4.2 A Entrevista	40
3.5 Organização e Análise dos Dados.....	41
3.6 Aspectos éticos	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1 As gestantes do estudo.....	46
4.2 Categoria 1: Dos saberes aos sabores, as práticas alimentares das gestantes.....	53
4.2 Categoria 2: Entre os desejos e as possibilidades, as adaptações alimentares.....	64
4.3 Categoria 3: O aumento de peso gestacional: um olhar sobre a doença, um olhar sobre a vaidade.....	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS.....	99
NEXO 1 Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM.....	100
APÊNDICES.....	101
APÊNDICE A - Roteiro de observação 1.....	102

APÊNDICE B - Roteiro de observação 2	103
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	104
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	105
APÊNDICE E - Termo de confidencialidade.....	107

1. APRESENTANDO A TEMÁTICA

Este trabalho tem sua origem em minha história de vida. Desde a infância, ouvi e observei uma série de comportamentos alimentares praticados em minha casa e na de meus avós. Pelo fato de minha descendência ser germânica, o valor social e cultural atribuído ao alimento sempre foi relevante. A compra, o armazenamento, o preparo e a disposição dos alimentos estiveram sempre circundados por uma série de representações herdadas de geração para geração. Não apenas as receitas culinárias continham símbolos e rituais para o preparo, mas também a escolha dos alimentos, a disposição dos utensílios na mesa, a distribuição de tarefas na cozinha e, por vezes, o próprio ato de comer.

Além disso, apesar de minha família residir na zona urbana, meu pai, proprietário rural e agricultor, sempre dividiu-se entre o campo e a cidade. A maior parte dos alimentos de minha casa paterna advém da zona rural. Assim, a comida sempre foi compreendida e valorizada nos seus diversos aspectos, desde a plantação, a colheita e o consumo.

Em muitos momentos, acompanhei minha mãe mencionando os alimentos como medicamentos, atribuindo-lhes propriedades curativas. Por vezes, ouvi que alguns alimentos eram proibidos, principalmente durante períodos em que as pessoas estavam mais vulneráveis ao aparecimento de doenças, de acordo com a estação do ano, com as condições climáticas, com o período de vida vivenciado (criança em processo de desmame, gestação, puerpério...). Um saber empírico construído como ensinamento por meio da oralidade, entre as gerações passadas. O uso de chás e infusões também faz parte dessa história. Nesse cenário em que vivenciei minha socialização primária, fui adquirindo uma série de saberes concernentes à alimentação, à saúde e à doença.

No momento em que ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem, no ano de 2005, teve início um novo momento de aprendizados. Esse conhecimento profissional fez-me refletir por diversas vezes sobre a alimentação das pessoas que eu cuidava, desde as que estavam internadas em um hospital, até aquelas que procuravam as unidades básicas de saúde. Frequentemente, eram aconselhadas práticas alimentares saudáveis para o portador de diabetes e hipertensão arterial, a gestante, a criança desnutrida, mas poucas vezes eram lembradas as questões sociais e culturais que permeiam as escolhas alimentares e, quando mencionadas, isso

ocorria de maneira superficial. Ao visualizar esse atendimento verticalizado, desprovido de espaço para o diálogo e a escuta do ser cuidado, me inquietava e buscava alternativas para tornar o cuidado de enfermagem integral. Tais alternativas consistiam na discussão entre saberes, o formal e o informal, bem como no reconhecimento das condições sociais, econômicas e emocionais que o ser cuidado estava vivenciando. Assim, as estratégias para a manutenção de uma alimentação saudável ou para a escolha por hábitos alimentares saudáveis eram construídas em conjunto.

Durante o sexto semestre de Graduação em Enfermagem, no qual são desenvolvidas atividades relacionadas à saúde da mulher, da criança e do adolescente, pude perceber e compreender o planejamento e a prática do cuidado de enfermagem ofertado às mulheres nas diferentes fases de sua vida, na adolescência e na vida adulta, perpassando também o ciclo gravídico-puerperal. Nessas atividades teóricas e práticas, a alimentação também esteve presente, desde a amamentação, a alimentação complementar da criança, os distúrbios alimentares na adolescência, o aumento das demandas nutricionais durante a gestação e o puerpério, a obesidade, entre outros. Destaco a gravidez, pelo motivo de ter direcionado minha prática assistencial acadêmica, em especial no último ano de graduação (durante o estágio supervisionado), e minhas atividades de iniciação a pesquisa científica para esse período do ciclo de vida da mulher.

A compreensão de que estariam existindo grandes lacunas na atenção pré-natal de baixo risco foi transparecendo, à medida que minhas práticas assistenciais e meus estudos relacionados à saúde da mulher intensificaram-se. No ano de 2008, na função de acadêmica bolsista do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, compreendi de maneira explícita a relação de um pré-natal de baixa qualidade e os agravos à saúde materna e fetal. Pude observar o risco elevado a que algumas gestantes estavam expostas. Ao apresentarem má-alimentação, por vezes, encontravam-se com baixo peso e anêmicas ou, no outro extremo, obesas ou com sobrepeso.

Verifiquei, ainda, a necessidade de ser considerada a cultura dessas mulheres durante o cuidado de enfermagem, porque reconheci não ser eficaz a abordagem estritamente biomédica no pré-natal, com relação a alimentação. O registro de peso corporal, da altura da gestante, da altura uterina e das orientações alimentares, entre outras informações, na carteira da gestante e no prontuário, não garantem o afastamento de riscos nutricionais. É preciso dar voz a essas mulheres

e clarificar quais as suas reais demandas, advindas do cenário social no qual vivenciam as suas experiências e constroem as suas representações culturais.

Tanto o pré-natal de baixo risco, como o pré-natal de alto risco exigem do enfermeiro, nos diferentes cenários em que se processam, conhecimentos técnicos e científicos específicos para subsidiar as atividades de cuidado à mulher e ao recém-nascido. No entanto, não basta dominar os saberes biomédicos e tecnológicos, é preciso que o enfermeiro esteja atento às diferentes características das mulheres que procuram os serviços de saúde. Em outras palavras, o enfermeiro, ao realizar as suas atividades, precisa observar e valorizar as dimensões que interferem diretamente no cuidado de enfermagem e no autocuidado da gestante. Essas dimensões estão relacionadas aos aspectos sociais, culturais, históricos e emocionais do ser cuidado. Dessa forma, acredito que minha pesquisa possibilita atender à demanda por conhecimento na área da saúde da mulher, à medida que contempla aspectos pouco enfocados no cuidado de enfermagem durante o período gestacional.

Os agravos à saúde materna e fetal devido ao aporte calórico e nutricional deficiente podem ser facilmente mensuráveis. No entanto, as demais questões que revestem essa problemática precisam ser descortinadas, para que as estratégias das políticas públicas de saúde e de assistência social, que visam à redução desses agravos, possam ser reestruturadas e implementadas de maneira eficaz. Assim, além da contribuição para a área de Enfermagem, clarifica-se que o presente trabalho também atinge outras matrizes de ordem política, econômica e social.

Dessa maneira, é relevante explicitar conceitos e teorias acerca da alimentação, numa tentativa de clarificar a complexa trama que a envolve. A alimentação pode evocar em nossa memória uma série de acontecimentos e lembranças. O ato de comer, em muitas situações, não é lembrado como importante fonte calórica e nutricional, porque é percebido de maneira restrita como um evento cotidiano, de caráter prioritariamente social. A motivação para a ingestão alimentar pode estar relacionada ao convite para um jantar com o intuito de discutir determinado assunto, à celebração de um aniversário ou de um casamento, entre outras situações.

É a condição instintiva que mobiliza o ser humano a procurar o alimento para aplacar a fome, promover o crescimento e o desenvolvimento na infância e na adolescência, e fornecer calorias e nutrientes para manutenção diária e pleno funcionamento dos sistemas corporais. As escolhas alimentares, no entanto, são organizadas individualmente, pois o ser humano apresenta a

característica onívora, ou seja, de comer todo e qualquer tipo de alimento. Assim, pelo fato de estarmos expostos a diversas influências no meio em que vivemos, observa-se que a alimentação está relacionada, além dos aspectos biológicos, a fatores ecológicos, sociais, culturais e emocionais (HERNÁNDEZ; ARNÁIZ, 2005).

Os estudos na área biomédica preocupam-se, na maioria das vezes, em mensurar o estado nutricional humano, por meio da análise de gráficos e de tabelas, construídos a partir de apontamentos do ganho ou da perda de peso, da carência ou do excesso de nutrientes, entre outros valores biológicos. Tal abordagem possibilita o diagnóstico nutricional e médico, bem como as possíveis interferências para o controle dos hábitos alimentares pelos profissionais da saúde. Esta limitação da conduta estritamente biológica pressupõe a ausência da compreensão da totalidade de fatores que influenciam a alimentação, principalmente a história do indivíduo, incluindo a sua cultura (GARCIA, 2005).

Em contrapartida, estudos na área da antropologia da alimentação investem no esclarecimento das influências culturais e sociais do comportamento alimentar, com base na reconstrução de cada sistema alimentar (HERNÁNDEZ; ARNÁIZ, 2005). Analisar o que os indivíduos e grupos fazem com os alimentos converte-se em uma forma de compreender processos sociais e culturais, considerando os alimentos não tanto como portadores de nutrientes, mas como modelos ou mecanismos para estudar a cultura (PONS, 2005).

Para o delineamento deste trabalho, o conceito de cultura escolhido foi aquele apontado por Geertz (1989), no qual a define como um conjunto de teias de significados organizadas pelo próprio homem. Dessa forma, a cultura não pode ser analisada como uma ciência experimental em busca de leis, mas sim como uma ciência interpretativa em busca de significados. A função simbólica é universal, e os seres humanos não poderiam se organizar sem esse código, que caminha em paralelo ao próprio código genético (GEERTZ, 1989).

Nesse sentido, as representações culturais do corpo humano manifestam-se de diferentes formas, de acordo com a estrutura familiar, a situação econômica, a religião, o ciclo de vida vivenciado, entre outros fatores. O corpo é reconhecido e simbolizado, nas diferentes sociedades, como um organismo físico influenciado por um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função. É a cultura que orienta a percepção e a interpretação das mudanças que ocorrem em nossos corpos e no de outras pessoas (HELMAN, 2003).

Sob a ótica cultural, a gestação é compreendida como um evento fisiológico revestido de valores culturais que mobilizam a gestante e os demais envolvidos a perceberem esse período de acordo com as suas próprias representações. Essas percepções interferem no ciclo gravídico, estendendo-se ao puerpério e à lactação. De acordo com Helman (2003), todas as sociedades compartilham crenças sobre a vulnerabilidade materna e fetal para agravos à saúde durante a gravidez. Na maioria das culturas, acredita-se que o comportamento materno – dieta, atividade física, comportamento moral, consumo de bebida, tabaco – pode afetar diretamente na fisiologia fetal, causando danos à criança (HELMAN, 2003).

O comportamento alimentar da mulher durante o período gestacional, nesse entendimento, está diretamente relacionado à cultura. Assim, a alimentação está circundada por uma série de interferências: a história de vida da mulher, o comportamento alimentar pregresso à gestação, as crenças e os mitos alimentares relacionados à gestação, o cenário social em que está inserida e, além disso, a interferência dos profissionais de saúde durante o pré-natal (BAIÃO; DESLANDES, 2008; HERNÁNDEZ; ARNÁIZ, 2005).

No Brasil, a atenção pré-natal está pautada em diretrizes advindas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e que consolidam os princípios de integralidade encontrados na Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). As atividades direcionadas ao cuidado pré-natal, de acordo com tais diretrizes, precisam estabelecer inter-relações com o universo em que a gestante está inserida, considerando, além de aspectos biológicos, a dimensão sociocultural. No entanto, esses aspectos ainda são pouco abordados, principalmente no que se refere à alimentação da mulher durante a gestação.

Na Enfermagem, poucas pesquisas enfocam a alimentação durante a gestação. Trabalhos encontrados na literatura, nos últimos anos, destacam os aspectos nutricionais e, como resultados, apontam: a dificuldade das gestantes em atender às orientações nutricionais (BELARMINO et al, 2009); e a deficiência no conteúdo e na qualidade do cuidado nutricional realizado pelos enfermeiros (SANTOS et al, 2006). Nos referidos trabalhos, fica reconhecida a necessidade de suplantar o olhar simplista que abrange apenas a mensuração de medidas antropométricas e a avaliação de exames laboratoriais, vislumbrando também outros aspectos que interferem no estado nutricional da gestante (BELARMINO et al, 2009; SANTOS et al, 2006).

Com vistas a modificar este olhar estritamente biomédico e valorizar o aspecto cultural do cuidado de enfermagem, é possível encontrar subsídios na Teoria de Madeleine Leininger. A

teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger, 1991), desenvolvida na área da Enfermagem, apresenta a dimensão cultural como elemento essencial para a efetividade das ações de saúde. O processo de reconhecimento dos aspectos culturais possibilita a aproximação entre os comportamentos humanos e a estrutura social (religião, economia, educação, política, cultura), interferindo nos resultados esperados nas práticas de cuidado de enfermagem. Com base nessa teoria, torna-se necessário abandonar o entendimento unidirecional, restrito ao saber biomédico, e compreender a cultura como parte essencial no cuidado de enfermagem relacionado à alimentação e à nutrição.

A partir dessa breve introdução à temática, vislumbra-se a questão norteadora desse estudo: *Quais são as influências culturais que interferem no comportamento alimentar de gestantes?* A qual direciona o **objetivo geral**: *apreender as influências culturais envolvidas na alimentação de gestantes moradoras de uma comunidade urbana na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul.*

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A compreensão dos aspectos culturais que influenciam a alimentação pode ser dimensionada por teóricos que definem a cultura como uma rede simbólica e interpretativa, cujo escopo consiste em reconhecer e interpretar o comportamento do homem como ser social. Corroborando com o objetivo deste estudo, serão apresentados, a seguir, os conceitos e as abordagens com relação a: alimentação, cultura e políticas públicas; a alimentação durante o período gestacional; alimentação na ótica da Enfermagem Cultural, alicerçados em pressupostos da área da Antropologia e da Enfermagem.

É relevante acrescentar que o presente estudo está alicerçado nos conceitos e teorias produzidos e aceitos por historiadores, antropólogos, sociólogos, enfermeiros, médicos e nutricionistas. Esta diversidade de raízes científicas evidencia a complexidade das discussões que emergem do tema alimentação. O olhar multifacetado sobre a alimentação torna este trabalho singular e possibilita a identificação da complementaridade existente entre as diversas vertentes do conhecimento.

2.1 Alimentação , cultura e políticas públicas

O conjunto de representações do comportamento humano, de acordo com Geertz (1989), deve ser interpretado e não meramente reconhecido ou observado. Não é o que o indivíduo faz e sim como ele representa e interpreta determinado evento ou fenômeno. Assim, as ações sociais são escritas pelo homem no decorrer de sua história, originando rituais e símbolos próprios. A leitura dessa descrição está disponível aos que a podem ler. No entanto, a interpretação assume diversos matizes, porque o homem direciona seus entendimentos de acordo com a sua própria cultura.

Para Geertz (1989), os símbolos que constituem uma cultura são veículos de concepções e, assim, fornecem o ingrediente intelectual do processo social. As asserções simbólicas fazem mais do que articular como é o mundo, elas também oferecem diretrizes de como agir nele e

modelos do que representamos como padrões de comportamento. Como um guia comportamental, as percepções culturais são assimiladas na ação social. É essencial, portanto, distinguir de maneira analítica entre os aspectos culturais e sociais da vida humana, e tratá-los como variáveis independentes, porém fatores mutuamente interdependentes (GEERTZ, 1989).

Helman (2003) pondera que, inseridas em uma grande cultura de determinada sociedade, podem existir subculturas, formadas a partir de elementos próprios de grupos humanos definidos. É o caso dos grupos religiosos, seguidores de seitas e de estilos de vida, bem como, a subcultura profissional. No caso das profissões da área médica, como a Enfermagem e a Medicina, a formação técnica e científica possibilita a enculturação desses saberes, afastando os profissionais da realidade vivenciada pelos demais membros da população. Esse processo pode interferir negativamente na assistência à saúde e na relação profissional-paciente.

Nesse sentido, podemos refletir que a generalização de conceitos e simbologias atribuídas para determinada sociedade é por vezes errônea, pelo fato de que a cultura pode ser diferente em um grupo pertencente a essa sociedade e até mesmo de um indivíduo para outro. Em outras palavras, o reconhecimento e o entendimento de um comportamento humano não é fixo, simplesmente, porque as culturas e as subculturas são, de maneira geral, influenciadas por outros grupos humanos à sua volta e estão em constante processo de adaptação e de mudança. É importante, dessa forma, verificar os demais fatores relacionados ao contexto particular em que se processa a cultura. Tais fatores são da ordem histórica, política, econômica, social e geográfica (HELMAN, 2003).

Em todas as sociedades humanas, o comportamento alimentar é reconhecido por meio da análise dos aspectos sociais e culturais. Os antropólogos analisam esse comportamento, apontando que os grupos sociais se diferenciam, por diversas vezes, nas práticas e nas crenças alimentares. O que é considerado alimento sagrado em determinada sociedade pode ser considerado profano em outra. Além disso, existem muitas variações relacionadas ao cultivo, à coleta, ao preparo e ao consumo dos alimentos. Cada cultura normalmente apresenta um modelo de regras implícitas que determina quem prepara os alimentos, quem os serve, quais indivíduos ou grupos podem comer juntos, onde e em que momento pode ocorrer determinada prática alimentar (HELMAN, 2003).

Para Garcia (2005), comportamento alimentar é um conjunto de práticas observadas empiricamente (o que comemos, quanto, como, na companhia de quem e onde), mas também

relacionado aos aspectos subjetivos: os socioculturais e os psicológicos (alimentos e preparações apropriadas para situações diversas; comida desejada e apreciada; alimentos e preparações que gostaríamos de apreciar; a quantidade de comida que pensamos que comemos, etc.), incluindo os símbolos atribuídos à alimentação.

Hernández e Arnáiz (2005) afirmam que o comportamento alimentar dos seres humanos tem, desde a origem da espécie, múltiplos determinantes. A necessidade de aprender as escolhas alimentares corretas não é um método individual de tentativas e erros, mas sim uma série de eleições estruturadas a partir de um saber coletivo. Esse processo ocorre ao longo das gerações, sob a forma de crenças, algumas confirmadas por experiências, outras consideradas mágicas, como o caso do jejum, do alimento sagrado ou das proibições religiosas.

No cenário familiar é que se dá o início do processo adaptativo do indivíduo. É a partir do seio materno, pela escolha em amamentar ou não, que se processa a origem das escolhas alimentares. Após o desmame e a introdução gradual de alimentos na dieta, processo geralmente acompanhado pela mãe, a criança passa a assimilar os pratos que lhe são ofertados e a selecionar quais estão de acordo com o seu gosto particular. Essas seleções são organizadas por meio da observação, da escuta e da participação no ambiente culinário da família (HERNÁNDEZ; ARNÁIZ, 2005).

Nesse sentido, há necessidade de trazer para essa discussão a importante alteração que está ocorrendo no comportamento alimentar da população mundial. Bleil (1998) pondera que, devido ao rápido avanço industrial ocorrido nas últimas décadas, as escolhas alimentares são influenciadas por uma variedade cada vez maior de produtos alimentícios industrializados. Essas novidades na cozinha estão diretamente relacionadas ao tempo. As pessoas, principalmente nos grandes centros populacionais, possuem curto espaço de tempo para realizar suas refeições e selecionar os alimentos de acordo com demandas nutricionais saudáveis. Assim, surgem os *fast food*, os alimentos pré-prontos, entre outros, que facilitam e reduzem o período das refeições.

Segundo pesquisa realizada no Brasil (BLEIL, 1998), os alimentos mais tradicionais na dieta do brasileiro apresentam consumo decrescente. É o caso do feijão, da farinha de mandioca, do arroz e da farinha de milho. Assim, os brasileiros estão assimilando novas práticas alimentares, de acordo com a divulgação de produtos advindos de outras culturas, como a norte-americana. Tal realidade pode ser identificada como um dos fatores que repercutem no aumento de peso da população.

Aproximando a realidade descrita ao cenário de políticas públicas de saúde no Brasil, observamos a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no ano de 1999, reeditada em 2003, como uma estratégia do Ministério da Saúde para assumir compromissos com a redução de males relacionados às fragilidades nutricionais e alimentares da população brasileira (BRASIL, 2003). Em primeiro plano, figura a tentativa de prevenção e combate às deficiências nutricionais, sobretudo à desnutrição infantil e materna. Esta preocupação com a carência nutricional deve-se, em parte, pelas desigualdades sociais ainda marcantes em nosso país. No entanto, no outro extremo, resgatando o complexo panorama da alimentação marcada por excessos, nos deparamos, ao analisar a PNAN, com o crescente interesse em reduzir as altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta.

A PNAN é o marco conceitual de ação governamental, sendo destacada no mandato do governo atual, o qual apresenta como prioridade política o combate à fome. Nesse entendimento, foram formuladas sete diretrizes programáticas, que têm como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional: estímulo a ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição (BRASIL, 2003).

A importância da divulgação e da aplicação da PNAN está inserida no contexto das transições (demográfica, nutricional e epidemiológica) que estão ocorrendo no perfil de morbimortalidade da população. A transição demográfica tem se caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas com mais de 60 anos na estrutura populacional. A transição nutricional aponta para a elevação do número de pessoas obesas e com sobrepeso. Já a transição epidemiológica tem apresentado dados de redução de óbitos por doenças infecciosas e aumento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) – doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Ao analisar esse cenário de mudança relacionada à saúde e à doença, muitos estudos apresentam como principais fatores de risco modificáveis os padrões alimentares (OLINTO, 2007).

Padrão alimentar pode ser definido como “o conjunto ou os grupos de alimentos consumidos por uma dada população” (GARCIA, 1999, p. 17). Na epidemiologia nutricional,

esse conjunto ou grupos de alimentos são detectados por meio de métodos estatísticos de redução e ou agregação de componentes. Além disso, padrões alimentares expressam a complexidade envolvida no ato de se alimentar, uma vez que pessoas não consomem de forma isolada alimentos ou nutrientes. Para a epidemiologia, que tem a população como foco, o estudo dos padrões alimentares pode subsidiar a proposição de medidas efetivas de promoção da saúde por meio da alimentação (OLINTO, 2007).

As modificações esperadas para uma alimentação saudável, cujos objetivos são a melhoria no estado nutricional e a conseqüente redução de riscos, são muitas vezes dimensionadas de maneira superficial e até mesmo de forma errônea. Hernández e Arnáiz (2005) chamam a atenção para a diferença existente entre nutrição e alimentação. Segundo os autores, a nutrição é uma ciência da área médica que estuda os fatores biológicos, químicos e físicos dos alimentos, bem como a produção, o armazenamento, a distribuição e o consumo, visando à manutenção da saúde, à prevenção de agravos e à reabilitação do organismo humano por meio de nutrientes. Já a alimentação abrange uma série de outras influências, além daquelas nutricionais, destacando a dimensão social e cultural dos alimentos, o simbolismo, os rituais e o próprio ato de comer. Ambas caminham juntas em muitas situações, mas isso nem sempre acontece. As mudanças no comportamento alimentar, portanto, não podem estar alicerçadas apenas em pressupostos nutricionais, mas também vislumbrando a alimentação como parte indissociável do universo social e individual de cada um (GARCIA, 2005).

2.2 Alimentação durante o período gestacional

Ao deslocarmos nosso olhar para a cultura biomédica, evidenciamos uma série de estudos e opiniões que procuram justificar biologicamente as alterações alimentares da gestante. Dessa maneira, é destacado que a mulher, durante o período gestacional, apresenta uma demanda nutricional elevada, quando comparada àquela em estado não gravídico. A necessidade de aumento na ingestão alimentar, no entanto, varia de acordo com o estado nutricional pré-gravídico e com as estruturas corporais da mulher. A carência de determinados nutrientes pode ocasionar agravos à saúde da mulher e do concepto (SAUNDERS; NEVES; ACCIOLY, 2009).

Por outro lado, a ingestão de alimentos em excesso pode ocasionar outras complicações, como veremos a seguir. Vale ponderar, neste momento, que tais alterações relacionam-se com o comportamento alimentar da gestante e, assim, às influências culturais que circundam o período gestacional.

Ainda, sob a ótica biomédica, a alta prevalência de anemia ferropriva na gestação é decorrente do elevado número de mulheres que já iniciam a gestação com deficiência de ferro associada ao alto requerimento durante a gestação. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009), levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), 29,9% das mulheres em idade fértil apresentam quadro de anemia e 12,3% deficiência de vitamina A. A mulher em idade fértil é considerada grupo de risco para deficiência de ferro, em função da perda menstrual e da ingestão insuficiente desse nutriente por diversos motivos, desde os de ordem econômica até a cultural (VITOLLO, 2008).

A suplementação de ferro como medida profilática durante a gestação apresenta baixa eficácia, principalmente nas gestantes com maior risco, porque, quanto maior a dosagem de ferro no medicamento, maior o índice de efeitos colaterais e o abandono do tratamento antes do período ideal. Ressalta-se que a suplementação de ferro nos alimentos apresenta maior eficácia e menor índice de efeitos colaterais. No Brasil, as farinhas de milho e trigo são fortificadas com ferro desde o ano de 2004, como uma tentativa de prevenção da anemia. Os alimentos que fornecem ferro podem ser introduzidos na dieta alimentar; no entanto, como discutido anteriormente, essa prática deve ser analisada em conjunto, observando também os aspectos sociais e culturais da gestante (VITOLLO, 2008).

O panorama alarmante de deficiências nutricionais, principalmente de ferro e vitamina A, durante a gestação não é novidade nos países em desenvolvimento e, apesar das mobilizações de órgãos governamentais e não governamentais, as carências nutricionais permanecem como tópico importante a ser discutido, no que se refere à Saúde da Mulher (BRASIL, 2009). Além disso, as pesquisas limitam-se, na maioria dos casos, a mensurar a carência específica de determinados nutrientes e, à medida que as causas são definidas como consequências da dinâmica social, conclui-se que o quadro nutricional geral das populações estudadas está deliberadamente precário.

Por outro lado, estudos evidenciam que o excesso de peso pré-gestacional e o ganho excessivo de peso durante a gestação estão relacionados a um maior risco de complicações na gestação e no parto. A gestante terá chances aumentadas de apresentar hemorragia (SELIGMAN et al, 2006), desenvolver distúrbios hipertensivos e diabetes gestacional (NUCCI et al, 2001). As principais alterações que podem atingir o bebê, no caso de peso materno aumentado, são a macrosomia fetal, as malformações congênitas, principalmente do tubo neural, e a morte fetal (VALLE; DURCE; FERREIRA, 2008; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2005). Tal alteração no estado nutricional da mulher pode ser analisada em conjunto com a transição nutricional no Brasil. Como já mencionado, a mudança no padrão alimentar do brasileiro vem ocasionando o aumento das doenças crônicas. Assim, o estado nutricional e as práticas alimentares anteriores à gestação também interferem nos riscos que predispõem a agravos durante a gestação.

No entanto, não podemos fechar os olhos para as normas instituídas nos discursos pré-natalistas com relação ao aumento de peso. Há uma ou duas décadas atrás, o aumento de peso gestacional considerado normal era entre 12 e 15 quilos. Anteriormente a esse período, a gestante que engordasse 20 quilos estava de acordo com as orientações definidas para um bom pré-natal. No atual momento que vivenciamos, a gestante aumenta, no máximo, de 6 a 9 quilos (MEYER, 2009). Este é um dos reflexos do imperativo da magreza e da valorização social da mulher ativa, que também influenciam no comportamento alimentar da gestante.

Mesmo com a interferência do aumento de peso na estética corporal e o conseqüente cuidado nutricional da mulher, Meyer (2009) pondera que ainda há, na sociedade contemporânea, a atribuição da mulher como responsável pela saúde do bebê, tanto no meio intrauterino quando no extrauterino. Assim, os cuidados que a gestante realiza, os quais, na maioria das vezes, são decorrentes de discursos biomédicos, direcionam-se para o bem-estar fetal. Em outras palavras, a adoção de comportamentos alimentares considerados “saudáveis” durante o período gestacional pode também estar relacionada ao bem-estar e manutenção de saúde materna, mas a justificativa concorda com a atribuição da função materna de proteger o feto.

Com relação às orientações alimentares às mulheres grávidas, Hernández e Arnáiz (2005) referem que, em todas as sociedades, os aspectos culturais são sempre valorizados. É comum ouvir, por exemplo, desde o início da gestação, que a mulher precisa “comer por dois” ou então que o marido precisa atender os desejos alimentares da gestante (também chamados de pica ou

malácia), para que o bebê não apresente marcas ao nascer e até mesmo deformidades corporais (HELMAN, 2003).

Helman (2003) lembra que as crenças alimentares na gestação possuem como objetivo principal a proteção da saúde da mulher e do bebê. No entanto, o próprio autor ressalta que nem todos os tabus e as restrições alimentares que cercam a mulher grávida podem ser explicados dessa forma, porque a vulnerabilidade não está relacionada apenas à condição fisiológica, mas também à ambiguidade social que se apresenta. Em outras palavras, 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 e não somente para a proteção e a prevenção de agravos a saúde (MONTICELLI, 1996).

2.3 Alimentação na ótica da Enfermagem Cultural

Estudos na área de Enfermagem que buscam conhecer e compreender a cultura de determinado grupo apoiam-se em pressupostos antropológicos. A teoria de enfermagem que subsidia pesquisas com enfoque cultural é a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger (1991). O propósito da teoria é “descobrir diversidades e universalidades do cuidado humano relacionadas com visão do mundo, estrutura social e outras dimensões e, então, descobrir maneiras de prover cuidado culturalmente congruente às pessoas de culturas diferentes, ou similares, de maneira a manter ou recuperar seu bem-estar, sua saúde ou enfrentar a morte de um modo culturalmente apropriado” (LEININGER, 1991, p.39).

Assim, a aplicação da teoria objetiva desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem, tendo em vista a possibilidade de ofertar um cuidado de qualidade às pessoas, de acordo com a sua cultura. O cuidado, de acordo com essa teoria, é universal porque, em todas as culturas, as pessoas cuidam umas das outras e, além disso, o cuidado é necessário para a própria sobrevivência humana. A diversidade do cuidado é reconhecida nas características de cada cultura, nos significados atribuídos à saúde, à doença e ao cuidado, singularizando a maneira de cuidar, para cada pessoa.

Para Leininger (1985), cultura se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas. Assim, aceita que o comportamento humano é desenhado continuamente pelas influências culturais. Cabe ao enfermeiro valorizar as características individuais de cada um e compreender a necessidade da aproximação do cuidado profissional às particularidades daquele realizado na rede familiar e popular.

Leininger (1995) destaca, em seus estudos culturais, a importância do enfermeiro atentar para o quadro nutricional das populações. Na perspectiva da Enfermagem Cultural, o alimento continua a ser essencial para o crescimento, a manutenção e recuperação da saúde e a sobrevivência humana. No entanto, os alimentos também são utilizados como poderosas ferramentas para estabelecer e manter relacionamentos entre as pessoas, além de proporcionar sensações de bem-estar físico e emocional. Leininger (1995) lembra, ainda, a função social e cultural do alimento, que muitas vezes é esquecida pelos profissionais de saúde porque a abordagem biológica da alimentação ainda é reforçada de maneira exclusiva, nos discursos e nas prescrições biomédicas.

Geralmente, a comida está relacionada a múltiplos símbolos e significados, em diferentes culturas. Esse conhecimento é de extrema importância no processo de formação dos enfermeiros e nas práticas de cuidado profissional, a fim de proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente aceitável nos diferentes cenários em que acontece. A relevância dos significados dos alimentos, seus usos e funções precisa ser enfatizada, para auxiliar o enfermeiro a compreender o papel da alimentação na manutenção do bem-estar das pessoas e ajudar na recuperação da saúde ou prevenir deficiências (LEININGER, 1995).

Uma vez que a cultura influencia as crenças e os usos dos alimentos na saúde e no bem-estar, os enfermeiros precisam entender os fatores significativos que podem interferir nas práticas de cuidado de saúde. Os enfermeiros têm um papel importante nas práticas alimentares, principalmente, no sentido de ajudar os clientes a manter o estado nutricional adequado. Leininger (1995) destaca, ainda, que o bem-estar diário e a adequação das necessidades nutricionais dos clientes na situação de doença dependem consideravelmente do conhecimento da enfermeira, sendo que a indicação de alimentos adequados é uma etapa essencial do cuidado de enfermagem.

O enfermeiro, como prestador de cuidados primários, está em posição privilegiada para ajudar o cliente e a sua família a manter ou restaurar a saúde por meio do uso de alimentos. Mas Leininger (1995) afirma que, para a eficácia desse processo, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre os diferentes significados atribuídos aos alimentos, os alimentos apreciados e os não apreciados e também conheça o contexto cultural em que os alimentos são preparados, servidos e ingeridos.

Leininger (1995) propôs sete funções e usos dos alimentos. Em *primeiro* lugar o alimento é usado de maneira universal como fornecedor de nutrientes essenciais e energia para a manutenção da saúde e sobrevivência. É o alimento que fornece a energia para o ser humano manter-se bem, crescer, trabalhar, comunicar-se com os outros e socializar-se. Existe considerável variabilidade entre as diferentes culturas em relação ao que se constitui alimento essencial, de acordo com as necessidades nutricionais básicas do grupo, em diferentes contextos. A forma como os alimentos são preparados e servidos pode influenciar o seu consumo. A enfermeira deve considerar esses fatores ao trabalhar com clientes de diferentes culturas, seja em casa, no hospital ou outros contextos.

A *segunda* função cultural dos alimentos é estabelecer e manter relações sociais e culturais com os amigos, a comunidade e até mesmo estranhos. Algumas amizades se iniciam durante uma refeição, quando há partilha do alimento, e os vínculos afetivos e profissionais são mantidos, em muitas situações, por meio da alimentação. O alimento como símbolo da união entre as pessoas é compartilhado em diversos contextos, na celebração de casamentos e até mesmo durante reuniões para alianças políticas entre as nações. Além disso, as refeições e os rituais que envolvem os alimentos podem ser uma forma de reduzir a tensão entre inimigos ou grupos rivais. Nos eventos sociais, os alimentos apresentam uma carga cultural relacionada ao prestígio e ao *status* social do grupo que oferece o alimento. Assim, a aquisição e a distribuição do alimento variam de acordo com o contexto em que os indivíduos vivem.

A *terceira* função dos alimentos envolve as relações de proximidade ou de distanciamento entre as pessoas. Os alimentos são muitas vezes utilizados para determinar o grau de amizade ou de desconfiança nos ambientes particulares, familiares ou de grupos. Cultural e universalmente, a utilização de alimentos muitas vezes reflete a estratificação social da sociedade e indica que as pessoas devem ser respeitadas de acordo com o cargo que ocupam, ou seja, aquelas que ocupam cargos de maior autoridade ou *status* alimentam-se de acordo com seu poder econômico, político

e social. Em determinadas sociedades, cuja estratificação de classes é marcante, como no sistema de castas na Índia, a cultura indica quais os alimentos são reservados para o consumo do grupo.

A *quarta* função universal e simbólica dos alimentos está relacionada com o enfrentamento do estresse emocional, os conflitos e os eventos traumáticos da vida. Em muitas culturas o alimento é usado para aliviar a ansiedade, as tensões e os conflitos interpessoais ou frustrações referentes ao trabalho, em casa ou outras situações. Nesse sentido, a ocorrência de transtornos alimentares reflete, muitas vezes, a desarmonia emocional dos indivíduos, como nos casos de bulimia, anorexia e obesidade. O comportamento alimentar, nos casos mencionados, é influenciado pela tentativa de reparar falhas no reconhecimento e superação de problemáticas emocionais.

A *quinta* função é a utilização dos alimentos como forma de premiação e/ou punição. Na maioria das culturas, em todo o mundo, existem normas e práticas alimentares em que adultos e crianças são recompensados ou punidos, de acordo com suas atitudes. São maneiras de atingir o indivíduo por meio de sanções positivas ou negativas representadas pelo alimento ou ausência deste. Os alimentos, assim, são usados para regular comportamentos humanos que podem ser aceitos, mantidos, amenizados ou extintos. Um exemplo é o caso das crianças norte-americanas que recebem como recompensa pelo bom comportamento doces e refrigerantes. Nesse mesmo exemplo, nos deparamos com a cultura dos pais moldando o comportamento da criança, ou seja, a recompensa (o alimento) e a atitude (o bom comportamento) convergem com o modelo esperado pelos pais.

A *sexta* função universal dos alimentos é a influência no *status* econômico e político de um indivíduo ou de um grupo. Os países que promovem o desenvolvimento agrário e incentivam a agricultura atingem bons resultados econômicos, possibilitando melhoria na qualidade de vida para os grupos produtores e para os consumidores. Econômica e culturalmente, a importação e a exportação de alimentos são fundamentais para o desenvolvimento dos países e, além disso, possibilitam a manutenção e a perpetuação de determinados alimentos e comportamentos alimentares mundiais.

A *sétima* função dos alimentos é avaliar, tratar e prevenir doenças. Antropólogos há muito tempo têm observado e estudado como os alimentos são usados como meio de diagnosticar, tratar e perceber as doenças, em diferentes culturas. Nesse sentido, compreende-se a necessidade do cuidado profissional aproximar-se do cuidado popular, para o reconhecimento das reais

necessidades dos clientes que procuram os serviços de saúde. Assim, o entrelaçamento de saberes possibilita a formação de vínculos entre a comunidade e o profissional da saúde, fortalecendo o cuidado cultural e facilitando os processos de reabilitação, cura e prevenção de doenças por meio da alimentação.

Para Leininger (1995), a compreensão das funções mencionadas anteriormente contribui para a qualidade do cuidado de enfermagem. Para o aconselhamento adequado e os cuidados realizados diretamente ao cliente, é importante que o enfermeiro penetre no “mundo alimentar” dos clientes e, assim, seja possível entender como eles veem e usam os alimentos. É necessário, ainda, que o enfermeiro esteja sensível aos interesses e às necessidades dos clientes, tornando eficaz o cuidado de enfermagem.

O conhecimento dos usos e das funções dos alimentos, aliado à sensibilidade do enfermeiro, tornam o cuidado de enfermagem flexível e de acordo com a realidade social e cultural do cliente. Para promover o bem-estar do cliente e de sua família, a recuperação da saúde e a manutenção diária das funções vitais, é imprescindível que o enfermeiro compreenda que “a cultura define o uso da comida, as funções e os seus benefícios ao longo do tempo e em diferentes lugares do mundo. O desafio do enfermeiro é descobrir essa realidade e usar os alimentos de forma congruente com as culturas” (LEININGER, 1995, p. 202).

3 CAMINHAR METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Ao resgatarmos a questão norteadora deste estudo (*Quais as influências culturais que interferem na alimentação de gestantes?*) percebemos a necessidade de trabalhar com a abordagem **qualitativa**. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2008), utiliza métodos que subsidiam investigações de grupos e segmentos delimitados e de histórias sociais sob a ótica dos atores, sendo indicada para a análise de discursos e de documentos. Além disso, o método qualitativo é aplicável ao “estudo da história, das relações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008).

De acordo com Arnaiz (2005), o método etnográfico é um meio útil para compreender os fenômenos sociais, pois o pesquisador, inserido no campo de estudo, tem acesso aos comportamentos cotidianos dos membros do grupo. A etnografia proporciona um caminho para examinar o conhecimento e o comportamento das pessoas, além disso, permite conhecer o modo como vivem e interpretam as suas experiências. No caso de estudos que abordam o comportamento alimentar, onde é imprescindível analisar o discurso verbal e as práticas alimentares, a etnografia apresenta-se como o método mais apropriado para elucidar prováveis discordâncias entre o dito e o praticado (ARNAIZ, 2005).

No campo investigativo de Enfermagem, a etnografia e a etnoenfermagem são os métodos de pesquisa mais utilizados para a obtenção de dados relacionados à cultura de um grupo (BARUFFI, 2004; MONTICELLI, 2003; BUDÓ, 1999). De acordo com Leininger (1985, p. 34), “estes métodos são formas poderosas de obter fatos, sentimentos, visões de mundo e outros tipos de dados que revelam o mundo real, verdades e modos de vida das pessoas”. Assim, para alcançar o objetivo proposto (*apreender as influências culturais envolvidas na alimentação durante o período gestacional*) foi utilizado o método da **etnoenfermagem**.

O termo “etnoenfermagem” foi desenvolvido por Leininger nos anos de 1980, com o intuito de auxiliar pesquisadores a estudar a teoria do Cuidado Cultural. O método tem como foco

a obtenção de dados a partir da documentação, da descrição e da interpretação da visão de mundo, dos símbolos, dos pensamentos, das experiências de vida dos informantes e de como esses fatores influenciam potencialmente o cuidado de enfermagem (LEININGER, 2006). A etnoenfermagem é indicada para estudos que visam investigar práticas relacionadas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida e às outras áreas que envolvem o fenômeno do cuidado cultural (LEININGER, 2006).

3.2 O cenário da pesquisa

O cenário de pesquisa foi a região norte de Santa Maria, sendo o local principal para a coleta de dados o **consultório de enfermagem**, onde são realizadas as consultas de pré-natal, na Unidade Sanitária Kennedy (USK), e o **domicílio das gestantes**. A aproximação com o cenário de pesquisa teve início há quatro anos, durante a graduação em Enfermagem, no momento em que realizei aulas práticas na área de saúde da mulher. Dando seguimento, nas atividades de docência orientada, sob supervisão de minha orientadora, acompanhei acadêmicos do curso de Enfermagem nas consultas de enfermagem de pré-natal e nos grupos de gestantes.

A região norte de Santa Maria está organizada em 10 bairros (Vila Brasília, Vila Carolina, Vila Caturrita, Vila Salgado Filho, Vila Brenner, Vila Norte, Vila Nossa Senhora do Trabalho, Vila Vitória, Vila Itagiba e Vila Santa Terezinha), onde residem, de acordo com informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, aproximadamente 45.000 habitantes. Essa região está inserida na área urbana e apresenta uma série de problemas relacionados às desigualdades sociais. Além disso, a pobreza, a violência e o tráfico de drogas estão presentes de forma marcantes na realidade social dos moradores. Apesar de contar com outras unidades básicas de saúde, na região norte de Santa Maria, a USK é o serviço de referência em saúde. As gestantes participantes deste estudo eram moradoras dos Bairros Vila Carolina e Vila Salgado Filho.

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, desde 1993. O atendimento pré-natal em consultas de enfermagem é realizado por uma enfermeira docente do departamento de Enfermagem da referida universidade, durante todo o ano. Ao longo do período letivo, os grupos de aulas práticas, divididos

em quatro ou cinco acadêmicos, acompanham e realizam as atividades de consultas de enfermagem de pré-natal e puerpério, grupos de gestantes e visitas domiciliares, supervisionados pela docente-enfermeira.

O atendimento realizado na USK acontece de manhã, de tarde e de noite. As consultas de pré-natal, realizadas pela enfermeira docente, ocorrem às segundas e terças-feiras de manhã, das 8 às 12 horas. Esse atendimento é feito em consultório de enfermagem próprio, com espaço físico adequado para a disposição dos materiais e equipamentos e também para a mobilidade das gestantes, profissionais e acadêmicos de Enfermagem que desenvolvem suas atividades.

3.3 Caracterização dos sujeitos da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão

De acordo com informações obtidas na USK, foram cadastradas 50 gestantes entre os meses de janeiro e outubro de 2009 no atendimento pré-natal realizado pela enfermeira docente. Vale reforçar que a enfermeira docente é a responsável pela realização de todas as consultas de enfermagem de pré-natal na USK. As gestantes realizam o pré-natal por meio de consultas com o médico da unidade e com a enfermeira docente, procurando agendar cada consulta com 15 dias de intervalo.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM, foi realizado contato com o coordenador da unidade de saúde e analisada a agenda de consultas de pré-natal com a enfermeira docente. Com base nessas informações, combinou-se fazer o contato com as gestantes no período precedente à consulta, na própria unidade de saúde. A enfermeira docente fez a apresentação da pesquisadora às gestantes.

Como critérios de inclusão foram definidos: ter idade superior a 18 anos; estar realizando o pré-natal com a enfermeira docente na unidade de saúde entre os meses de março e maio de 2010 (isso facilitaria a apresentação da pesquisadora às gestantes e o desenvolvimento do processo de confiança, uma vez que seriam intermediadas pela enfermeira do pré-natal); estar no primeiro ou segundo trimestre gestacional (para que a coleta de dados não fosse interrompida pelo momento do parto). O critério de exclusão relacionou-se às gestantes que realizavam consultas de pré-natal exclusivamente com o médico da unidade de saúde, uma vez que este estudo contempla o cuidado de Enfermagem na atenção pré-natal.

A pesquisa qualitativa apresenta a característica de não delimitar previamente o número de sujeitos, mas de prever o número aproximado de contatos com os sujeitos que possam participar da pesquisa. É a saturação dos dados obtidos no processo de coleta de dados que direciona a necessidade de abranger maior número de sujeitos ou de limitá-los. Leininger (2006) refere que a saturação é a evidência de se ter obtido tudo o que pode ser conhecido ou compreendido por um fenômeno sob estudo.

Nessa linha de pensamento, definiu-se o número de sujeitos em três gestantes. A apresentação detalhada de cada participante é explicitada no capítulo “Resultados e discussão”. Pelo fato de ser uma pesquisa cultural, identificamos a história de cada participante como uma tradução parcial de suas crenças, desejos e expectativas, o que se torna de extrema relevância para a discussão dos resultados.

É válido clarificar que a pesquisadora, ao entrar no campo, teve contato com outras gestantes, além das participantes dessa pesquisa. A aproximação ocorreu nos intervalos entre uma consulta de pré-natal e outra, além disso, durante a coleta de dados, no convívio diário na USK e durante os grupos de gestantes. Esses momentos contribuíram para a compreensão da cultura das participantes, tendo em vista que as gestantes assistidas na USK vivem em um contexto muito próximo, social e geograficamente.

3.4 Procedimentos de coleta e registro dos dados

O estudo foi desenvolvido com base na proposta de etnoenfermagem de Leininger (2006), sendo que o período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2010, durante as consultas de enfermagem, os grupos de gestantes desenvolvidos pela enfermeira docente e as visitas domiciliares, agendadas previamente com as gestantes.

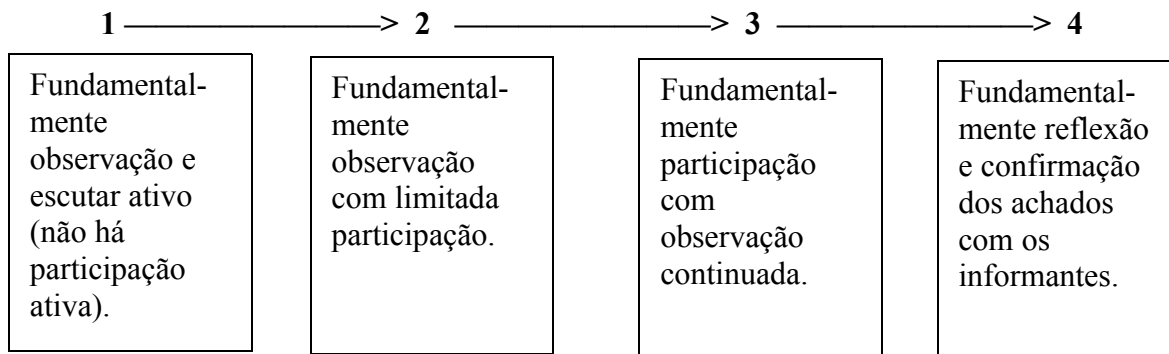
Leininger, para consolidar o método da etnoenfermagem, desenvolveu o termo “guias habilitadores”, usado para substituir o termo “instrumento”, porque, segundo ela, instrumento lembra impessoalidade, experimentação e outros métodos quantitativos. Os guias habilitadores são congruentes com a pesquisa qualitativa e indicados para explicar o cuidado cultural. Nessa direção, foi utilizado o modelo **Observação-Participação-Reflexão (O-P-R)**, que consiste em

um guia habilitador (Leininger, 2006) 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 natural de seus informantes.

A seguir, a FIGURA 1 apresenta as quatro fases do modelo O-P-R.

FIGURA 1.

FASES



(LEININGER, 2006, p. 52)

3.4.1 A observação participante

Na *primeira fase* da observação, o pesquisador enfoca a atividade de fazer as observações próximas e/ou distantes. Aqui, é importante observar e ouvir os sujeitos, obtendo uma visão ampla para detalhar as observações, o contexto cultural. É essencial fazer observações detalhadas e documentadas antes de interagir com os sujeitos, de modo a não influenciar a situação (LEININGER, 1985 b).

As observações iniciais aconteceram durante as consultas de enfermagem. Nessa etapa foi observado detalhadamente o contexto em que ocorreram os eventos, o comportamento das gestantes, os traços de personalidade, os modos de interação verbal e não verbal e demais aspectos relevantes para a descrição e o reconhecimento dos sujeitos de pesquisa. Para tanto, foi utilizado um roteiro de observação sistematizada (APÊNDICE A). Além desse guia, a observação não sistematizada foi utilizada para pontuar aspectos gerais da vida das gestantes, de acordo com os objetivos desta pesquisa. No momento da observação foram tomadas notas de campo. Após

realizar as observações no consultório de enfermagem, distanciava-me do cenário e transferia as informações para o diário de campo; da mesma maneira, inseria dados complementares provenientes das observações.

Nesse primeiro momento pude conhecer a história obstétrica de cada gestante, as percepções com relação à gestação, as características de personalidade, os movimentos corporais e os olhares durante as consultas de enfermagem. Apesar das observações serem, nesta fase, prioritariamente, não participantes, as conversas informais proporcionaram um contato mais estreito com as gestantes.

Na *segunda fase*, a observação continua como foco mais importante, no entanto o pesquisador começa a interagir com os sujeitos e observa suas respostas (LEININGER, 1985 b). Rosa et al. (2003, p. 18) referem que “alguns informantes são acompanhados em suas atividades, de modo que o pesquisador permaneça mais tempo com cada participante, possibilitando uma aproximação maior e uma observação detalhada”; podem se iniciar, também, as conversas informais, de modo a perceber, identificar e buscar compreender como exercem suas ações e tomadas de decisões.

O campo de aproximação com os sujeitos permaneceu o consultório de enfermagem da Unidade Sanitária Kennedy, e as observações, além de serem realizadas durante as consultas de enfermagem, ocorreram no grupo de gestantes. O grupo de gestantes é organizado pela enfermeira responsável pelo pré-natal e os acadêmicos de enfermagem e de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e ocorre mensalmente. Participei de três encontros, cujas temáticas centrais foram: cuidados durante a gestação, aleitamento materno e cuidados durante o puerpério e com o recém-nascido. Além de serem discutidos os temas propostos, as gestantes mencionavam outros assuntos de interesse comum. Vale ressaltar que as três gestantes participantes deste estudo estiveram presentes em todos os encontros promovidos. O que diferencia a segunda fase de coleta de dados da primeira é a maior participação da pesquisadora, com o uso de interações verbais, no decorrer dos acontecimentos.

A imersão no campo, nesta etapa, conduziu-me a detectar nas falas das gestantes conexões entre a gestação e a alimentação. Os aspectos nutricionais foram lembrados em todas as consultas realizadas pela enfermeira, e as gestantes, em muitos momentos, queixavam-se da exarcebação dos sintomas digestivos (como a presença de náuseas, azia e constipação). Apesar do aconselhamento nutricional individualizado, algumas gestantes referiam dificuldades em

adequar-se às orientações (por exemplo: diminuir o intervalo entre uma refeição e outra, ingerir menor quantidade de alimentos em cada refeição e mastigar melhor os alimentos). Entre uma observação e outra, eu interagía com as gestantes, questionando as práticas alimentares no domicílio – visando à construção do instrumento para a entrevista semiestruturada.

Vale lembrar que o roteiro de observação sistematizada utilizado na primeira fase (APÊNDICE A) foi descartado para a segunda etapa, porque as interações se intensificaram e as observações forma não sistematizadas. O registro das observações e das interações foi esboçado no formato de notas de campo e, posteriormente, transcrito para o diário de campo. As notas de campo são anotações rápidas realizadas no próprio cenário da pesquisa, sendo destacadas frases, palavras, sentimentos expressos, olhares, gestos que as gestantes apresentaram no decorrer das observações da pesquisadora.

Na *terceira fase*, “o pesquisador torna-se um participante mais ativo, e a observação tende a diminuir porque é difícil observar com frequência todos os aspectos que estão ocorrendo enquanto se participa das atividades dos informantes” (LEININGER, 1985). Este envolvimento entre pesquisador e informantes possibilita apreender as visões de mundo, sentimentos e vivências dos sujeitos. Para Rosa et al. (2003, p. 18), “a participação direta associada à continuidade da observação, favorece a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas dos informantes, além de fortalecer os vínculos e a relação de confiança”.

Esta etapa aconteceu no domicílio das gestantes, de acordo com horário agendado pelas mesmas. Após as duas primeiras etapas, a inserção no ambiente doméstico ocorreu de maneira acolhedora. Neste momento, houve o confronto entre os discursos presentes no consultório e a realidade social das gestantes. Foi utilizado um novo roteiro de observação (APÊNDICE B) e o registro de anotações foi realizado no diário de campo após o término das observações. Neste momento, o foco das observações foram o domicílio e o cenário social em que a gestante vivia, tendo-se o cuidado de serem observados o ambiente culinário e as representações atribuídas ao alimento e ao ato de comer. Como já mencionado, a participação torna-se mais ativa, e, assim, além da realização de uma entrevista semiestruturada, as interações com a gestante viabilizaram a construção conjunta de saberes com relação ao comportamento alimentar.

Apesar de uma das gestantes morar no bairro Carolina, todas identificavam o seu bairro como Salgado Filho, demonstrando um *status* valorizado socialmente para os moradores da região norte de Santa Maria. Na zona norte de Santa Maria, a maior parte das ruas não é asfaltada

e os horários de ônibus são escassos (muitas vezes, na parada de ônibus, ouvi usuários reclamando sobre o descaso do transporte coletivo municipal em ofertar outros horários).

Dentre as dificuldades encontradas nesta etapa estava o acesso ao domicílio das gestantes. Adentrar a região, mesmo com um mapa para auxiliar na localização das ruas, parecia uma tarefa difícil. A alternativa utilizada foi obter ajuda com outros moradores. Além das ruas serem estreitas e bifurcarem-se diversas vezes, os números das casas não seguiam uma ordem lógica e, sem ajuda dos moradores ou pontos de referência, eu jamais teria encontrado as participantes do estudo. Após a primeira visita às gestantes, eu já sabia como encontrá-las novamente e assim ocorreram os demais encontros.

De acordo com a programação esperada, pude realizar as visitas domiciliares e obter informações com relação à alimentação. Associados às entrevistas, analisei os registros obtidos por meio das observações, ou seja, a organização dos cômodos no domicílio, a conformação dos utensílios domésticos, o armazenamento dos alimentos e, algumas vezes, o preparo dos alimentos. Destaco que a presença de outros membros da família foi essencial para respaldar alguns resultados.

A presença dos membros da família das gestantes, durante as observações, principalmente no cenário doméstico, contribuiu na identificação das relações existentes, principalmente entre as gestantes que moram com a sogra e o cunhado, nos casos de Maria e Vanessa. A influência dos familiares na alimentação da gestante foi confirmada nos momentos em que a sogra sentia-se à vontade para sugerir algum prato para o almoço ou quando discutiam alguma receita culinária. Na casa de Luiza todas as visitas ocorreram no período da manhã e a presença do filho menor demarcava a preocupação em mante-lo próximo afetivamente. Para Luiza, o almoço era o momento de acolher a família, portanto, algumas vezes, era importante reunir todos os membros, mesmo que para isso fosse preciso faltar a escola.

Na *quarta fase*, foram realizadas observações reflexivas, o que “significa ‘olhar para trás’ e analisar o que aconteceu e recapturar a situação e o processo total do que aconteceu”, avaliando as informações encontradas (LEININGER, 1985 b, p. 53). Embora a ênfase na reflexão ocorra na fase final do estudo, ela começa, de certa forma, com o início do estudo. Além disso, nesta fase ocorreu a confirmação dos achados, ou seja, houve resgate dos registros (observações e entrevistas) e a verificação de alguns aspectos relacionados à alimentação que poderiam ser melhor elucidados. Tais lacunas puderam ser preenchidas com novas incursões ao campo,

especificamente no consultório de enfermagem, por meio do diálogo com as gestantes nos momentos após as consultas de pré-natal. Vale ressaltar que essa etapa foi realizada de acordo com a disponibilidade das gestantes e conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

O diário de campo, conforme a abordagem etnográfica de pesquisa, foi utilizado para o registro das observações. De um modo geral, a descrição da realidade tem início com as anotações feitas em campo. Essa produção é fortemente influenciada pela percepção e pela apresentação seletiva do pesquisador. Somente a anotação consegue revelar uma ocorrência transitória, tornando-a um evento para o qual o pesquisador possa voltar a sua atenção em um momento posterior. Assim, passa a ser possível que suas opiniões subjetivas sejam incluídas nos dados, tornando-se acessíveis à análise (FLICK, 2009).

Spradley (1980) sugere quatro formas de notas de campo para documentação: relatos esquematizados por meio de palavras ou frases isoladas e citações extraídas de conversas; relato das impressões das entrevistas e dos contatos de campo; um protocolo que contenha experiências, ideias, erros, avanços e problemas que surjam durante o trabalho de campo; e algumas notas sobre análises e interpretações, com início após os contatos de campo, estendendo-se até a conclusão do estudo. Com esse embasamento teórico, pude utilizar na prática etnográfica as notas de campo, reforçando, por meio da escrita, palavras e frases relevantes citadas pelas gestantes. Além disso, foi imprescindível registrar a presença de outros familiares, as opiniões e percepções das gestantes expressas pela fala, pelos gestos e pelos olhares. A interpretação da pesquisadora teve início nas próprias anotações, pontuando de maneira criativa o encontro entre a fala das gestantes e as ideias sobre cultura e alimentação.

O diário de campo, como método de documentação, valoriza o processo de abordagem de um campo e com os entrevistados, e a aplicação dos métodos. Além disso, possibilita o registro das perspectivas do pesquisador (FLICK, 2009). O diário de campo foi utilizado durante todas as etapas da coleta e análise de dados.

3.4.2 A Entrevista

A partir da terceira etapa do período de observação, foi utilizada a entrevista. A entrevista foi escolhida como técnica de coleta de dados, porque permite tratar de assuntos pessoais e possibilita aprofundar pontos levantados na observação, admitindo correções, esclarecimentos e a garantia de maior segurança e fidedignidade na coleta dos dados (LEININGER, 1985 b). Na etnoenfermagem, o pesquisador pode aproximar ideias sobre o comportamento ou respostas obtidas nas observações. Assim, “estruturar questões da entrevista ou domínios de tópico ajuda o entrevistado a saber de onde o entrevistador vem ou a situação contextual e seus significados explícitos ou implícitos” (LEININGER, 1985 b, p. 55).

A entrevista semiestruturada, além de valorizar a presença do investigador, oferece liberdade e espontaneidade ao informante, enriquecendo a investigação. Cabe ressaltar que a utilização dessa técnica contou com um roteiro previamente definido (APÊNDICE C), o qual serviu como fio condutor para que o pesquisador não se distanciasse do foco do estudo. Dessa forma, o roteiro permitiu a flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor (MINAYO, 2008).

Tendo em vista a primeira e a segunda etapas de observação e após a realização da primeira entrevista, tornou-se necessário esboçar um roteiro de entrevista específico para cada gestante. A partir do contexto social e cultural que as mesmas expressaram, identificamos os principais tópicos a serem trabalhados nas outras entrevistas. Foram agendadas três entrevistas com cada participante, no entanto, com uma das gestantes (Luiza) ocorreram apenas dois encontros, pois foi o suficiente para elucidação dos questionamentos.

As entrevistas ocorreram no domicílio das participantes e foram agendadas previamente, de acordo com conveniência das mesmas. Foi utilizado gravador digital para gravação das conversas, com autorização das informantes.

3.5 Organização e Análise dos Dados

Leininger (2006) propõe a análise das informações em quatro fases, ou seja: I) a coleta e documentação dos dados brutos; II) a identificação de descritores e componentes; III) a análise contextual e de padrão; IV) a identificação dos temas, achados relevantes e formulações teóricas.

É importante sublinhar que o processo de análise das informações ocorreu no transcurso da pesquisa, imbricado à etapa de coleta, num movimento crescente de complexidade. No decorrer das diversas fases, emergiram novas dimensões do conhecimento, dando origem a questionamentos que promoveram a expansão das informações encontradas. Ou seja, foi possível a flexibilidade de resgatar pontos pouco mencionados pelas informantes, mas de grande relevância para a pesquisa.

A seguir, as quatro fases realizadas de acordo com orientações de Leininger (2006):

- A primeira fase constitui-se da coleta, registro e organização das informações. Estas foram obtidas a partir das observações. 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 posteriormente. A leitura desses relatórios foi um passo importante para o esclarecimento de pontos que foram clarificados nas próximas etapas da coleta de dados. Temos como exemplo a menção do aumento de peso pelas gestantes desde o início das observações, no entanto, este assunto foi resgatado em outro momento para uma discussão mais aprofundada.

É importante clarificar que na primeira fase a pesquisadora registrou não apenas ocorrências relativas a alimentação das gestantes, mas também, de maneira detalhada, a vida e o cotidiano das gestantes. A narrativa minuciosa, presente nos relatórios produzidos, é uma característica própria da pesquisa etnográfica. Geertz (1989) identifica esse padrão etnográfico como uma descrição densa, que detalha os pormenores do cotidiano do grupo estudado e encontra semelhanças e diferenças entre as práticas e os saberes, de acordo com as situações vividas e/ou relatadas pelo grupo. Nem sempre o que é dito é o praticado, nem sempre o que é praticado condiz com o que é interpretado, mas são os membros pertencentes ao grupo estudado que melhor expressam as suas vivências e percepções.

- Na segunda fase teve início a organização dos temas. Os temas são compostos por um conjunto de informações relacionadas a um mesmo assunto. Por exemplo, nesta pesquisa, as gestantes mencionaram os saberes e as práticas alimentares como um importante tópico que

determina o seu comportamento alimentar. Nesse tema identificamos uma série de outros tópicos que estão interrelacionados: a função feminina no ambiente doméstico, as receitas culinárias, o preparo dos alimentos, a influência da família nas práticas alimentares, entre outros.

A construção dos temas esteve alicerçada às informações encontradas nas observações (fase I e II da coleta de dados). A identificação de semelhanças e diferenças no material produzido conduziu a classificação temática. É relevante elucidar que a organização dos temas subsidiou a elaboração dos roteiros de entrevista, presente na terceira fase de coleta de dados. Tendo em vista a vertente etnográfica que orienta a descrição minuciosa das observações, consideramos adequado a construção de entrevistas semi-estruturadas individuais, respeitando a singularidade de cada gestante (preservando as características próprias, os valores e a história pessoal, já descobertas, em parte, nas observações participantes).

- A terceira fase caracterizou-se pela análise dos dados obtidos por meio das observações ocorridas no grupo de gestantes e no domicílio das gestantes, além das entrevistas. Em outras palavras, nesta etapa foram inseridas aos temas as informações obtidas nas entrevistas e nas observações participantes ocorridas no domicílio das gestantes e no grupo de gestantes.

Os dados gerados a partir das entrevistas foram organizados de acordo com os temas. A seguir, foram examinados detalhadamente, tendo como objetivo a clarificação dos padrões de comportamento e dos significados do contexto. Neste momento, os temas e seus componentes foram discutidos e compuseram as categorias. As categorias podem ser identificadas como a organização dos dados encontrados, representam o lapidamento dos temas e orientam a discussão dos resultados do estudo.

- Na quarta fase houve a releitura do material categorizado. Essa etapa foi a mais complexa da análise das informações, pois exigiu uma síntese do pensamento e uma análise criativa das informações trabalhadas nas etapas anteriores. Neste momento, houve reflexão crítica sobre as informações encontradas e sobre os achados da literatura, além disso, as formulações teóricas e as recomendações para os profissionais da área de Enfermagem emergiram no processo de interpretação e discussão da pesquisadora.

Vale ressaltar que o diário de campo e as entrevistas transcritas estiveram presentes em todos os momentos da análise, reforçando a importância da descrição densa no trabalho etnográfico.

3.6 Aspectos éticos

As gestantes receberam informação clara e acessível acerca da pesquisa e, após explanação verbal dos objetivos e da justificativa da pesquisa, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Além disso, receberam uma cópia do mesmo, assinado pela pesquisadora, contendo informações com relação à pesquisa, o endereço e o telefone da pesquisadora, bem como o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Em relação ao anonimato das participantes, foram preservadas suas identidades utilizando-se nomes próprios que as mesmas escolheram aleatoriamente de uma lista com 10 nomes (Ana, Alice, Beatriz, Bianca, Fernanda, Juliana, Luiza, Maria, Vanessa, Úrsula). Vale ressaltar que os nomes listados não corresponderam aos nomes verdadeiros de nenhuma das participantes.

A guarda e a responsabilidade do material obtido nas observações, bem como as gravações e as transcrições das entrevistas estão sob os cuidados da pesquisadora Carolina Frescura Junges, em sua residência na cidade de Florianópolis – SC. De acordo com o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E), o referido material será eliminado após 5 anos por meio da destruição dos registros (o diário de campo e as transcrições impressas das entrevistas) e da exclusão dos arquivos digitais obtidos durante a realização das entrevistas.

O benefício do estudo contemplou o conhecimento dos aspectos culturais acerca do tema, podendo contribuir para a assistência às gestantes nos serviços de saúde. A apropriação desse conhecimento poderá nortear atividades educativas em saúde no cuidado à gestante, beneficiando, além dos sujeitos da pesquisa, outras gestantes e os profissionais enfermeiros, considerando o reconhecimento dos fatores que influenciam suas atividades educativas e assistenciais. Além disso, as gestantes foram beneficiadas pelo cuidado de enfermagem realizado pela pesquisadora, ao longo das fases de coleta de dados. Os riscos que poderiam ocorrer às gestantes, relacionados à mobilidade emocional, não estiveram presentes no decorrer da pesquisa.

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (Carta de aprovação ANEXO A), sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº: 0287.0.243.000-09.

Ressalta-se que esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), referente à pesquisa com seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados encontrados e a submissão dos mesmos a análise e a discussão baseadas, principalmente, em autores da área da antropologia e enfermagem.

As participantes deste estudo serão apresentadas em um primeiro momento, sendo pontuadas as principais características, traços de personalidade, local onde vivem e eventos relevantes de suas vidas que estejam associados às suas práticas alimentares. A seguir, serão delineadas as categorias depreendidas do estudo: “dos saberes aos sabores: as práticas alimentares das gestantes”; “entre desejos e possibilidades: as adaptações alimentares durante o período gestacional”; e “o aumento de peso gestacional: um olhar sobre a doença, um olhar sobre a vaidade”.

4.1 As gestantes do estudo

A seguir apresentamos as gestantes deste estudo e o cenário em que vivem.

Maria

Maria tinha 21 anos, era natural de Santa Maria e morava no bairro Salgado Filho havia quatro anos. Antes desse período morava na Vila Brasília, também na zona norte de Santa Maria, com a mãe, o pai e as irmãs. Maria era casada, sua religião era o catolicismo. E sua escolaridade era o Ensino Médio incompleto. Suas atividades estavam relacionadas, principalmente, ao trabalho como dona de casa e o marido trabalhava como servente de azulejista. A renda mensal abrangia dois salários mínimos, provenientes do trabalho do marido.

As pessoas do convívio social e familiar eram as quatro irmãs (com idades de 11, 28, 30 e 32 anos) e os seus pais. As pessoas que dividiam o domicílio com a gestante eram: o marido (24 anos) e o filho (1 ano e 6 meses) – sogra (50 anos) e cunhado (07 anos) que moravam na casa ao lado.

Maria estava vivenciando a segunda gestação. Iniciou o pré-natal com 12 semanas e foi incluída nesta pesquisa quando estava na 24ª semana de gestação. O primeiro parto foi cesário e havia ocorrido há 18 meses. A data provável de parto marcada no cartão de gestante correspondia a 30/06/2010.

A gestação de Maria foi detectada no consultório médico pela ausculta dos batimentos cardíofetais. Maria contou que havia começado a sentir dores nos seios quando amamentava o seu filho de um ano e seis meses, e não desconfiava que estivesse grávida, pois tomava o anticoncepcional de acordo com a prescrição. No entanto, três meses antes de descobrir a gestação, Maria tomou antibióticos para tratar uma infecção urinária. Sem ter conhecimento sobre a anulação dos efeitos contraceptivos, não usou outras medidas para prevenir uma gestação. Referiu que, no primeiro momento, ficou assustada ao ouvir os batimentos cardíacos que confirmaram a suspeita médica.

O processo de desmame foi um momento difícil, bem como contar para a família que estava grávida novamente. Após informar sobre a gestação, Maria foi acolhida pela família e todos ficaram felizes em receber mais um membro.

O maior receio de Maria era com relação à sua saúde e do bebê, pois na primeira gestação precisou ficar internada no hospital devido a contrações fortes que poderiam induzir a um trabalho de parto prematuro. Seu primeiro filho nasceu com 3.900 gramas. Maria atribuiu essa medida aos três meses (último trimestre gestacional) em que esteve internada, se alimentando com a dieta hospitalar “*eu comia direitinho, nos horários certos e tinha de tudo*”.

Na primeira vez que estive em sua casa fui surpreendida pelo número de cães que a família possuía. Eram cinco no total, sendo que dois deles pareciam agressivos e estavam sempre amarrados pela coleira. Além desses animais de estimação, possuíam peixes em um aquário que ficava na sala/cozinha. Dentro de casa, chamou-me a atenção o número de aparelhos de televisão: eram dois (um no quarto e o outro na sala/cozinha). Assistir aos programas de televisão era o lazer da família. Maria contava que à tarde, após o almoço, deitava-se com o filho para assistir televisão e dormir um pouco, pois sentia sonolência nesse período, relacionando esse sintoma à gestação.

O espaço doméstico era bastante restrito, sendo a cozinha o local em que Maria recebia as visitas. Sentávamos à mesa da cozinha para conversar – o que sinalizo como uma vantagem para

meu olhar de pesquisadora, pois pude detectar muitos elementos ímpares, como as panelas, a louça, os alimentos, os armários, e observar o preparo de alimentos.

Durante as visitas no domicílio, recordo dos muitos sons que infiltravam a nossa conversa e, por vezes, dificultaram a transcrição das entrevistas, principalmente o som do trem – que é uma presença constante na vida dos moradores da zona norte de Santa Maria. Outro som interessante foi o chamado do leiteiro (profissão que eu, inclusive, imaginava estar extinta no meio urbano). Maria disse-me que preferia o leite trazido em casa porque era mais barato, e tanto ela quanto o seu filho precisavam ingerir leite todos os dias.

Ao lembrar a infância, Maria relatou a presença constante da anemia, e também durante as duas gestações. O sulfato ferroso foi utilizado por muito tempo. O cuidado atual para prevenir nova ocorrência se restringia ao consumo, em poucas ocasiões, de beterraba e bife de fígado, além do suplemento vitamínico que o médico prescrevera pelo fato de estar grávida.

Vanessa

Vanessa tinha 21 anos, era natural de Santa Maria e morava no bairro Salgado Filho havia três anos; antes desse período morava com a mãe e irmãos no Bairro Carolina, também localizado na zona norte de Santa Maria. Vanessa era casada, sua religião era o umbandismo, sua escolaridade era o Ensino Fundamental incompleto. Suas atividades relacionavam-se ao trabalho como dona de casa e o marido trabalhava como auxiliar de pedreiro. A renda mensal abrangia dois salários mínimos, provenientes do trabalho do marido.

As pessoas do convívio social e familiar eram três irmãos mais novos (duas meninas e um menino). As pessoas que dividiam o domicílio com a gestante eram: o marido (21 anos), a sogra (45 anos) e o cunhado (32 anos) que moravam na casa ao lado.

Vanessa estava vivenciando a primeira gestação. A idade gestacional em que iniciou o pré-natal foi 10 semanas. No início da pesquisa, Vanessa estava com 27 semanas. A data provável de parto marcada no cartão de gestante correspondia a 03/07/2010.

Vanessa apresentava aparente sobrepeso. Característica que, de acordo com a mesma não estava relacionado com a gestação, pois, desde que fora morar com o marido e a sogra, tinha mudado os hábitos alimentares e começado a ingerir gordura “*além do recomendado*”.

Conheci Vanessa no dia 22 de fevereiro, no momento em que aguardava a consulta de pré-natal. Conversamos informalmente sobre a experiência de gestar e, posteriormente, convidei-

a para participar da pesquisa (que teria início no mês de março) – convite que aceitou bastante motivada. Neste mesmo dia, Vanessa falou-me sobre a sua mãe e as pessoas com quem morava.

Morava com o marido, mas também dividia a casa com a sogra e o cunhado – eram cinco cômodos (duas cozinhas, dois quartos e um banheiro). Apesar de a sogra ter-lhe ensinado a cozinhar, Vanessa contou-me que a necessidade de preparar os seus pratos e armazenar os seus alimentos fez com que erguessem uma nova parede para dividir as cozinhas. Referiu a existência de hábitos alimentares diferentes dos de sua família, na família do seu marido, por exemplo, o consumo reduzido de verduras.

Era uma casa com assoalho de chão batido, as paredes de madeira, uma janela para cada cômodo, exceto o banheiro, que não possuía nenhuma. A varanda estava localizada entre a casa da vizinha (que possuía a porta para a rua) e a casa de Vanessa. Nessa varanda fui recebida durante as visitas para a coleta de dados. Sentávamos em bancos pequenos de madeira e, após ligar o gravador, falávamos sobre muitos assuntos relacionados ao seu dia a dia, sobre a gestação e a alimentação. Nem víamos o tempo passar, mesmo com a interrupção dos cães do vizinho ou quando um e outro morador passava e nos cumprimentava. As casas nessa região do bairro são um tanto amontoadas, uma atrás da outra, formando um grande contingente de pessoas que parecem ter muito em comum. Os homens geralmente acordam muito cedo e trabalham o dia todo, levam a marmita preparada pela esposa para almoçar no serviço e voltam muito tarde, mas ainda têm tempo de jantar ao lado da família e assistir um pouco de televisão. As mulheres trabalham em casa, preparando as refeições, buscando conforto umas com as outras, indo aos mercados ou à casa da mãe, da sogra e de outros familiares que moram no mesmo bairro ou outro muito próximo.

Apesar da timidez e das poucas palavras no consultório de enfermagem, no seu domicílio, na intimidade do seu lar, Vanessa falava bastante, gesticulava e fazia questão de mostrar os exames que tinha feito, parecendo, por vezes, querer lembrar que eu era uma representante da área da saúde. E, quando o assunto expandiu-se para o enfoque da culinária, mostrou-me o livro de receitas que tinha confeccionado com ajuda da sogra, mas que pouca utilidade tinha, pois usara raras vezes.

Vanessa contou-me que, ao saber da gestação, ficou muito feliz, porque este era um desejo que há muito tempo sonhava. No posto de saúde, após saber a notícia, chorou de felicidade, mas ao retornar para casa ficou um tanto angustiada pelo motivo de ter que contar ao

marido e à sogra – e não saber como reagiriam. Disse-me que, num primeiro momento, ficaram sem palavras (“*foi um baque*”) e o marido tornou-se distante por alguns dias. Para Vanessa, parecia que ele não queria aceitar a gestação, mas após alguns dias estava muito feliz e carinhoso, querendo saber o sexo do bebê. Não conheci o marido de Vanessa, nem mesmo a sogra e o cunhado, mas ela descreveu-o como um homem muito trabalhador, companheiro e que ajudava no serviço doméstico nos finais de semana.

Mesmo com a condição financeira desfavorável, Vanessa mantinha uma boa quantidade de alimentos armazenados (que comprava uma vez por semana, quando o marido recebia o salário), além disso, possuía geladeira, fogão, cafeteira e móveis que organizavam o espaço da cozinha.

Os caminhos que Vanessa percorria no cotidiano eram aqueles até a casa da cunhada (onde almoçava diariamente), a casa da mãe (onde jantava ou almoçava nos finais de semana) e o mercado (que ficava a 100 metros de sua casa), além da Unidade de Saúde Kennedy. Poucas vezes ia até o centro da cidade e as suas relações sociais limitavam-se ao círculo familiar, restrito à zona norte da cidade.

Luiza

Luiza tinha 33 anos, era natural de Santa Maria e morava no bairro Salgado Filho desde que nasceu. Luiza vivia um segundo casamento, sua religião era o catolicismo, sua escolaridade era o Ensino Fundamental incompleto. Suas atividades correspondiam ao serviço doméstico e, no período noturno, trabalhava como balconista em uma padaria. O seu marido trabalhava no centro da cidade como comerciário. A renda mensal da família abrangia quatro salários mínimos, provenientes do trabalho de Luiza e do seu marido.

As pessoas que moravam com Luiza eram o marido e os dois filhos (um menino de 7 anos e uma menina de 15 anos). Luiza estava vivenciando a quarta gestação, sendo que todos os partos anteriores foram vaginais. Iniciou o pré-natal com idade gestacional de 9 semanas e foi incluída na pesquisa na 10^a semana gestacional. A data provável de parto marcada no cartão de gestante correspondia a 30/10/2010.

Os pais de Luiza faleceram quando ela ainda era criança e esse acontecimento deixou marcas em outras experiências de sua vida. Estudou e morou com uma de suas irmãs em um internato durante oito anos, enquanto os outros irmãos trabalhavam para mantê-las estudando. A

alimentação no internato era bastante “*regrada*” – principalmente com relação aos horários das refeições, a escolha e o preparo dos alimentos. No entanto, apesar de algumas dificuldades com adaptações alimentares, Luiza recordava que estar no internato afastava o fantasma da fome, que parecia constante no ambiente familiar. No momento em que saiu dessa escola, tinha 14 anos e conhecia muito pouco da vida aqui fora. Nesse período conturbado, aconteceu a primeira gestação de Luiza. De acordo com o relato, após saber da gestação o namorado não a procurou mais e ela teve que assumir a gestação sozinha. Após o nascimento do bebê, Luiza escolheu uma amiga mais velha para ser a madrinha dele, que, adotou o menino quando tinha 5 anos.

Anos mais tarde casou-se e teve outros dois filhos (a menina de 15 anos e o menino de 7). O fim do casamento havia ocorrido há, aproximadamente, cinco anos, e Luiza casou-se novamente havia dois anos. Estar vivenciando a quarta gestação foi considerado um momento de alegria para todos da família, pois a gestação foi planejada pelo casal e os demais filhos aguardavam ansiosamente pela chegada de mais um membro na família. Durante as visitas ao seu domicílio pude conhecer o filho mais novo, de 7 anos. Era uma criança extrovertida, que gostava de interagir, apesar de boa parte do tempo estar assistindo a televisão na sala (cômodo que também pertencia à cozinha, sendo limitado fisicamente apenas por um sofá de três lugares).

A casa onde moravam possuía quatro cômodos (dois quartos, um banheiro e uma área comum para a sala e a cozinha). A família possuía geladeira, fogão, máquina de lavar roupas e forno elétrico. Um aspecto que chamava a atenção era o espaço utilizado na parte externa da geladeira, com bilhetes, compromissos agendados e poesias (que a filha de Luiza escrevia).

Outro aspecto destacável foi a presença da xícara de café em todas as vezes em que estive no domicílio. Apesar de Luiza se referir à redução no consumo devido às náuseas, parecia ser um hábito ainda fortemente arraigado.

Os lugares que Luiza frequentava eram: a casa da sogra aos finais de semana, a padaria onde trabalhava e, às vezes, a casa de alguma amiga que morava no mesmo bairro, para tomar um chimarrão. Raras vezes, saía à noite com o marido e os filhos para jantar em alguma pizzaria.

As atividades profissionais que desempenhava ocorriam no período noturno, das 16 às 22 horas, em uma padaria. Também realizava as atividades domésticas, com a ajuda da filha mais velha.

Luiza mostrava-me os exames que tinha realizado, fazia questionamentos quanto ao processo gestacional e contava-me sobre as experiências gestacionais anteriores, principalmente

com relação aos partos – que para ela ocorreram de maneira natural e tranquila. Uma das preocupações de Luiza, durante as visitas domiciliares, nas consultas de enfermagem e no grupo de gestantes, era o aumento de peso. Todas as vezes em que subia na balança antropométrica referia que estava acima do peso. Muitas vezes falava em tom jocoso que, depois que o bebê nascesse, ia ser difícil voltar ao peso anterior (“*até por causa da minha idade*”).

Após a explanação sucinta da história de vida das gestantes, apreendida no decurso da coleta de dados, identificamos alguns pontos-chave para a compreensão dos significados culturais que codificam o modo de vida e as percepções de práticas e saberes alimentares. Primeiramente, verificamos que todas as participantes deste estudo nasceram, cresceram e ainda moravam na região norte de Santa Maria – portanto, os constructos culturais das participantes envolviam aspectos históricos e geográficos próprios da região. A seguir, percebemos que as relações sociais das gestantes estavam limitadas, prioritariamente, aos encontros semanais com outros familiares (que, geralmente, moravam no mesmo bairro). Esse aspecto delimita espacialmente as relações sociais e familiares.

O grau de escolaridade das gestantes estava restrito ao Ensino Médio incompleto, uma realidade comum na vida da maioria das mulheres que vivem na região: abandonam os estudos prematuramente, casam jovens e assumem funções domésticas – esse entendimento está embasado em minha experiência durante estágios e atividades na Unidade Sanitária Kennedy.

Outro aspecto relevante é a origem da renda familiar: a maior parcela de recursos financeiros advinha do trabalho do marido. Apenas no caso de Luiza existia uma “ajuda” (assim explicitado por ela) com as despesas do lar, por meio do trabalho remunerado que exercia na padaria. Era a partir desses recursos que o alimento chegava até a mesa das gestantes – no caso de Vanessa, por exemplo, identificamos a readaptação aos hábitos alimentares do marido e da sogra, o que pode ser traduzido como uma aceitação ao que é disponibilizado (e não ao desejado).

Vale destacar que duas das gestações não foram planejadas (as gestações de Maria e de Vanessa) e esse aspecto interferiu na maneira como foi comunicado aos demais familiares e na aceitação dos mesmos. No caso de Luiza, em que houve planejamento pré-concepcional, a notícia da gestação foi divulgada de maneira tranquila, com o apoio do marido e dos outros filhos.

As gestantes procuraram o serviço de saúde para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre gestacional. Esse indício positivo está associado à detecção precoce de agravos nutricionais e aos encaminhamentos necessários, além disso, potencializa as orientações alimentares e nutricionais

relativas ao primeiro trimestre (período em que os sintomas digestivos surpreendem as gestantes e as adaptações alimentares podem ser mais problemáticas).

4.2 Categoria 1: Dos saberes aos sabores, as práticas alimentares das gestantes

Esta categoria pretende clarificar alguns tópicos acerca da alimentação, destacados pelas gestantes durante as observações e as entrevistas. Os alimentos essenciais para o preparo das refeições diárias, o aprendizado e as receitas culinárias, a sociabilidade durante as refeições, as interferências do convívio familiar e as questões econômicas são os assuntos lembrados nessa discussão.

Ao serem estimuladas a relatar sobre a sua alimentação e a de sua família, as gestantes declararam que existem **alimentos básicos**, ou seja, alimentos que devem ser consumidos diariamente.

O diário mesmo é o arroz e o feijão, uma carne, ou uma galinha ou uma carne de gado. Não é essencial só pra mim que estou grávida, mas pra todo mundo. Porque todo mundo diz, desde pequena eu escuto, que esse é o básico. E eu acho que essa é a alimentação adequada para o dia a dia. Na minha casa, quando eu era criança, sempre foi assim também. (Maria)

Eu acho que é importante ter uma alimentação com o básico. Tem que preparar e comer nos horários das refeições principais. Café da manhã, almoço, café da tarde, janta. Alimento básico é o arroz, o feijão, frango ou carne de gado, a salada não pode faltar. Tudo isso que tem vitamina. Eu acho que é importante ter esses alimentos sempre, foi o que eu sempre ouvi. (Vanessa)

A alimentação básica é o arroz, feijão, uma carne, uma verdura, um legume. Acho que por causa das vitaminas que os legumes e as verduras têm é mais saudável comer todos os dias. Claro, tu vai preparar alguma outra coisa, uma mandioca, uma batata, mas eu acho que uma verdura ou legume é sempre bom ter. (Luiza)

Verificamos o valor cultural e nutricional atribuído aos alimentos, sendo lembrados o arroz, a batata, a mandioca, o feijão, a carne (de gado ou de galinha), os legumes e as verduras. O arroz com feijão protagoniza como prato principal, demarcando, simbolicamente, a preferência alimentar da gestante e do grupo familiar.

As gestantes deste estudo reafirmam a importância cultural do arroz com feijão como uma herança geracional, possibilitando a compreensão de que, além de uma simbologia própria, reproduz vivências da infância. Sob esse olhar, preparar e consumir o prato de arroz com feijão da maneira como foi ensinado é uma característica positiva no grupo familiar.

Historicamente, a escolha pelo arroz com feijão expressa a sociedade brasileira, permite o encontro do líquido com o sólido, do negro com o branco e define um componente alimentar que sintetiza um estilo de comer: uma culinária que traduz uma sociedade relacional (DAMATTA, 1987). A construção de uma identidade nacional implica em organizar e reconhecer os valores materiais e imateriais, portanto, pode ser representada por uma cozinha emblemática. O emblema, como uma figura simbólica, faz parte de um discurso que expressa um pertencimento. Dessa forma, a cozinha de um grupo não é apenas um somatório de pratos considerados característicos, é um conjunto de elementos referenciados na tradição e articulados de maneira particular, tornando-se reconhecível ante outras cozinhas (MACIEL, 2005).

Por meio de um resgate histórico e bibliográfico, uma pesquisa na área da Nutrição buscou compreender as tendências na alimentação brasileira, verificando, ao final, a redução no consumo do arroz com feijão nos últimos 40 anos e o aumento no consumo de alimentos prontos (BLEIL, 1998). Tais indícios estão atrelados ao aumento na produção de alimentos industrializados, o que pode mascarar a realidade de compra, preparo e consumo alimentar dos brasileiros.

Em contrapartida, estudo mais recente, realizado em algumas capitais brasileiras¹, demonstra que a maior parte da população prefere comprar a matéria-prima para o preparo dos alimentos no domicílio, preservando os sabores tradicionais e a cultura familiar (BARBOSA, 2007). O estudo reforçou que o prato predominante e preferido dos brasileiros é o arroz com feijão (94% dos entrevistados comem arroz com feijão no almoço). Outros estudos reafirmam que o prato do arroz com feijão é presença constante na mesa dos brasileiros (CANESQUI, 2005; MACIEL, 2004). Além disso, a valorização da comida preparada em casa prevalece em detrimento aos alimentos encontrados “na rua” (restaurantes, lanchonetes, bares...), o que concorda com outra investigação realizada por Garcia (1997) no centro de São Paulo, a qual sinaliza o aspecto negativo de realizar as refeições fora de casa, no sentido de interferir nas relações sociais e afetivas no cenário familiar.

¹ Pesquisa quali-quantitativa realizada com 2136 pessoas nas cidades de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre, entre os meses de fevereiro a maio de 2006.

Esse entendimento está fortemente arraigado na prática alimentar das gestantes, tanto que deixar de comer arroz com feijão parece ferir os princípios de uma alimentação saudável, como conferimos na fala de Luiza:

Lá na padaria onde eu trabalho a gente não come comida. É um lanche da noite. Então, eu procuro comer bem no almoço (arroz com feijão), porque eu sei que de noite vai ser só um lanche. A gente come alguma coisa que tem por lá mesmo. Eu acho que pelo certo seria, ainda mais gestante, comer a comida, não o lanche da noite. (Luiza)

Transparece o desejo de estar em consonância com uma alimentação adequada para a gestante (“*ainda mais gestante*”). Assim, a refeição que privilegia o consumo do arroz com o feijão (almoço) figura como protagonista, no sentido de possibilitar, ao menos uma vez ao dia, a ingestão dos alimentos básicos, visando à manutenção da saúde e à continuidade do hábito alimentar. Do mesmo modo, o alimento que é preparado em casa foi valorizado culturalmente.

Neste contexto de práticas alimentares marcadamente culturais, é necessário resgatar o olhar crítico de Leininger (1995), quando pondera que o enfermeiro precisa atentar para as múltiplas facetas que revestem o comportamento alimentar humano. Assim, não basta abordar, durante a atenção pré-natal, apenas aspectos nutricionais e fisiológicos. As relações existentes no cuidado de enfermagem, ao valorizar a cultura da gestante e sua família, promovem um trabalho conjunto, onde as estratégias de cuidado alimentar suportam (re)orientações advindas tanto do saber profissional quanto do saber popular.

De acordo com as gestantes, o preparo dos alimentos reflete os princípios do **aprendizado culinário**, construído ao longo dos anos, tendo o seu início na infância e na adolescência. As atividades relacionadas à alimentação, em especial aquelas desenvolvidas no ambiente da cozinha, são encaradas como atribuições prioritariamente femininas:

Aprendi a cozinhar com minha sogra porque, quando eu vim morar com o meu marido, eu não sabia cozinhar nada. Agora eu já faço sozinha. Quando eu era menor não aprendi. Não sei, eu não me interessei. A minha mãe fazia tudo e eu não tinha interesse. As minhas irmãs aprenderam a cozinhar porque elas saíram de casa mais tarde que eu [...] Minha sogra que começou a me ensinar. Primeiro me ensinou a fazer o arroz, depois uma carne e eu olhava ela fazendo, depois eu fazia. (Maria)

Na casa da minha mãe eu não cozinhava, eu fazia só os deveres de limpar a casa. A gente não ia pra cozinha, minha mãe nunca deixou. Eu acho que ela não deixava porque ela tinha algum medo de a gente se queimar. Quando eu vim morar com meu

esposo, tive que aprender a cozinhar na marra. No começo, minha sogra que fazia pra mim. Primeiro eu olhava, depois eu peguei o ritmo e não desaprendi mais. (Vanessa)

Minha irmã que me ensinou (a cozinhar) e aprendi vendo os outros fazerem também. Porque não tive aquela coisa da mãe ensinar. Como te disse, eu perdi minha mãe bem cedo, e como a gente ficou lá no colégio, então, muita coisa a gente aprendeu lá no colégio mesmo. Colocavam a gente para ajudar, na cozinha. Ai só ficava vendo, ficava lá, sempre tem alguém que tem a boa vontade de dizer como fazer. (Luiza)

Às vezes, no final de semana eu peço para a mana (filha de 15 anos) me ajudar. Esses dias, ela fez o arroz. Com 15 anos ela não sabia fazer comida ainda, imagina só! Mas por quê? Porque eu não ensinei. É a mãe quem tem que ensinar. (Luiza)

Transparece nas falas um projeto de mulher-cozinheira que se ajusta às exigências do lar, em especial após selar laços matrimoniais. Espera-se que a mulher saiba cozinhar e que tenha aprendido com a mãe. Caso não tenha adquirido os conhecimentos da arte culinária no período da infância e/ou adolescência, torna-se necessário procurar auxílio de outra mulher, tão experiente quanto a mãe, que possa, com boa vontade, indicar-lhe a melhor técnica para o preparo dos alimentos.

A mulher assume, historicamente, a função de cuidadora dos demais membros da família, em especial, no que diz respeito à saúde e à alimentação. Nos domicílios visitados, as gestantes eram as responsáveis pela compra, seleção, armazenamento, higienização, preparo e distribuição dos alimentos, no entanto, ficou evidente que a escolha alimentar variava de acordo com a situação econômica, o gosto alimentar do marido e dos filhos e até mesmo na maneira como aprendeu a cozinhar (com a sogra ou com a mãe). Assim, mesmo com a aparente liberdade na cozinha, as gestantes recebiam influências externas que alternavam diariamente o cardápio.

Parece complexo administrar as tarefas no ambiente culinário, em especial quando a cozinheira precisa resgatar a preferência alimentar dos demais membros da família, contabilizar os gastos mensais e acertar as receitas, não esquecendo de variar os cardápios e deixá-los esteticamente atrativos para os demais. Pude perceber, durante as observações e os diálogos informais com as gestantes, que as atribuições femininas na cozinha eram compartilhadas com o marido nos finais de semana (“quando não estão trabalhando”), principalmente no preparo do churrasco.

As mulheres ainda são apontadas como as responsáveis pelo trabalho doméstico, em especial, as tarefas associadas à alimentação cotidiana (ASSUNÇÃO, 2008). Hernandez e Arnaiz (2005) reforçam essa evidência indicando que, na maioria das sociedades, a mulher é identificada como a cozinheira (da alimentação diária) e o homem, quando assume essa função, é considerado

o *chef* (da alimentação especializada, do fim de semana). Esse entendimento demarca a diferenciação social perpetuada através dos tempos, em que a mulher é identificada como a cuidadora central e, portanto, os responsável pelos saberes e as práticas alimentares associadas, na maioria das vezes, à manutenção da saúde. Hernandez e Arnaiz (2005) lembram ainda que esse papel é assumido desde o primeiro dia de vida em que, por disposição fisiológica e cultural, a mulher amamenta.

Mesmo com implicações históricas de gênero e reivindicações para a divisão de tarefas domésticas, algumas mulheres aceitam o preparo dos alimentos como a atividade doméstica mais compensatória, justificada pela satisfação em nutrir as pessoas importantes do seu convívio social e familiar. Atrelado a esse entendimento, as mulheres que assumem atividades extradomésticas remuneradas ainda dedicam boa parte do seu tempo às atividades domésticas. O aparente paradoxo, presente na sociedade atual, demonstra a força histórica e cultural que repercute na aceitação das mulheres em abandonar os afazeres domésticos, bem como na divisão de trabalhos. Os homens, na maioria das vezes, ocupam o seu tempo com outras atividades, quando estão em casa, e não realizam tarefas relacionadas à manutenção da ordem no espaço doméstico e, principalmente, à alimentação (HERNANDEZ, ARNAIZ 2005). Esse cenário propicia a transmissão de valores aos filhos, que reconhecem na imagem materna um modelo feminino.

Canesqui (2005) realizou um trabalho que buscou comparar duas pesquisas, a primeira realizada na década de 70 e a segunda no ano de 2003, que tinham como objetivo analisar a organização das práticas alimentares de famílias de trabalhadores na cidade de Paulínia/SP. Como resultados, foi constatado que, apesar de algumas alterações no decorrer dos anos, a provisão e a organização do consumo alimentar permaneciam entrelaçadas nas tramas de obrigações e deveres conjugais, atribuindo ao pai o dever moral de provedor e à mãe as atividades de organização e gerenciamento do consumo doméstico. Ainda que as mulheres casadas participem, mais intensa e regularmente, do trabalho extradoméstico, mantêm-se, ideologicamente, o valor do pai de família como responsável pela provisão dos alimentos.

De maneira ponderada, Abdala (2009) chama a atenção dos pesquisadores na área da alimentação para o perigo das generalizações, tendo em vista a maior participação masculina, tanto na cozinha, quanto em outras atividades domésticas. A invisibilidade das atividades realizadas na cozinha, entendidas como “atividades menores”, foi motivo de muitos debates na área da alimentação, no entanto, atualmente, estudiosos começam a perceber que, no meio

familiar, a noção de papéis vem perdendo força. Mesmo que a participação do homem seja somente na forma de “ajuda” ela existe e, portanto, precisa ter notoriedade também.

As participantes deste estudo reconheciam que a utilização de **receitas culinárias** influencia na maneira como os alimentos são preparados, na escolha e na quantidade dos ingredientes. No entanto, referiram que as mulheres (mães e sogras) com quem conviviam possuíam uma aproximação maior com a culinária escrita:

A gente faz, no final de semana, uma lasanha ou um rocambole ou algo assim. A minha sogra tem livro de receitas. Ela tem bastante, porque ela gosta de cozinhar. Ai a gente pega e troca receitas, pego a receita dela e faço aqui. (Maria)

No começo eu aprendi a fazer o pão com minha sogra. Depois eu aprendi uma receita mais fácil, que bate no liquidificador. Primeiro tu bate os ingredientes líquidos e depois mistura com a farinha e o fermento. Depois que eu aprendi esse jeito até a minha sogra começou a fazer, porque é mais fácil mesmo. E a receita dá oito pães, eu faço na forma grande. (Maria)

Eu tenho um caderno de receitas. Mas é muito difícil fazer pela receita. Às vezes, quando vou fazer uma lasanha, eu dou uma olhada. A gente faz do modo como a gente sabe, como a gente aprendeu ou viu fazer. A minha mãe tem uns livrinhos de receita que ela compra, mas só isso. (Vanessa)

As gestantes costumavam preparar os alimentos sem auxílio de livros de receitas. Geralmente, apenas os pratos mais laboriosos exigiam a consulta às receitas escritas (lasanha, rocambole). Quando questionadas sobre as receitas que utilizavam no dia a dia, houve pouco interesse em mencioná-las, transparecendo que a arte culinária é uma prática comum e até mesmo realizada de maneira automática.

Vanessa, em uma das visitas em seu domicílio, mostrou-me o seu caderno de receitas, confeccionado a partir de recortes de revistas e outros livros, além de anotações (ingrediente que pode ser substituído, alteração nas quantidades, tempo no forno...). Apesar de pequeno, possuía uma grande variedade de pratos, tanto doces quanto salgados, e Vanessa identificou quais receitas já haviam sido preparadas. Ficou evidente que o caderno de receitas é lembrado apenas nos momentos em que uma refeição especial é servida.

Concordo com Montanari (2008), quando refere que a construção de uma memória escrita na cozinha promove o desenvolvimento cumulativo dos conhecimentos. O conteúdo imaterial, ou a memória e a oralidade, também possibilita a transmissibilidade de saberes culinários, no entanto de maneira flutuante, ou seja, com maior possibilidade de alteração dos ingredientes e do modo

de preparo originais. A cozinha escrita codifica, em um repertório reconhecido, as práticas e as técnicas elaboradas em determinada sociedade (MONTANARI, 2008).

O uso da escrita culinária pode auxiliar as gestantes no preparo de alimentos, preservando os aspectos tradicionais (a maneira como aprenderam). Imbricadas ao cuidado de enfermagem durante a atenção pré-natal, as receitas escritas parecem ser um veículo criativo para a disseminação de saberes alimentares e nutricionais. Esse cuidado deve ser realizado de maneira individualizada, de acordo com as possibilidades econômicas, as particularidades regionais, ambientais e sociais de cada gestante.

À medida que as gestantes discorreram sobre seus hábitos alimentares, houve destaque para a **sociabilidade** durante as refeições:

No domingo, nós vamos almoçar na minha mãe. Geralmente, churrasco, ou uma comida diferente. Comida de domingo é diferente. Quase todos os domingos a gente vai pra lá e passa o dia. Ou o pai ou uma outra irmã minha com o marido, ou só eu e o meu marido, minha mãe, meu pai e minha irmã. A gente não se organiza, a gente só fala: “Amanhã vou vir aqui.”, pronto! (Maria)

Domingo tem que ter o churrasco e a maionese, coisa típica do gaúcho. A gente faz o churrasco aqui em casa, no domingo, com minha sogra, meu cunhado e às vezes aparece a minha mãe e minhas irmãs. Cada um traz alguma coisa. (Vanessa)

Eu acho que tem muitos assuntos para conversar na hora das refeições. E ver todo mundo reunido ali te dá vontade de ficar no meio de gente feliz. Se você está sozinha na hora da refeição, não acontece isso, aí não tem muita graça. (Vanessa)

Nossos filhos ficam o dia todo na escola e almoçam lá. As crianças almoçando com a gente é mais no fim de semana. [...] Hoje vamos almoçar os quatro junto. Às vezes, eu sinto que eles sentem falta de estarem comigo, eu chego do trabalho e eles já estão até dormindo. Quando eu vejo que estamos meio distantes, eu procuro acolher eles dessa forma. (Luiza)

Para as gestantes deste estudo, a companhia de outras pessoas durante as refeições torna o ambiente mais alegre e acolhedor. Partilhar o alimento com amigos e demais familiares envolve rituais que aproximam e identificam o grupo. Marcadamente social, o ambiente da cozinha está envolto numa atmosfera de trocas, de afetividade e de sociabilidade. Nesta pesquisa, as reuniões familiares sempre estiveram associadas ao preparo de pratos especiais e a momentos de prazer.

Pelo fato dos domicílios serem pequenos, muitas vezes a cozinha era também a sala que recebia os convidados. Todas as vezes em que estive na casa de Maria fui recebida no ambiente comum (sala/cozinha), o que permitiu reconhecer traços culturais importantes. Era nesse cenário

que Maria recebia as visitas, assistia televisão, servia o chimarrão e o café, onde eram preparadas e servidas as refeições e, simultaneamente, ocorria alguma conversa com a sogra ou o marido. Tais movimentações no ambiente culinário também estiveram presentes nas visitas realizadas no domicílio de Luiza.

Os alimentos estabelecem e mantêm relações sociais e culturais entre as pessoas, além disso, contribuem para que os vínculos afetivos sejam consolidados e mantidos (LEININGER, 1995). Para Helman (2003), os alimentos sociais são aqueles consumidos na presença de outras pessoas e portadores de valor simbólico. Em especial, quando o alimento é servido em uma refeição comunitária traz consigo várias associações, dizendo muito aos participantes sobre a sua relação um com o outro e com o mundo externo (HELMAN, 2003).

Nas ocasiões formais, a refeição, de acordo com os tipos de alimentos nela servidos, pode ser identificada como uma linguagem complexa, que somente as pessoas do grupo decodificam. A interpretação desses códigos possibilita a compreensão do modo de vida das pessoas, em especial, as relações e os valores dos indivíduos que compartilham o alimento. Diferentes tipos de refeições sinalizam mensagens diferentes àqueles que dela participam (HELMAN, 2003).

Comer não é um ato solitário. Na espécie humana, comer pode ser considerado a origem da socialização, pois, nas atividades coletivas para obtenção de comida, no início da evolução, já existia a noção de compartilhamento de provimentos alimentares. Sob esse prisma, infiltrado nas relações humanas, encontramos o conceito de comensalidade, que é a prática de comer junto, partilhando a comida, o que implica também na organização de regras de identidade e de hierarquia social. A comida, além de tecer redes de relações, serve também para impor limites e fronteiras sociais, políticas, religiosas e outras. Nas diferentes regiões do mundo, em espaços temporais diversos, as culturas humanas sempre encararam a alimentação como um ato revestido de conteúdos simbólicos. O significado desses conteúdos não evoca interpretações pelas pessoas que o praticam, mas sim determina um preceito inquestionável, para o qual não são necessárias explicações (CARNEIRO, 2005).

Nos finais de semana predomina uma exossociabilidade, ou seja, parentes e amigos se reúnem para compartilhar os alimentos, principalmente no tradicional almoço de domingo. Esses eventos coletivos diferenciam-se da endossociabilidade dos dias de semana, em que as refeições, apesar de partilhadas, ocorrem, de forma predominante, apenas com os membros do grupo doméstico. No fim de semana, as pessoas visitam umas às outras, preparam um prato salgado ou

mesmo uma sobremesa e levam para ajudar no almoço, que certamente durará mais tempo, após a refeição já ter sido consumida (BARBOSA, 2007).

O churrasco é identificado no Estado do Rio Grande do Sul como um alimento emblemático. A ocorrência de reuniões aos domingos para o preparo do assado representa a consolidação de relações sociais, mas também a característica de pertencimento do gaúcho (“*coisa típica do gaúcho*”) (MACIEL, 1996).

Na perspectiva da Enfermagem Cultural, o alimento permanece orientado para o crescimento, a manutenção e a recuperação da saúde e a sobrevivência humana. No entanto, os alimentos também são ferramentas utilizadas para estabelecer e manter relacionamentos entre as pessoas, além de proporcionar sensações de bem-estar físico e emocional. A função social e cultural do alimento muitas vezes é esquecida pelos profissionais de saúde, porque a abordagem biológica da alimentação ainda é reforçada de maneira exclusiva, nos discursos e nas prescrições biomédicas (Leininger, 1995).

Valorizando ainda o caráter social dos alimentos, é possível reconhecer nas **datas festivas** as simbologias que aproximam as famílias e promovem a preservação de tradições:

Na sexta-feira santa a gente comeu só peixe, sardinha, e salada. A família toda sempre se reúne no almoço de sexta-feira santa. Foi bom, porque a gente se reuniu, sentou para comer junto. Agora na Páscoa foi muito legal. Tu ver a família reunida assim, tu te sente bem. Não é a mesma de tu estar só com os familiares mais próximos, que tu vê sempre. [...]. O meu cunhado comprou chocolate para os sobrinhos e a gente se dividiu. (Vanessa)

Na Páscoa foi bem legal, a família do meu marido veio, almoçou com a gente. As crianças compartilharam os doces umas com as outras. Minha sogra trouxe chocolate para as crianças. A gente fez um almoço no domingo. (Luiza)

Os eventos em família que celebram datas comemorativas, como a Páscoa, promovem aproximações afetivas, reproduzem rituais e perpetuam tradições. Dentre as aproximações, a troca de presentes, por exemplo, permite a demonstração de carinho entre as pessoas.

A alimentação é um componente essencial na maioria das festas, ritos e cerimônias, pois demarca o caráter cultural de pertencimento e tradição. Geralmente, os alimentos consumidos em uma festa são diferentes daqueles consumidos no dia a dia, sendo escolhidos pratos mais elaborados, com ingredientes especiais e maneira de preparo própria. Nos encontros sociais, os alimentos apresentam uma carga cultural relacionada ao prestígio e ao *status* social do grupo que

oferece o alimento. A aquisição e a distribuição do alimento nos eventos festivos variam de acordo com o contexto social e cultural em que os indivíduos vivem. (LEININGER, 1995).

A alimentação da gestante também recebe influências dos **hábitos alimentares das pessoas com quem mora**. Para as gestantes do estudo, principalmente o marido e a sogra, como verificamos a seguir:

Aqui vai bastante açúcar. O meu marido coloca açúcar demais no suco, no café. Depois que ele toma o café sobra um fundo de açúcar. [...] Ele é assim, eu já não sou tanto. Mas no suco, como tem que colocar por causa dele, eu já acostumei que tem ser bem doce. Quando eu vejo, já tá acabando o açúcar. (Maria)

Hoje a minha alimentação é bem diferente daquela que eu tinha na casa da minha mãe. Lá era só o básico, era um arroz, uma massinha, sempre pouco. Salada a gente comia direto, nada de gordura. Daí, quando eu vim pra cá, o que eu não comia eu comecei a comer: gordura, fritura. Tudo com banha, feijão com banha. Na minha mãe já não era assim, era feijão normal, com um pouquinho de azeite e sal. Aí, quando eu vim morar aqui, eu já senti a diferença. Aqui o feijão é feito com banha, com toucinho, o que tiver eu boto no feijão, aqueles gordinhos da carne. (Vanessa)

O que eu sinto falta às vezes é que eu quero muito salada. Se tiver salada a semana inteira, eu como a semana inteira, principalmente se for de alface. E às vezes não tem e eu não me contento. Aqui ninguém come muito. Eu gosto de salada de alface, rúcula, qualquer tipo. É um hábito mais da minha casa, porque a minha mãe sempre fez muita salada pra gente comer. (Vanessa)

As escolhas que modelam o comportamento alimentar tem início nos primeiros dias de vida. No entanto, o comportamento alimentar não é estático ou acabado, pois recebe, constantemente, influências externas, em especial aquelas de ordem social. No meio familiar, em que as relações são intensificadas pelo convívio diário, existe uma associação direta com a adoção de novos comportamentos, a partir da observação e da aceitação dos hábitos alimentares dos demais membros do grupo.

No caso das gestantes deste estudo, o consumo de certos alimentos (a gordura e o açúcar) aumentou em relação ao que ingeriam antes de irem morar com o marido e a sogra. Esse quadro preocupa, pois essa nova condição pode acarretar danos à saúde, como a obesidade e a diabetes. No caso de Vanessa, houve redução no consumo de verdura, o que acaba por limitar na sua dieta a presença vitaminas e minerais, e pode representar a desvalorização dos demais membros da família de um hábito alimentar culturalmente aceito em seu grupo familiar primário.

As escolhas alimentares fazem parte de um processo dinâmico e multifacetado, imbricado nos relacionamentos sociais, tanto no domínio público quanto no privado. Estudos culturais com

vertente etnográfica apresentam claramente os caminhos percorridos para a eleição de alimentos consumidos no grupo familiar. Por meio da herança cultural são preservados os ensinamentos do que é aceito e do que é proibido na alimentação (BUDÓ, 1999; MURRIETA, 2001). Além disso, a origem étnica (BUDÓ, 1999) e a ecologia local (MURRIETA, 2001) dizem muito aos grupos familiares, incidindo nas formas de preparo e no consumo das refeições.

Vale ressaltar que, durante o período gestacional, o enfermeiro precisa reconhecer a família como agente de autocuidado, incluindo o cuidado alimentar e nutricional. Assistir a família grávida implica, portanto, na identificação e na valorização das maneiras de cuidar, bem como no afastamento do enfoque exclusivamente biomédico, ainda vigente nas práticas assistências (OKIYAMA, MONTICELLI, 2005).

A **situação econômica** das gestantes repercutia na maneira como selecionavam, preparavam e compartilhavam os alimentos, como mencionado a seguir:

As minhas panelas são bem pequenas. Como pode ver, aquela panela (aponta para panela em cima do fogão) ali é do arroz, daí já não é muito. Se sobrar um pouquinho, à noite eu faço um bolinho de arroz, para não ter desperdício. Mas as minhas panelas são todas pequenas assim. (Maria)

Agora que eu aprendi essa receita, não compramos mais pão. Eu quem faço. (Maria)

A gente não compra mais leite de caixinha. Antes a gente sempre comprava. Mas com leite em caixinha tu não tem controle. Então eu resolvi comprar leite do leiteiro, ele traz em casa. É um leite mais barato. Grávida precisa de leite e o meu pequeno (filho de um ano) também. A gente tem que ter sempre em casa. (Maria)

Às vezes minha cunhada me pergunta o que eu quero comer de almoço, aí eu digo: “Compra uma salada ou alguma outra coisa”. A gente reveza para comprar a comida. [...] (Vanessa)

A gente programa um jantar às vezes [...] A gente marca um dia, geralmente, um domingo ou uma sexta-feira à noite. A gente faz quando tem um dinheirinho sobrando. Daí, cada um leva alguma coisa. (Vanessa)

Estratégias para a manutenção de uma alimentação equilibrada estão presentes nos discursos e nas práticas alimentares das gestantes. Observamos a necessidade de evitar o desperdício, de manter o consumo de alimentos importantes para a gestante e preservar o sistema de compartilhamento de alimentos com o grupo familiar.

No domicílio das gestantes, os armários da cozinha armazenavam os alimentos básicos, privilegiando a quantidade, ou seja, pacotes de arroz, feijão, açúcar, farinha de trigo e, no caso de

Vanessa, muitas latas de óleo vegetal. Esse cenário confirma aspectos relacionados à condição econômica bastante restrita, no grupo em estudo, indicando as possibilidades de aquisição que priorizam os alimentos básicos. Sob outra ótica identificou-se uma contradição no discurso das gestantes, que, apesar de insistirem na rotulação nutricional de certos alimentos como saudáveis (frutas, legumes e verduras) e na importância do consumo diário, pouco os apresentaram em suas cozinhas. Também foi considerado que frutas, legumes e verduras são alimentos perecíveis, não podendo ser armazenados facilmente; no entanto, esse aspecto denota, na realidade, a preocupação de, em função do aspecto econômico, não faltarem os alimentos básicos para a alimentação da família.

4.2 Categoria 2: Entre os desejos e as possibilidades, as adaptações alimentares

Esta categoria apresenta, sob a ótica cultural, os sentimentos das gestantes com relação às alterações corporais e alimentares, os alimentos recomendados, os alimentos que devem ser evitados, o aumento do consumo alimentar, os desejos alimentares atípicos, a influência da alimentação materna na saúde fetal. Além disso, é discutido o consumo de chás, da cafeína e do chimarrão.

A temática da alimentação mobilizou as participantes do estudo a refletirem sobre a **vivência gestacional**. Estar gestante implica aceitar como normais ou não as modificações físicas, emocionais e culturais. As gestantes indicaram que a gestação estava sendo vivenciada como um processo natural e com poucas alterações.

Eu não tive enjoo, 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 me doer as costas. (Maria)

A gestação saudável eu acho que é aquela que a mulher não tem muito enjoo. Eu mesma não tive nenhum enjoo, nem no começo nem agora. É uma gravidez que não tem muita frescura, que a grávida não fica se denguiando. É poder fazer as coisas, os serviços de casa. Não exagerar, é claro, mas poder fazer, sem aquelas frescuras: não posso isso, não posso aquilo. Então pra mim essa é uma gravidez saudável e a minha tá sendo até demais. Só o que me incomoda são as costas. (Vanessa)

Eu posso te falar que eu não tive nenhuma alteração ainda. Só a questão dos seios que ficaram mais sensíveis. Mas nada demais, eu até acho que 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. Compreendê-la como um processo natural e distante de riscos à saúde foi relacionado, principalmente, as modificações fisiológicas, identificadas como desconfortos toleráveis para a gestante.

Por um lado, esse olhar contribui para a desmedicalização da gestação e do nascimento, reportando para a atual mobilização dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. Esse movimento incentiva a humanização do pré-natal e defende a construção de espaços onde a mulher e sua família possam participar como protagonistas, além de receber orientações sobre a gravidez e o parto natural. 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 (MEYER, 2003).

Apesar da 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 maneira natural e com baixo risco.

Para Meyer (2003), 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*. 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.

Em consonância com as percepções sobre a gestação, as entrevistadas, num primeiro momento, manifestaram a ausência de modificações alimentares representativas. No entanto, confessaram, posteriormente, que há **necessidade de adequações**, destacando-as no consumo de determinados alimentos.

Eu acho que a gestante tem que ter uma alimentação adequada, comer direitinho, comer nos horários certos, não comer muita besteira, ter uma alimentação rica em todas as proteínas que são importantes. (Maria)

Depende do que a pessoa já comia antes. Se não tinha muitas opções de alimentos, depois que engravidar tem que comer mais, não em quantidade, mas em variedade, principalmente frutas e verduras. Tem muita gente que come o essencial, tanto por não poder ou porque já está acostumado àquela comida de sempre, o básico mesmo, mas eu acredito que na gestação tu tem que comer mais verduras e legumes. É preciso variar, comer frutas, eu não comia com muita frequência, agora tenho comido mais. (Maria)

É bom mudar os hábitos. Principalmente, na parte de comer mais frutas, mais verduras – que o certo é a gente comer sempre, mas se a gente não se cuida tanto antes da gestação, eu acho que precisa começar. (Luiza)

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 frutas, verduras e legumes ainda é restrito, seja por motivos econômicos, seja por motivos culturais.

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2003), o consumo reduzido de FVL está entre os 10 principais fatores de risco que contribuem para a mortalidade no mundo. Estimativas indicam que até 2,7 milhões de mortes estão relacionadas ao consumo inadequado de frutas, legumes e verduras (WHO, 1990).

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 (GOMES, 2007; VAINIO, BIANCHINI, 2003). Essas evidências têm sido transformadas em iniciativas de promoção do consumo de FLV, porém os resultados manifestam a pouca adesão por parte da população ao novo comportamento alimentar.

O risco alimentar 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 alimentares. A mera repetição de enunciados que orientam, nutricionalmente, o consumo de FVL não garante a aceitação e o reconhecimento dos fatores de risco associados a uma alimentação inadequada. É preciso transmitir novos conhecimentos e dar vazão aos saberes da população em geral, valorizando a tradição e a cultura alimentar (GOMES, 2007).

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. Eu tinha que tá beliscando 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. E meio-dia eu também notei que mudou, procuro comer primeiro a salada, os legumes, aí depois eu como o que tiver, assim, um pedacinho de carne, um pouquinho de arroz, de feijão, mas não é aquela coisa de comer muito. (Luiza)

Por meio da análise das falas anteriores, verificamos a adaptação materna às demandas nutricionais, sendo destacada a introdução de novos horários para as refeições. O acréscimo na quantidade de alimentos ingeridos evidencia as necessidades nutricionais aumentadas. 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 gestacional ser um período de adequações fisiológicas e culturais.

No período gestacional as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas nutricionais para o crescimento fetal (ZAMBONATO et al., 2004). As alterações digestivas implicam em reorientações alimentares, tanto no número de refeições diárias quanto na quantidade ingerida (BRASIL, 2006). Essas informações estão

presentes no cuidado de Enfermagem durante a atenção pré-natal, as quais podem direcionar novas práticas alimentares.

Sob o enfoque cultural, ainda existe o entendimento popular de que a gestante precisa comer por dois (HERNANDEZ, ARNAIZ, 2005). 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 (BAIÃO, DESLANDES, 2008). Para algumas gestantes do estudo desenvolvido por Baião e Deslandes (2008) na cidade do Rio de Janeiro, a aceitação da gestação pode implicar em exageros alimentares, principalmente, pela ideia de que “*a gestante precisa comer mais e melhor*”.

O desejo em ingerir substâncias não comestíveis esteve presente na fala das entrevistadas. No decorrer das entrevistas, as gestantes, apesar de caracterizarem como estranho e até mesmo como um absurdo, revelaram ter sentido o desejo de ingerir sabão, tijolo e limão com sal.

A gestante sente 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 minha vizinha que contou que quando ela 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 início da gestação, bem no comecinho, mas eu já sabia que tava grávida. Eu não comi, mas eu tinha vontade. Perguntei para a minha sogra que disse que era para 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 de: ai, senti desejo de comer isso. Até porque desejo é frescura, mas esses dias eu tava aqui e 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 não gostava. Usava só para temperar a salada. E eu acho isso um absurdo, ora! Comer limão com sal! (Luiza)

Apesar de não ingerirem algumas das substâncias consideradas não alimentos, as gestantes se lembraram 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.

Evidenciamos um quadro preocupante, pois existe o reforço familiar e da rede social positivo para a ingestão de substâncias não comestíveis. Isso é detectado na medida em que elas procuram orientação com a sogra e a vizinha. As pessoas citadas são representativas na vida social das gestantes 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 problemática.

Maria achou ponderável não ingerir o sabão e procurar uma segunda opinião. Vanessa não ingeriu a substância não comestível pelo receio de passar mal, mesmo após ter sido motivada pela sogra a ingerir. Tal orientação foi justificada pela crença 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 e/ou condimentos utilizados na culinária.

A experiência acadêmica na área da obstetrícia e a pesquisa realizada mostraram-me que as gestantes sentem-se constrangidas em falar sobre o desejo de ingerir substâncias não alimentares 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 a propagação de orientações pertinentes.

Durante a coleta de dados, pude participar de alguns encontros do grupo de gestantes. No primeiro encontro, a enfermeira, as acadêmicas do curso de enfermagem e de psicologia suscitaram discussões com relação à ingestão de substâncias não comestíveis. Algumas gestantes relataram já ter ingerido alguma substância não comestível e outras citaram apenas o desejo não satisfeito. As gestantes participantes deste estudo relataram apenas à pesquisadora os desejos mencionados, e não os revelaram no grande grupo. Isso pode ser compreendido pelo fato de sentirem-se constrangidas diante das demais gestantes e dos acadêmicos, e também pelos laços de confiança gerados com a pesquisadora.

Apesar da dificuldade em instituir e definir o termo, concordo com Saunders et al. (2008), quando afirmam que “picamalácia” é um transtorno alimentar caracterizado pela ingestão de substâncias não alimentares e combinações atípicas de alimentos. Ainda, de acordo com Saunders

et al. (2008), as perversões do apetite mais comuns são a pagofagia (ingestão de gelo), a geofagia (ingestão de terra ou barro), a amilofagia (ingestão de goma), o consumo de miscelâneas (combinações atípicas) e frutas verdes.

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 mulheres na gestação (LÓPEZ et al., 2004). Em gestantes socioeconomicamente menos favorecidas, a amilofagia, a geofagia e a ingestão de itens similares são mais frequentes e parecem estar associadas à inadequação do estado nutricional antropométrico (CORBELT et al., 2003; LÓPEZ et al., 2004).

A ocorrência de picamalácia 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 (LÓPEZ et al., 2004; CORBELT et al., 2003; SIMPSON et al., 2000; TOKER et al., 2009). 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 (LÓPEZ et al., 2004; ROSE, PORCERELLI, NEALE, 2000; SIMPSON et al., 2000).

As causas do transtorno alimentar são complexas e envolvem fatores culturais, nutricionais, ambientais, fisiológicos e emocionais. 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 *stress* e da ansiedade (LÓPEZ et al., 2004; CORBELT et al., 2003; SAUNDERS et al., 2008).

De acordo com as participantes deste estudo, a **saúde e o peso do bebê** dependem da alimentação da gestante, portanto, torna-se imprescindível escolher alimentos saudáveis:

Eu acho que a minha alimentação é importante para o aumento de peso do bebê, porque dizem que no sétimo mês que o bebê começa engordar mais. E eu notei isso na minha primeira gestação quando eu fui pro hospital universitário [...] Aqui em casa eu como, não vou dizer que eu passo fome, mas quando eu fiquei no HU, a partir do sétimo mês, eu comia de acordo com o que era servido. E lá é regular, tem horário pra comer e não come muita besteira, coisa que aqui eu como, e daí eu notei que ele aumentou mais de peso. Quando ele nasceu que pesaram, eu me apavorei porque falaram 3950 gramas. [...] Agora o último ultrassom que eu fiz, eu estava com seis meses e o bebê com 1072 gramas. Agora vamos ver no próximo que eu fizer, quanto que vai estar. Eu tenho que me alimentar direitinho agora. (Maria)

A saúde do bebê depende da minha alimentação. Porque, se tu comer uma coisa saudável, não prejudica a saúde do bebê. Mas se tu comer só besteira, é bem capaz de prejudicar o bebê. (Vanessa)

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 o bebê 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 as coisas mais saudáveis o possível. Eu acho que mais essa parte sobre vitaminas, como falamos no grupo de gestantes, pode nascer com algum tipo de anormalidade, os nenês nascem às vezes com alguma coisa assim. (Luiza)

Detectamos nas falas a presença de condutas e termos médicos e a associação do ambiente hospitalar com a garantia de alimentação adequada. A cultura biomédica infiltra os relatos, transparecendo tratar-se de um conhecimento inquestionável e até certo ponto acessível às gestantes. É possível contribuir para a saúde e o aumento de peso do bebê por meio de uma alimentação adequada (ou uma dieta prescrita – no meio hospitalar).

Na realidade, o peso do bebê depende de inúmeros fatores, podendo estar relacionado até mesmo com a vascularização placentária, o tempo de duração da gestação e outras características maternas (GALLETTA et al. 2006; AMORIM, LACERDA, KAC, 2007). Apesar deste conhecimento técnico não estar ao alcance das gestantes, verificamos que outros fatores da mesma ordem técnica são enaltecidos no atendimento pré-natal. Em outras palavras, é valorizado nos discursos prenatalistas o cuidado que a gestante deve ter com as práticas alimentares, pois podem incidir negativamente no peso e na saúde fetal. Tais evidências são comprovadas por meio de recursos tecnológicos, como no caso do exame de ultrassonografia.

O ganho ponderal de peso ao longo da gestação é um dos fatores determinantes para o crescimento fetal. 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 (BRASIL, 2006). Além disso, o crescimento fetal pode ser avaliado pela mensuração da altura uterina e da realização do exame ultrassonográfico (BRASIL, 2006). 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 (PADILHA et al., 2007), crescimento intrauterino restrito, além de maior risco de prematuridade e mortalidade perinatal (GALLETTA et al., 2006). No caso de gestantes com sobrepeso e obesas, os riscos

estão relacionados à morte intrauterina, má formação congênita, principalmente do tubo neural, e macrossomia (VALLE, DURCE, FERREIRA, 2008).

Consumir chás durante a gestação foi lembrado como um fator de risco para a continuidade do processo gestacional. As entrevistadas justificam o baixo consumo de chás, principalmente, para evitar o abortamento.

O que eu sei que dizem que canela pode dar isso ou aquilo. Foi o que me disseram. É chá de cravo e canela que não pode tomar, porque é abortivo, pelo menos algumas pessoas me disseram isso. No começo da gestação, principalmente. Eu evitei, a gente acredita porque todo mundo fala, daí a gente acaba acreditando. Mas não sei se é comprovado isso. [...] A minha sogra falou, a minha mãe também fala. (Maria)

Tomar chá eu ouvi falar. Falaram que não era para eu tomar qualquer tipo de chá, porque pode provocar um aborto. Caso eu for tomar algum chá, é melhor perguntar para o doutor para não ter problema nenhum. (Vanessa)

Domingo, que a minha sogra esteve aqui, e a gente sempre coloca um chazinho ou um gengibre no mate, ela me alertou que tem alguns chás que não se pode tomar. Ela falou que erva cidreira baixa muito a pressão e ela falou outros, mas nem lembro. Eu tomava chá com o chimarrão, mas não era aquela coisa sagrada, era de vez em quando. Agora não tomo mais. (Luiza)

Evitar o uso de chás e procurar orientação profissional foi mencionado como a conduta aceitável para as gestantes, sendo justificada pela experiência compartilhada com familiares (em especial, a sogra e a mãe). Assim, compreendemos que o saber popular sobre o uso de ervas medicinais foi construído por meio da oralidade, entre as gerações. As sogras e as mães das gestantes, que exercem forte influência sobre as escolhas durante o período gestacional, foram lembradas como promotoras das informações recebidas. O discurso dessas mulheres é significativo, afinal apresentam características que as qualificam para a função de conselheiras e cuidadoras: além de estarem inseridas no mesmo cenário social da gestante, já vivenciaram a gestação e estão aptas para orientar quanto aos comportamentos adequados àquela realidade.

Maria apresentou receio ao falar sobre o assunto, insistindo não ser uma opinião sua, mas uma orientação recebida pelas pessoas mais próximas, do seu convívio social. Afirmou que seguiu a orientação porque todos falavam, mas não sabia se havia comprovação. Verificamos um encontro conflituoso entre o saber popular e o saber científico. Maria compreendia a importância do conhecimento popular, aceitava e agia conforme o orientado, no entanto, tinha dúvidas sobre a comprovação científica.

As gestantes deste estudo relataram poucas informações com relação ao uso de chás. Tal comportamento as afastava do uso de determinados chás que são prejudiciais à gestação, mas, por outro lado, desabilitava suas escolhas, tanto quanto ao preparo quanto ao consumo adequado das ervas medicinais no período gestacional. O uso de gengibre, por exemplo, citado por Luiza, pode beneficiar a gestante, amenizando sintomas da hiperemese gravídica (RIO DE JANEIRO, 2000).

Uma evidência marcante de receio ao uso de chás pode ser verificada num dos encontros realizado durante o grupo de gestantes, em que foi oferecido chá de frutas silvestres e apenas duas participantes aceitaram consumir, mesmo após esclarecimento da enfermeira quanto à ausência de toxicidade. A representatividade de afastar o consumo de chás da gestante é tão arraigada simbolicamente, que o enfrentamento entre saberes (popular e científico), durante o encontro, ratificou a conduta aceita pela maioria.

Badke (2008) argumenta que o conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais está estruturado a partir de relatos e experiências entre as gerações, de conversas informais com vizinhos e amigos, além da busca por subsídios científicos, adquiridos em livros, revistas e palestras ministradas por profissionais qualificados. O mesmo autor chama a atenção para o desinteresse das novas gerações em dar continuidade na utilização de plantas medicinais. Essa reação pode ser um dos reflexos de uma sociedade de consumo que valoriza a praticidade. Os meios de comunicação, importantes veículos de informação, enfatizam os benefícios dos produtos oriundos da indústria farmacêutica e o poder curativo das plantas figura em segundo plano, sendo por vezes desvalorizado, principalmente pelos mais jovens (BADKE, 2008).

Contudo, vale ressaltar que as plantas têm sido alvo de investigações e manipulações científicas, promovendo a utilização de princípios ativos nas mais diversas formas de fármacos. A disseminação desse conhecimento, no entanto, ainda está distante da realidade do senso comum onde, na maioria das vezes, quando as pessoas fazem uso de plantas, adquirem conhecimentos por meio da herança cultural ou as utilizam pelo fato de se constituírem em alternativa de tratamento de menor custo e equivalente eficácia, na perspectiva dos usuários (FARIA, AYRES, ALVIM, 2004).

Estudo com gestantes, na cidade do Rio de Janeiro, encontrou resultados divergentes desta pesquisa. Das 31 gestantes participantes, 54,8% faziam uso de alguma planta medicinal, principalmente para amenizar sintomas fisiológicos da gestação, como náuseas e vômito. Além disso, consumiam de forma irrestrita e, em alguns casos, o risco de abortamento e

teratogenicidade foi detectado. Faria, Alves e Alvim (2004) alertam os profissionais de saúde para a orientação quanto ao uso de plantas medicinais pelas gestantes com o objetivo de evitar abortamentos e malformações fetais. Em caso de dúvidas sobre as propriedades e/ou efeitos, a opção mais sensata é não usá-las, pois a toxicidade pode estar associada à maneira incorreta na seleção e no preparo dos chás. Além disso, a quantidade da planta, o número de vezes em que é consumida e o intervalo em que a mesma é administrada são fatores que podem interferir nos efeitos esperados.

Outro dado encontrado na pesquisa está associado ao **consumo de alguns alimentos fonte de cafeína**. O café e o chimarrão², consumidos diariamente, tiveram uma redução importante, sendo justificada tanto pela fisiologia gestacional quanto pela adesão a novos comportamentos no período gestacional:

Tô enlouquecida que eu não posso mais tomar meu café por causa da azia! Então eu tenho tomado leite. Ai, como eu adoro café preto! (Maria)

O chimarrão eu parei. Já faz um mês e pouco que eu não estou tomando. Um pouco por causa da azia, mas eu já tinha parado assim por conta, quando soube da gravidez. (Maria)

Quando eu tomo café da manhã, às vezes, é na minha cunhada, mas é só café preto, porque ela só toma café preto. (Vanessa)

Eu senti um pouco de enjoo no início dessa gestação, de eu ver as coisas e me enjoar. Ver o chimarrão ou o café, que eu gosto, e não poder tomar. Antes, como eu fumava, era o cigarro e o café. [...] Era o mate com cigarrinho, café com cigarrinho. Parei com o café, em parte por causa do cigarro, mas também por causa da gestação. Agora procuro tomar sempre leite, ou leite com café ou leite com Nescau. Eu acabei substituindo, mas café puro não consigo tomar mais. (Luiza)

Tenho tomado menos chimarrão, mas eu tomo um pouquinho antes do almoço, porque o meu marido chega e nós tomamos umas cuias [...] Todos os dias a gente faz chimarrão. (Luiza)

As gestantes reconhecem a redução no consumo de café e chimarrão em decorrência dos sintomas digestivos, principalmente as náuseas e a azia. Salientaram também a condição gestacional e o tabagismo como fatores limitantes.

² No Rio Grande do Sul, o chimarrão é costume tradicional que implica um ritual muito particular relacionado com a sociabilidade. Afinal, as pessoas tomam chimarrão em grupo, geralmente, nas rodas de chimarrão. A origem da bebida é indígena e é compartilhada com os países vizinhos, Argentina, Uruguai, Paraguai e Chile. Trata-se de uma bebida feita a partir da infusão das folhas de um arbusto chamado “erva-mate” e servida em um recipiente chamado “cuiá” – pequena cabaça feita de porongo, o fruto seco do porongueiro. (Maria Eunice Maciel, 2007).

No Brasil, o café é um importante símbolo cultural, consumido em larga escala e reconhecido como marcador social. A Associação Brasileira de Indústrias de Café (ABIC) aponta que o Brasil é o segundo maior consumidor de café do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos³ (SAMORA, 2010). A atenção para o consumo de cafeína pelas gestantes teve início nos anos de 1970, tendo em vista o questionamento de pesquisadores sobre as consequências fetais, em especial, a prematuridade e o baixo peso. Após muitas pesquisas, as indicações ainda são controversas, no entanto, a conduta aceita pela maioria dos estudiosos é que o consumo de cafeína pela gestante não exceda 300 mg/dia⁴ (SOUZA, SICHIERI, 2005).

Estudos demonstraram que consumo de cafeína por gestantes não oferece riscos para o crescimento intrauterino e a prematuridade, se a quantidade ingerida for inferior a 300mg/dia (BICALHO, FILHO, 2002; SOUZA, SICHIERI, 2005). Outro estudo, realizado no Rio de Janeiro, aponta que a maioria das gestantes consumia cafeína, no entanto, os valores eram inferiores a 300 mg/dia (PACHECO et al., 2008). Vale ressaltar que as investigações apresentam limitações, principalmente o esquecimento dos alimentos ingeridos, referido durante a coleta de dados, e a dificuldade de quantificar a dosagem de cafeína ingerida por meio de questionários.

Baruffi (2004), ao realizar estudo com gestantes no sul do Brasil, comenta que o consumo do chimarrão pode interferir nos hábitos alimentares das gestantes, que podem reduzir a ingestão de nutrientes, à medida que substituem as refeições pelo mate. Além disso, observou que muitas gestantes não aceitam o uso de chás, mas permanecem consumindo café e chimarrão.

Nesse sentido, percebemos que o consumo do chimarrão e do café são hábitos cotidianos, ao contrário do uso de chás, e, portanto, eles não se enquadram nos alimentos considerados “proibidos” ou “não aconselhados”.

³ O aumento no consumo de café pelos brasileiros é surpreendente: os índices revelam que houve um aumento de 4,15% no ano de 2009 em relação a 2008. A expectativa para o ano de 2010 é que haja um acréscimo de 5%. Os valores remetem a 18,39 milhões de sacas de café e um consumo *per capita* de 5,81 quilos de café em grão cru ao ano (SAMORA, 2010).

⁴ O conteúdo de cafeína no café pode variar de 29 a 176mg/xícara; no chá, de 8 a 107 mg/xícara; no chocolate, de 5 a 10mg/xícara; e no refrigerante do tipo cola, de 32 a 65 mg/360ml (BUNKER, MCWILLIAMS, 1979). Além disso, pode estar presente em medicamentos, como analgésicos (15 a 64 mg/U), moderadores de apetite (50 a 200mg/U) e estimulantes (100 a 200mg/U) (SRISUPHAN, BRACKEN, 1986).

4.3 Categoria 3: O aumento de peso gestacional: um olhar sobre a doença, um olhar sobre a vaidade

Esta categoria clarifica aspectos associados ao aumento de peso, demarcados como motivos de preocupação durante o período gestacional e puerpério. De maneira incisiva, as participantes deste estudo indicaram que o discurso dos profissionais da área da saúde impregna tanto os meios de comunicação como as pessoas do convívio social das gestantes, reforçando a prevenção de doenças e as questões estéticas como principais justificativas para o controle do peso gestacional. Categoricamente, insinuem que a mulher deve ter certos cuidados nesse período, principalmente evitar o consumo de gorduras e seguir orientações médicas, advindas dos veículos de comunicação, dos consultórios de pré-natal e da própria família.

Os **meios de comunicação**, em especial a televisão, exercem forte influência sobre o comportamento alimentar das gestantes, principalmente, pela presença de profissionais da área da saúde que respaldam as informações e orientações:

Eu estava olhando sábado um programa de televisão e o médico falou que o normal é a gestante engordar entre 9 e 12 quilos. Que tantos quilos é do bebê, tantos quilos é não sei o que... O meu marido olhou pra mim e dava risada, porque, assim, no caso, é normal engordar isso em toda a gestação e ele disse assim (risos): “Tu tá com 5 meses e já engordou 10 quilos, imagina depois, imagina até o final!”, e dava risada (risos). (Maria)

Eu estava olhando num programa de televisão, domingo, que um doutor falou que o refrigerante não prejudica em nada, mas se puder trocar, é pra trocar. Não pode tomar por causa do crescimento dos ossos e do açúcar que engorda. (Vanessa)

Tem que cuidar a alimentação, não comer frituras. Eu acho que é por causa da quantidade de óleo, porque é normalmente o que a gente vê muito na televisão. Eu acho que é por causa do colesterol, essas coisas, é o que a gente vê nas reportagens da televisão. (Luiza)

Constatamos na fala das gestantes que as orientações obtidas por meio da mídia televisiva priorizam a manutenção de uma alimentação saudável, visando o peso adequado. Para tanto, identificamos nos discursos normas de controle e proibição. Em nenhum momento houve menção a orientações sobre o que deve ser ingerido ou o que deve ser mantido na alimentação. É lembrado somente o que pode prejudicar a saúde e os seus efeitos (obesidade, colesterol...).

Apesar de existirem programas televisivos que, mesmo parcialmente, pontuam os alimentos saudáveis e os seus benefícios, prioritariamente são divulgados os alimentos que devem ser evitados. Ademais, as gestantes reafirmam os discursos proibitivos, mas permanecem consumindo esses alimentos e, em alguns casos, de maneira excessiva.

Desordenadamente e ocupando diversos espaços em nossa sociedade, a mídia desempenha funções prescritivas, agregadas à construção e à desconstrução das práticas alimentares. A televisão, como veículo comunicacional, investe na transmissão de mensagens que codificam modos de vida compatíveis com as normas sociais vigentes. Neste movimento contínuo, aceitar os modelos de emagrecimento está imbricado a uma ideia de mercado que busca um padrão estético de corpo ideal. De acordo com Serra e Santos (2003), os discursos técnicos e científicos que exaltam a beleza mobilizam as normas de produção, ou seja, o padrão estético enaltecido no cenário midiático é simbólico e representa poder e controle social. A mídia mascara o verdadeiro objetivo dos seus discursos e, de maneira generalizante, busca reimprimir nova identidade ao público.

A magreza interpreta a imagem de poder, beleza e mobilidade social e, no outro extremo, a obesidade incorpora a ideia de descuido com o corpo, sendo, muitas vezes, alvo de preconceitos. As noções de belo tornam-se confusas à medida que observamos os enunciados divulgados pela mídia escrita e televisiva: de um lado a indústria de alimentos fascina o público com os alimentos hipercalóricos, e do outro as normas sociais incitam o controle do peso corporal, enaltecendo a magreza (ANDRADE, BOSI, 2003; SERRA, SANTOS, 2003).

A cobrança pelo corpo perfeito, preconizado pela sociedade e divulgado pela mídia, pode incutir nas mulheres uma insatisfação crônica de seus corpos. Assim, é comum ouvirmos a necessidade da adequação alimentar e da adoção de hábitos que auxiliem na manutenção ou obtenção do corpo magro, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente (HERNÁNDEZ, ARNÁIZ, 2005; ANDRADE, BOSI, 2003). Entre as gestantes esse entendimento, muitas vezes, configura as práticas alimentares, fazendo-as evitar alimentos de maneira radical (BAIÃO, DESLANDES, 2006).

A tecnologia da beleza ocupa cada vez mais espaço no meio televisivo e, através do apelo midiático-imagético, modela subjetividades e contribui para o crescimento lucrativo da indústria da magreza. Para tanto, promove padrões de beleza que tendem a ocupar o limite extremo pela

busca obsessiva do corpo perfeito, mascarando, muitas vezes, a linha divisória entre o saudável cuidado com o corpo e as doenças narcisísticas, como a anorexia (ANDRADE, BOSI, 2003).

A mídia televisiva impregna o discurso das gestantes com falatórios técnicos e recomendações médicas, mas é no meio familiar que existe a confirmação das orientações que visam à **prevenção de doenças**:

É bom evitar comer besteira, bolachinha recheada, salgadinhos, essas coisas. E todo mundo diz que doce pode dar problema de diabetes nos últimos meses da gestação. Todo mundo fala que não é pra comer muito doce. A minha sogra fala, porque ela tem diabetes, que eu não devo comer nos últimos meses da gestação, senão posso ter diabetes. (Vanessa)

A minha mãe fala que é pra eu comer menos, porque, senão, depois pode me prejudicar no parto por causa da pressão. (Vanessa)

Eu tenho que cuidar pra não ter problema de pressão. Porque às vezes ela aumenta demais. E eu passo mal, então isso eu tenho que cuidar. Teve uma vez só que subiu mesmo, eu senti tontura, uma zonzeira, e a minha vista foi se apagando. Eu acho que isso aconteceu pelo meu peso. E também acho que pode dar problema no coração. Gordura não é saúde, todo mundo diz. Eu como bastante gordura. Depois que o bebê nascer, quero diminuir. (Vanessa)

Detectamos nas falas de Vanessa as recomendações médicas para prevenção de agravos à saúde materna, potencializadas por outros familiares (a sogra e a mãe). O cuidado com o aumento de peso foi associado à prevenção de hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e intercorrências durante o trabalho de parto. A tradução do discurso médico enaltece novamente as proibições.

Notamos que a dieta consumida por Vanessa inclui alimentos ricos em gordura e que existe o desejo de modificar esse hábito, no entanto, o fato de estar grávida a faz pensar que é um impedimento para iniciar uma adequação alimentar. Identificamos mais uma vez a necessidade de acompanhar a gestante e a sua família durante o pré-natal e o puerpério, visando o direcionamento de práticas alimentares.

Além disso, a idéia de que “todo mundo diz” sobre os alimentos ricos em gordura reporta a um falatório repetido, principalmente, nos meios de comunicação (televisão, revistas, jornais, internet...) e que, categoricamente, está entrelaçado ao discurso biomédico. O processo de assimilação entre o que é aceito e o que é praticado determina o modo como as gestantes interpretam os riscos à saúde aos quais podem estar expostas no momento que optam por uma alimentação inadequada.

No Brasil, a detecção do excesso de peso na população foi obtida através da avaliação de dados encontrados na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). O agravo foi diagnosticado em 27 milhões de indivíduos, ou seja, 32,0% da população brasileira total. Destes, 6,8 milhões apresentavam Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 30kg/m², indicando o estado de obesidade. A obesidade tende a ser mais frequente em regiões com maior desenvolvimento, como o sul e o sudeste do país. A Região Sul totaliza cerca de 5 milhões de adultos com excesso de peso; e a Sudeste, aproximadamente 10 milhões de adultos com sobrepeso e cerca de 3 milhões e meio com obesidade. A obesidade tende, ainda, a ser um fenômeno presente na zona urbana em detrimento da área rural, em todas as regiões brasileiras. Diferenças na prevalência da obesidade entre os grupos sociais também são observadas. Dos 6,8 milhões de obesos diagnosticados pela PNSN, 70,0% eram do sexo feminino. A população de baixa renda é a mais atingida, apresentando a prevalência superior a 30,0% do total de mulheres com excesso de peso. Tais evidências representam um quadro alarmante no que se refere à alimentação dos brasileiros, o que incide em um grave problema de saúde pública: o aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 1989).

A obesidade está relacionada a múltiplos fatores que se inter-relacionam no campo social, cultural e biológico. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com mulheres moradoras da favela da Rocinha, aponta que a obesidade já pode ser considerada uma das faces da pobreza urbana no país. O estudo afirma ainda que a obesidade é uma enfermidade não apenas física, mas social, derivada das interações vividas no cotidiano dos sujeitos. Com base nos resultados encontrados, ficou claro que a obesidade não está associada apenas a abundância e aos excessos alimentares, pois está entrelaçada à cultura e à história dos indivíduos (FERREIRA, MAGALHÃES, 2005).

Existem estudos que comprovam o aumento dos riscos para a gestante obesa de desenvolver síndrome hipertensiva da gestação, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (PADILHA et al., 2007). Além disso, Nascimento e Souza (2002), ao desenvolverem pesquisa, cujo objetivo era avaliar a dieta de gestantes com sobrepeso, comprovaram que tanto as gestantes com sobrepeso quanto aquelas com peso normal estão predispostas, em mesma intensidade, a carências nutricionais. Ou seja, o aumento de peso não indica ingestão alimentar adequada.

A percepção das gestantes sobre o aumento de peso associa-se também ao peso pré-gestacional, pois é o parâmetro que se evidencia mais rapidamente dentre as alterações corporais (juntamente com o aumento dos seios, da região abdominal...). Perceber o **corpo grávido** é um processo de adaptação em que a mulher resgata o **tempo passado** (corpo pré-concepcional) e cria **expectativas sobre o futuro** (corpo puerperal e pós-puerperal):

O que eu tô notando é o aumento do peso, eu tô sentindo. Não sei, mas eu comia também na gestação anterior. [...] Mas dessa vez eu acho que tá demais. É que meu peso sempre foi 49, 50, 52, (fala desanimada). E eu já estou com 63. [...] É que eu tenho medo de não voltar depois o peso. (Maria)

Eu, antes de engravidar, já tinha esse peso (83 quilos). Eu engordei quando vim morar aqui com meu marido, porque antes eu era magrinha, pesava 53 quilos. Eu engordei bastante. Meu peso agora é sempre esse, 83 ou 84 quilos, nunca mudo esse peso. Agora na gestação, às vezes eu acho que tá ruim, porque eu me sinto pesada. (Vanessa)

Eu acho que aquelas que já eram gordinhas antes de ficarem grávidas têm que cuidar para não ir além do normal. Porque tem aquelas gestantes que são magrinhas e não engordam nada. Eu acho que as gordinhas que têm que se cuidar, como eu, que já era gordinha, ter um pouco de cuidado com o corpo. Eu acho que tenho que me cuidar mais nessa parte, tentar emagrecer depois que eu ganhar o bebê, pra não ter problema de saúde. Tirar um pouco de fritura, que eu como demais. Mas mudar agora, não! Se eu conseguisse agora... É que agora é difícil... (Vanessa)

O peso pré-gestacional aumentado, como no caso de Vanessa, reproduz sentimentos de impotência diante da gestação, pelo fato de o aumento de peso ser inevitável. No caso de Maria, ser magra antes da gestação produz momentos de tensão, tendo em vista a incerteza de retornar ao peso normal após o parto. É provável que o maior receio das gestantes seja a obesidade, representada nas falas pela imagem do “gordo”.

Outro ponto marcante nas falas é a identificação da gravidez como um momento impróprio para iniciar qualquer mudança que possa diminuir a ingestão alimentar. Reduzir o consumo de alimentos representa, culturalmente, o envio inadequado de nutrientes para o bebê – esta idéia aparece fortemente arraigada aos discursos maternos, principalmente, nos tópicos que reforçam a necessidade de mudanças somente após o parto.

Sabemos que o aumento de peso é uma preocupação identificada na população em geral. No Brasil, especialmente nas últimas décadas, a tendência de aumento de peso corporal está associada a uma alimentação marcada pelo excesso, principalmente dos lipídios e carboidratos. A parcela da população feminina em idade reprodutiva com sobrepeso está, provavelmente, exposta

ao aumento exagerado de peso durante a gestação e às suas consequências (AMORIM, LACERDA, KAC, 2007).

A obesidade reconhecida como um atributo físico é percebida, interpretada e influenciada pelo sistema social. Os valores socioculturais associados à obesidade podem variar de uma sociedade para outra, nos diferentes contextos históricos. Assim, a ideia de saúde que algum tempo era identificada como sinônimo de corpulência, hoje tem seu significado modificado com as novas concepções e crenças culturais acerca do corpo magro (HERNÁNDEZ, ARNÁIZ, 2005; WANDERLEY, FERREIRA, 2010).

É a partir do corpo que o indivíduo exterioriza o seu mundo interior, as suas ideias e a sua história. A beleza, a estética e a saúde direcionam os cuidados com o corpo, determinando e reafirmando um sistema de regras sociais que relaciona os indivíduos, seu corpo e a sociedade. Na contemporaneidade, os padrões sociais atribuem ao corpo características que enaltecem a magreza (WANDERLEY, FERREIRA, 2010).

Para Carvalho e Martins (2004), a obesidade, nas sociedades ocidentais, pode ser classificada como um estado desarmônico dos padrões de normalidade na cultura. Em outras palavras, o indivíduo obeso é anormal porque difere do ideal de beleza do corpo magro e/ou musculoso valorizado pela sociedade. A compreensão da obesidade como um estado patológico pode gerar sensação de impotência e interferir negativamente nas relações sociais do indivíduo, principalmente pelo preconceito existente.

Para Maria, a **aparência física** é o principal fator que determina a vigilância sobre o peso:

Eu fico ansiosa. Todo mundo diz que é normal o meu aumento de peso, que é assim, mas eu acho demais. Eu acho que é demais porque na outra gestação não foi tanto. Eu tava até olhando as fotos e não representou estar tão grande. (Maria)

Eu achava que tava demais. Mas como a enfermeira me falou que estava normal pela minha estatura... Mas mesmo assim eu acho que tá demais, porque as roupas já não me servem nada (risos). E cada vez que eu vou ver, que eu vou me pesar, eu acho que tá um pouquinho a mais. Um pouquinho acima do esperado. Isso acaba me preocupando, porque eu penso depois como que eu vou voltar ao meu peso normal. Eu tenho medo disso, mas eu tô me alimentando direitinho, não tô comendo exageradamente. (Maria)

Tem gente que come demais. Tem gente que vê uma criança gordinha e acha bonitinho. Eu já não acho, não vou dizer que é feio, mas eu já não acho bom, porque é gordura demais, pra mim não é bonito. (Maria)

Mesmo que de maneira implícita nos relatos descritos, ficou evidente durante as observações (na consulta de enfermagem e no domicílio das gestantes) o desejo de conquistar ou manter o corpo magro. Tais ocorrências foram detectáveis, principalmente, no momento da pesagem da gestante, em que, algumas vezes, houve surpresa e desânimo diante do aumento de peso. Maria revelou-se, por momentos, decepcionada, ao declarar que as roupas não estavam mais servindo. Além disso, comparativamente com a gestação anterior, mostrou-me o álbum de fotografias na tentativa de comprovar que o aumento de peso estava exagerado.

De acordo com Montanari (2008), a preocupação com o aumento de peso da população em geral é decorrente da cultura nos diferentes grupos sociais, em diferentes momentos históricos. Na Idade Média, por exemplo, a guerra e a fome incutiram no pensamento humano o medo da morte pela escassez de alimentos. A abundância alimentar e as doenças advindas da ingestão excessiva representavam *status* social elevado, prestígio e poder. O ideal estético estava vinculado ao corpo robusto: ser gordo era sinal de riqueza e bem-estar. Com o passar dos anos, houve um declínio nesse entendimento.

Nos séculos XIX e XX, comer muito e ser gordo deixam de ser um privilégio e uma imagem de superioridade social. Nesse período, os alimentos começam a ser produzidos em larga escala e alcançam todas as camadas sociais. Mesmo que em menor intensidade, nas camadas populares o alimento é encontrado em maior quantidade do que nos séculos anteriores. Assim, às pessoas de classes abastadas era recomendado comer pouco e aumentar o consumo de vegetais. Comer muito estava relacionado aos hábitos das classes mais desfavorecidas (MONTANARI, 2008).

O modelo alimentar e estético da magreza, enriquecido de implicações referentes à saúde, começa a ser difundido na Europa na primeira metade do século XX. No entanto, após a experiência devastadora das guerras mundiais, o fantasma da fome retoma à cena e, nos anos de 1950, as figuras femininas nos cartazes publicitários e no cinema são marcadas, preferencialmente, pela imagem de uma corporeidade viçosa e cheia (as chamadas *pin ups*). Somente no início dos anos de 1970 e 1980, a ideologia do corpo magro ascende vitoriosa, indicando que, no plano cultural, a relação com a comida se inverteu: o perigo e o medo do excesso substituíram o perigo e o medo da fome (MONTANARI, 2008).

O aumento na produção alimentar, próprio das sociedades industriais pós-modernas, produz novos problemas para uma cultura historicamente marcada pelo medo da fome e pelo

desejo de comer muito – atitudes e comportamentos permanecem condicionados a isso, e a irresistível atração pelo excesso é, muitas vezes, interrogada. As doenças por excesso, que antigamente eram privilégio de poucos, tornam-se um fenômeno de massa, substituindo as tradicionais doenças de carência. Nesse cenário, emerge uma conduta controversa, que é a grande parcela das pessoas que desejam emagrecer e não estão com sobrepeso e nem mesmo apresentam tendência de adquiri-lo. A questão-chave do problema parece ser a divergência entre o desenvolvimento econômico e a elaboração cultural, ou seja, temos ao nosso alcance a disponibilidade ilimitada de alimentos interligada a um equipamento mental construído para o mundo da fome (MONTANARI, 2008).

À luz do aspecto cultural, no grupo específico das gestantes identificamos também a exposição às mudanças alimentares desenhadas ao longo dos tempos. Meyer (2009) recorda que, algumas décadas atrás, o aumento de peso gestacional atingia valores até 20 quilos, de acordo com as orientações pré-natalistas. Atualmente, é comum ouvirmos que o aumento de peso da gestante não deve ultrapassar 5 ou 6 quilos. Este é um dos reflexos da imposição estética direcionada às mulheres, em que a valorização do corpo magro e bem delineado repercute no modo como identificam/aceitam os seus corpos durante e após a gravidez.

Um tópico de elevada importância para a manutenção e adequação do peso gestacional foi mencionado por apenas uma gestante: a **realização de exercícios físicos**.

Eu não tinha nem ideia de quantos quilos eu estava antes de engravidar, porque eu já estava me achando gordinha, mas não aquela gordura exagerada. [...] Antes de engravidar eu estava fazendo academia e caminhando. [...] Eu acho que a gestante tem que cuidar a alimentação, procurar fazer um exercício físico básico, pra não ficar tão sedentária. (Luiza)

A realização de exercícios físicos regulares está longe da realidade destas gestantes. Apesar das motivações para o controle alimentar, parece existir desconhecimento da necessidade de regular a ingesta alimentar ao gasto energético. Ademais, as atividades físicas praticadas pelas gestantes ainda são alvo de discussões entre os profissionais de saúde, o que repercute na dificuldade de orientá-las adequadamente para essa prática.

O princípio fundamental para manter um balanço energético é o equilíbrio entre ingestão e gasto energéticos. Se a ingestão excede o gasto, ocorre um desequilíbrio e deposição de gorduras corporais, conseqüentemente haverá ganho de peso. A Estratégia Global da Organização Mundial

de Saúde recomenda que, durante todas as fases da vida, os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

A atividade física pode ser conceituada como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Exercício físico é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Realizar atividade física implica adotar hábitos mais ativos em pequenas, mas importantes, modificações no cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas (BRASIL, 2005).

Ainda não há consenso na literatura que indique a conduta ideal para a prática de exercícios físicos pelas gestantes. No entanto, pesquisadores concordam que a atividade física regular, moderada, controlada e orientada por profissionais pode produzir benefícios sobre a saúde fetal e materna. O que é regularmente orientado são as atividades físicas leves, como andar de bicicleta, caminhar e nadar (BATISTA et al, 2003).

A realização de exercício físico na gestação é recomendada na ausência de anormalidades maternas e fetais. As contraindicações absolutas são o sangramento uterino, a implantação placentária baixa, o risco para trabalho de parto pré-termo, o crescimento intrauterino restrito, os sinais de insuficiência placentária, a rotura prematura de membranas e a incompetência istmocervical. Nas gestações de baixo risco, a mulher que já praticava exercícios pode preservar esse hábito, adequando a duração e a intensidade à gestação (LEITÃO et al., 2000).

Os objetivos da prática de atividade física em gestantes são a manutenção da aptidão física e da saúde, a diminuição de sintomas gravídicos, o melhor controle ponderal, a diminuição da tensão no parto, e uma recuperação no pós-parto imediato mais rápida. Outros benefícios da atividade física na gestante são o auxílio no retorno venoso, prevenindo o aparecimento de edema e varizes de membros inferiores, e a melhora nas condições de irrigação placentária (LEITÃO et al., 2000).

Nesse contexto, o enfermeiro orienta as gestantes a desenvolver atividades físicas regulares, indicando que sejam realizadas de maneira moderada e de acordo com a tolerância de cada gestante. Algumas alterações fisiológicas, como as respiratórias e as digestivas, podem interferir na duração e na intensidade dos exercícios físicos principalmente no último trimestre gestacional, sendo necessária, portanto, a redução e/ou readequação dos mesmos.

As orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde contemplam a realização de caminhada, que deve ser realizada com moderação, duas a três vezes por semana (BRASIL, 2006). É válido reforçar a importância do enfermeiro que realiza o pré-natal trabalhar em conjunto com outros profissionais da saúde. As orientações realizadas pelo fisioterapeuta e educador físico contribuem para a adequação individual das atividades físicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final desta etapa, vale apreciar o que isso significou para mim. Durante os dois anos que estive empenhada nas atividades do curso de mestrado verifiquei avanços não apenas no conhecimento relacionado à Enfermagem, mas também crescimentos em minha vida pessoal. Desde o primeiro momento da construção do projeto de mestrado, aqui incluo o pré-projeto para seleção, sabia que algumas transformações iriam ocorrer.

No campo do crescimento profissional reconheço que as discussões realizadas fizeram-me refletir sobre a prática docente na Enfermagem, bem como criar e transformar a realidade das atividades direcionadas à assistência, ao gerenciamento e à pesquisa – principalmente nas práticas de docência orientada e co-orientação de iniciação científica. O cuidado de Enfermagem foi o pilar que alicerçou grande parte das discussões entre os mestrandos e entre os acadêmicos que acompanhei nas aulas práticas.

Minhas expectativas quanto ao futuro após o mestrado foram surpreendidas no momento em que foi necessário mudar-me de cidade e estado, antes mesmo de concluí-lo. Desde então muitos percalços surgiram, mas, à medida que a cidade e o novo trabalho foram se tornando parte da minha vida, juntamente com a dissertação, fui me tranquilizando e percebendo que todos os caminhos possuem obstáculos e muitas bifurcações, e mais, que determinadas opções nos encaminham por direções que até então faziam parte apenas de sonhos de nossa vida.

Ao final deste trabalho, percebo, como enfermeira, a longa trajetória que ainda precisa ser percorrida pelos profissionais da área da saúde para que seja alcançado um cuidado integral às gestantes. Este pequeno passo, dentre muitos já alcançados, estimula os profissionais da área da saúde que entendem a cultura como um dos principais pilares do cuidado.

A etnoenfermagem, como instrumento metodológico, guiou-me pelas sinuosidades da Antropologia e da Enfermagem. A aventura científica, cujo enfoque foi a descoberta cultural acerca da alimentação de gestantes, tornou-se complexa à medida que verifiquei a grande diversidade de trabalhos com enfoque antropológico. Foi difícil, confesso, conversar com importantes antropólogos, como Leininger, Geertz e Hernandez Contreras, utilizar os seus termos, concordar, por vezes, confrontar suas idéias e discutir com outros autores. Por diversas

vezes estive cercada de inquietações e novas motivações e, em outros momentos, apresentaram-se desenlaces inesperados (principalmente durante a coleta de dados).

Dentre tantas reflexões sobre a cultura das gestantes e após algumas respostas encontradas, a confirmação de minha hipótese inicial foi vislumbrada, isto é, à medida que as categorias iam se estruturando percebi que as influências culturais modelam o comportamento alimentar das gestantes e, mais, não estão presentes apenas às gestantes ou restritas ao período gestacional.

Os constructos culturais das gestantes não são invioláveis, mas propensos a alterações contínuas, advindas do meio externo e interno. Estar gestante implica num processo de construção de uma nova vida, e de adaptação em todos os sentidos. Para tal há o recebimento de uma profusão de saberes herdados da família (da gestante e do marido) que permitem a adaptação física e cultural da mulher.

Além disso, a mídia tem tido um forte papel endocultural, remetendo as pessoas em geral, e as gestantes, neste estudo, a uma idéia de culto ao corpo que enaltece a beleza feminina, privilegiando a magreza e o delineamento de curvas, mediante sacrifícios alimentares e físicos. Os relatos das gestantes demonstram o desejo em se adequar ao padrão estético vigente, no entanto ficou evidente que as alterações alimentares só poderão ocorrer após o término da gestação. Isto demonstra que, culturalmente, as gestantes aceitam o período gestacional como um momento em que a alimentação deve ser privilegiada, sendo aceitáveis, em muitos casos, os exageros alimentares e o consumo ‘sem culpa’ de alimentos altamente calóricos.

Transpondo o espaço da cozinha, as gestantes concatenaram em suas falas a memória, os encontros familiares e o ambiente de trabalho. Assinalaram as preferências alimentares de acordo com os desejos, as proibições e as recomendações (tanto familiares quanto médicas). Este emaranhado de elementos subjetivos nada mais é do que a rede simbólica tecida, primorosamente, pelas mãos das gestantes – seres sociais expostos às influências do cenário em que vivem.

Assistir a mulher durante o período gestacional exige algumas habilidades específicas do enfermeiro, pois os desafios diários na atenção pré-natal não se restringem ao campo técnico-científico. Acolher a família da gestante, incorporar estratégias de aproximação das redes sociais, oportunizar espaços dialógicos, fortalecer saberes e práticas populares e valorizar as

representações culturais são algumas maneiras de compreender e, se necessário, (re) orientar as escolhas alimentares das gestantes.

No que tange a formação profissional, o enfermeiro possui poucas disciplinas acadêmicas que abrangem a alimentação nos diferentes ciclos de vida. Na atenção pré-natal essa dificuldade é observada quando são valorizados apenas os aspectos e os procedimentos técnicos (medição, pesagem, exames laboratoriais, entre outros). Além de reconhecer as demandas nutricionais da gestante é importante ter uma base científica que contemple quais os alimentos recomendados, suas propriedades e funções. É relevante reforçar que o simples preenchimento da carteira da gestante não garante um cuidado qualificado, é preciso, como foi realizado nessa pesquisa, ir além e buscar subsídios para a atenção pré-natal no domicílio da gestante, nos grupos e nas consultas de pré-natal, por meio do relato de familiares e conversas sobre o cotidiano e o cenário social.

A partir deste estudo, algumas recomendações dirigidas a gestante e sua família podem ser inseridas no cuidado pré-natal. Durante a entrevista inicial e o delineamento do histórico de enfermagem é relevante inserir questionamentos, como: “quem seleciona, armazena e prepara os alimentos?”; “existe alguma prática que você conheça a respeito da alimentação durante a gestação?”; “você possui algum desejo alimentar?”; “quais os alimentos que você consome regularmente?”; “quantas refeições você faz por dia?”; “quais alterações digestivas você notou desde o início da gestação?”; “como você percebe o seu corpo durante a gestação?”. Essas perguntas proporcionam ao enfermeiro um panorama geral do comportamento alimentar da gestante e sua família e, assim, direcionam outras entrevistas mais específicas durante o pré-natal, promovendo uma atenção individualizada. Outras informações tão importantes quanto os hábitos alimentares estão associadas as condições econômicas das gestantes, a origem e o acesso aos alimentos, bem como o uso de eletrodomésticos. Muitos detalhes não mencionados pelos profissionais da área da saúde, durante a atenção pré-natal, fazem toda a diferença nas escolhas alimentares.

Algumas estratégias podem ser acrescidas nas atividades durante o pré-natal. O grupo de gestante, nesta pesquisa, mostrou-se como um importante meio para a troca de informações entre as gestantes e os profissionais de saúde. Assim, trabalhar as questões relativas a alimentação coletivamente é uma maneira de esclarecer dúvidas e conhecer a realidade alimentar das gestantes e suas famílias.

Outra maneira criativa que pode fazer parte das atividades de pré-natal é a construção de cartilhas e/ou livros de receitas juntamente com as gestantes, podendo ser um produto confeccionado durante o grupo de gestantes ou oficinas previamente elaboradas. Esse material deve contemplar receitas culinárias de acordo com a demanda das gestantes, no caso desta pesquisa as receitas devem motivar o consumo de alimentos do grupo das frutas, verduras e legumes, além de reduzir o consumo de alimentos gordurosos.

Finalizando este estudo, cabe destacar que este representou um importante exercício metodológico. Foi prazeroso e motivador à minha vida, tanto pessoal quanto profissional. Encerro este lembrando que deixo aqui meu olhar como pesquisadora. Entendo com isso que não se finda aqui o estudo desta temática e que outros tantos olhares poderão trazer outras visões, outras percepções, e desejo, intensamente, que outros também percorram este caminho, produzindo conhecimentos que poderão qualificar, cada vez mais, a atenção à saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

ABDALA, M. C. Estudos sobre comida e gênero. VII Reunión de Antropología del Mercosur. Disponível em: <http://www.ram2009.unsam.edu.ar/GT/GT%201%20%E2%80%93Practicas%20Alimentarias%20e%20Intervenciones%20Antropol%C3%B3gicas.%20La%20Antropolog%C3%ADa%20de%20la%20Alimentaci%C3%B3n%20en/GT1-Ponencia%20%5BABDALA%5D.pdf>

AMORIM, A. R.; LACERDA, E. M. A.; KAC, G. Uso e interpretação dos indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de gestantes. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Editora Atheneu, 2007. p. 31-48.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 1, p. 117-125, 2003.

ARNAIZ, M. G. Aplicações da antropologia à alimentação: algumas propostas. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um possível diálogo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 287-303.

ASSUNÇÃO, V. K. Comida de mãe: as relações entre maternidade, alimentação e gênero. Anais do 8º Fazendo Gênero – Corpo, violência e poder, 2008.

BADKE, M. R. **Conhecimento popular sobre o uso de plantas medicinais e o cuidado de enfermagem**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização**. 2004. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 2, p. 245-253, 2006.

_____. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2633-2642, 2008.

BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes Antropológicos**, ano 13, n. 28, p. 87-116, 2007.

BATISTA, D. C. et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 2, p. 151-158, 2003.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 169-175, 2009.

BICALHO, G. G.; FILHO, A. A. B. Peso ao nascer e influência do consumo de cafeína. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 180-187, 2002.

BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, Campinas, v. 6, p. 1-25, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.o 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUDÓ, M. L. D. Cuidando e sendo cuidado – um modelo cultural de saúde em comunidade rural. In: GONZALES, R. M.; BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de Enfermagem. Santa Maria: Palotti, 1999. p. 159-263.

BUNKER, M. L.; McWILLIAMS, M. Caffeine content of common beverages. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 74, n. 1, p. 28-32, 1979.

CANESQUI, A.M. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição**: um possível diálogo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 167-210.

CARNEIRO, H. S. Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: questões & debates**, n. 42, p. 71-80, 2005.

CARVALHO, M. C., MARTINS, A. A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

CORBELT, R. W.; RYAN, C.; WEINRICH, S. P. Pica in pregnancy: does it affect pregnancy outcomes? **MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 28, n. 3, p. 183-189, 2003.

DAMATTA, R. Sobre o simbolismo da comida. **Correio da Unesco**, v. 15, n. 7, p. 21-23, 1987.

FARIA, P. G.; AYRES, A.; ALVIM, N. A. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, 2005.

FLICK, U. Documentação de dados. In: _____. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 265-275.

GALLETTA, M. A. Nutrição e gestação – uma visão geral. **Revista Nutrição Profissional**, ano 2, n. 8, p. 11-21, 2006.

GARCIA, R. W. D. G. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 455-467, 1997.

_____. **A comida, a dieta, o gosto**: mudanças na cultura alimentar urbana. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. Alimentação e saúde nas representações e práticas alimentares do comensal urbano. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição**: um possível diálogo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 211-225.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. **Revista de Nutrição**, v. 20, n. 6, p. 669-680, 2007.

HELMAN, C G. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERNÁNDEZ, J. C.; ARNÁIZ, M. G. **Alimentación y cultura**: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel, 2005.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Ganho de peso gestacional e macrosomia em uma coorte de mães e filhos. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 47-53, 2005.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York: Jones and Barlett Publishers, 2006.

_____. **Culture Care Diversity and Universality**: a Theory of Nursing. Nova York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: UFSC, 1985, p. 255-276.

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices.** New York: McGraw-Hill, 1995.

_____. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Grune & Stratton, 1985.

LEITÃO, M. B. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde da mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 6, p. 215-220, 2000.

LÓPEZ, L. B. et al. La pica durante el embarazo: un transtorno frecuentemente subestimado. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, v. 54, n. 1, p. 17-24, 2004.

MACIEL, M. E. Uma cozinha à brasileira. **Estudos históricos**, n. 33, p. 25-39, 2004.

_____. Identidade cultural e alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um possível diálogo.** Rio de Janeiro, 2005. p. 49-55.

_____. Chimarrão – identidade, ritual e sociabilidade. In: MACIEL, M.E. GOMBERG E. (Org.). **Temas em cultura e alimentação.** São Cristóvão: Editora UFS, 2007. P. 39-55.

_____. Churrasco à gaúcha. **Horizontes antropológicos**, v.2, n. 4, p. 34-48, 1996.

MEYER, D. E. Corpos maternos pobres. Processos educativos “de inclusão social” contemporâneos. In: RIBEIRO, P. R. C.; SILVA, M. R. S.; GOELLNER, S. V. (Org). **Corpo, Gênero e sexualidade: composições e desafios para a formação docente.** Rio Grande: FURG, 2009. p. 19-31.

_____. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Movimento**, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MONTANARI, M. **Comida como cultura**. São Paulo: Senac, 2008.

MONTICELLI, M. Abordagem cultural do nascimento como um rito de passagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, p. 41-44, 1996.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 427f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MURRIETA, R. S. S. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazona, Pará. **Revista de Antropologia**, v. 42, n. 2, p. 39-88, 2001.

NASCIMENTO, E; SOUZA, S. B. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 173-179, 2002.

NUCCI, L. B. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 502-507, 2001.

OKIYAMA, M. C. O.; MONTICELLI, M. Promovendo o autocuidado de família grávidas: uma aproximação entre a enfermeira e as famílias na fase de aquisição. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 89-94, 2005.

OLINTO, M. T. A. Padrões alimentares: análise de componentes principais. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 213-225.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57.^a Assembléia Mundial de Saúde: 8.^a sessão plenária de 22 de Maio de 2004, 2004.

PACHECO, A. H. R. N. et al. Consumo de cafeína por grávidas usuárias de uma Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n.5, 2008.

PADILHA, P. C. et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 10, p. 511-518, 2007.

PONS, S. C. Pontos de partida teórico-metodológicos para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. (Org.). **Antropologia e nutrição: um possível diálogo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 101-126.

RIO DE JANEIRO (Estado). Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Saúde Coletiva. **Programa de Assistência Integral à Mulher, Criança e Adolescente**. Programa de plantas Medicinais. Fitoterapia na assistência à gestante – protocolo de atendimento de Enfermagem, 2000.

ROSA, N.G.; LUCENA, A.F.; CROSSETTI, M.G. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.

ROSE, E. A.; PORCERELLI, J. H.; NEALE, A. V. Pica: common but commonly missed. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 13, n. 5, p. 353-358, 2000.

SAMORA, R. Consumo de café no Brasil em 2010 deve crescer 5%, prevê Abic. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 de jan. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,consumo-de-cafe-no-brasil-em-2010-deve-crescer-5-preve-abic,503088,0.htm>> . Acesso em: 15 abr 2010.

SANTOS, L. A. et al. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 688-694, 2006.

SAUNDERS, C.; NEVES, E. Q. C.; ACCIOLY, E. Recomendações nutricionais na gestação. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. (Org.). **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p. 147-70.

SAUNDERS et al. Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 9, p. 440-446, 2009.

SELIGMAN, L. C. et al. Obesity and gestacional weight again: cesarean delivery and labor complicayions. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 457-465, 2006.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 691-701, 2003.

SIMPSON, E. et al. Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico. **Western Journal of Medicine**, v. 173, n. 1, p. 20-24, 2000.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 150-155, 2008.

SOUZA, R. A. G.; SICHIERI, R. Consumo de cafeína e prematuridade. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 5, p. 643-650, 2005.

SRISUPHAN, W.; BRACKEN, M. B. Caffeine consumption during pregnancy and association with late spontaneous abortion. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 154, n. 1, p. 14-20, 1986.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.

TOKER, H. et al. Dramatic oral findings belonging to a pica patient: a case reporte. **Internacional Dental Journal**, v. 59, n. 1, p. 26-30, 2009.

VAINIO, H.; BIANCHINI, F. **Handbooks of câncer prevention: fruit and vegetables**. Lyon: IARC Press, 2003.

VALLE, C. P.; DURCE, K.; FERREIRA, C. A. S. Conseqüências fetais da obesidade gestacional. **O mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 537-541, 2008.

VITOLO, M. R. Anemia no Brasil: até quando? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 9, p. 429-31, 2008.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 24-29, 2004.



WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 185-194, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2003. **Shaping the future**. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 1990.

ANEXOS

NEXO 1 Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM

 <p>MINISTERIO DA SAUDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: uma contribuição para a enfermagem.

Número do processo: 23081.015514/2009-59

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0287.0.243.000-09

Pesquisador Responsável: Lúcia Beatriz Ressel

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Maio / 2010- **Relatório parcial**

Janeiro / 2011 - **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 29/01/2010

Santa Maria, 29 de janeiro de 2010.



Elisete Medianeira Tomazetti
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação 1

- Local: Unidade Sanitária Kennedy, no consultório de Enfermagem destinado às consultas de pré-natal;

O que observar?

- Comunicação verbal e não-verbal da gestante durante a consulta (chegada no consultório, decorrer da consulta, finalização do atendimento);
- Presença de acompanhante;
- Características físicas e emocionais apresentadas da gestante;
- Atitudes e postura da gestante diante da realização dos procedimentos técnicos durante a consulta de pré-natal;
- Atitudes e postura da gestante diante da realização das orientações realizadas pela Enfermeira durante a consulta de pré-natal;
- As dúvidas, as percepções, os medos, as ansiedades demonstradas pela gestante verbal e não-verbalmente durante a consulta de pré-natal;

APÊNDICE B - Roteiro de observação 2

Local: domicílio da gestante;

Data e horário: conforme agendamento prévio com a gestante.

O que observar no domicílio?

- cenário comunitário (físico-estrutural e social) em que reside a família da gestante e/ou a gestante;

- características do domicílio (presença de água encanada, saneamento básico, energia elétrica, eletrodomésticos...);

- pessoas que residem no domicílio;

- localização e características do ambiente culinário.

O que observar durante a entrevista semi-estruturada?

- comunicação verbal e não-verbal;

- interferências na fala (silêncios, risos, choro, abstrações...)

- sentimentos expressos no decorrer da entrevista.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

<i>NOME:</i>
<i>IDADE:</i>
<i>NATURALIDADE:</i>
<i>ESTADO CIVIL:</i>
<i>ETNIA:</i>
<i>RELIGIÃO:</i>
<i>GRAU DE ESCOLARIDADE:</i>
<i>IDADE GESTACIONAL:</i>
<i>PARIDADE:</i>
<i>GESTAÇÃO PLANEJADA: () SIM () NÃO</i>
<i>QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL JÁ REALIZOU?</i>
<i>ORIGEM DA RENDA FAMILIAR E VALOR:</i>
<i>PESSOAS QUE MORAM COM A GESTANTE:</i>

- 1- Fale sobre como é a alimentação na sua família. E a sua alimentação como é?
- 2- Você acha que a mulher, ao saber que esta grávida, deve modificar os seus hábitos alimentares? Por que? Você modificou. Comente sobre isso.
- 3- Você sente desejo de comer algo diferente? Ou alguma coisa que pode ser considerado não alimento?
- 4- Tem algum alimento que você considera sagrado ou proibido? Você já ouviu falar de algum alimento que não possa ser consumido durante a gestação? E sobre algum alimento que deva ser consumido durante a gestação? Conte sobre isso.
- 5- Qual a origem do alimento da família (mercado, horta, auxílio governamental, outros)? Quem, geralmente, faz as compras ou a seleção dos alimentos? Quem prepara as refeições? Conte como são preparadas essas refeições.
- 6- Com quem você realiza as principais refeições do dia?
- 7- Existe diferença na distribuição dos alimentos em sua família? Como isso acontece?
- 8- O que você ouviu ou ouviu falar a respeito da alimentação durante a gestação? Quem lhe informou?

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **“A influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: uma contribuição para a Enfermagem”**.

Pesquisadoras: **Carolina Frescura Junges** (Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria) e **Lúcia Beatriz Ressel** (Enfermeira Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria).

Eu, informo que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção sobre a pesquisa **“A influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: uma contribuição para a Enfermagem”**, coordenada pela Enfermeira Mestranda Carolina Frescura Junges com a orientação da Professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel.

Entendi que esta pesquisa tem como objetivo compreender as influências culturais envolvidas na alimentação durante o período gestacional. A partir dos resultados obtidos neste estudo, pretende-se planejar estratégias para a melhoria no atendimento pré-natal com relação à alimentação da gestante e também contribuir para a realização de atividades educativas em saúde, que possam ajudar as gestantes. Foi-me dito que o risco decorrente da pesquisa poderá ser a mobilidade emocional em função da reflexão advinda no momento das observações e da entrevista realizadas pela pesquisadora.

Informaram-me que a pesquisadora participará das consultas de pré-natal realizadas pela enfermeira na Unidade Sanitária Kennedy nos meses de março e abril de 2010, onde realizará observações e anotações dessas observações para a pesquisa. Fui esclarecida que a pesquisadora fará uma visita em minha residência, de acordo com minha disponibilidade de data e horário, para me entrevistar e observar o ambiente domiciliar e os hábitos alimentares de minha família. O meu

depoimento, durante a entrevista, que aceito conceder livremente, será gravado em um aparelho digital. A gravação de minha fala será ouvida pela pesquisadora e transferida de maneira escrita para o computador, para que, assim, possa ser realizada a leitura de minhas respostas. Após a leitura e a análise dos dados, este material impresso juntamente com as anotações das observações será queimado e a gravação de minhas falas será excluída do computador da pesquisadora. As informações obtidas serão agrupadas de modo que não serei identificada em hipótese alguma em nenhum momento da pesquisa.

Os dados coletados nas observações e na entrevista, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos e revistas da área da saúde. Os pesquisadores se comprometem em apresentar o relatório final desta pesquisa na Unidade Sanitária Kennedy.

Fui igualmente informada de que tenho assegurado o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- caso haja necessidade de entrar em contato com a pesquisadora do estudo poderei realizar ligações a cobrar para o telefone 55 3286-2933;
- retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- procurar o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, caso perceba que os objetivos e a realização dessa pesquisa ofereçam riscos.

Entendi também, que este estudo não coloca em risco a vida dos seus participantes e os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Santa Maria, de março de 2010.

Assinatura do sujeito de pesquisa

N. identidade

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE E - Termo de confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: “A influência da cultura no comportamento alimentar de gestantes: uma contribuição para a Enfermagem”

Pesquisadora: Carolina Frescura Junges

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Instituição/Departamento: UFSM – PPGENF – Mestrado em Enfermagem

Local da coleta de dados: Unidade Sanitária Kennedy.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das gestantes que realizam o pré-natal na Unidade Sanitária Kennedy no decorrer da realização desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de observações, registradas no diário de campo, e entrevista semi-estruturada, gravadas em aparelho digital. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão salvas e mantidas em um CD Rom e no computador da pesquisadora Carolina Frescura Junges em sua residência na cidade de Florianópolis – SC, no período de março/2010 a janeiro/2015 sob sua responsabilidade. Após este período, as falas serão excluídas digitalmente e a transcrição das falas e o diário de campo serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ___ de _____ de 2009.

 Lucia Beatriz Ressel
 Pesquisadora responsável
 SIAPE: 379225

 Carolina Frescura Junges
 Matrícula: 2960611