

A ALIMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO E O MODELO BIOMÉDICO

THIELEN BORBA DA COSTA¹;

PATRICIA A. TAVARES²; ANA LUIZA SOARES²; SUELEN CRUZ²; PEDRO R.C. HALLAL²; HELEN GONÇALVES³

¹ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Nutrição – thielenborba@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – pati.lisa@yahoo.com.br, analuiza.nutri@gmail.com, suhcruz@hotmail.com, prchallal@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – hdgs.epi@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, caracterizado por inúmeras mudanças fisiológicas, emocionais e de ordem prática, há uma exaltação e hegemonia do conhecimento do profissional médico. Ele é o responsável por manter e ordenar a boa saúde do corpo feminino e do bebê (VIEIRA, 2003; COSTA *et al.*, 2006), fato historicamente construído pela gradativa valorização do saber médico. Portanto, o saber científico, representado na atuação do médico, teve grande repercussão no corpo feminino – associado à questão demográfica, que permitiu uma apropriação diferenciada do corpo da mulher em comparação ao masculino (ROHDEN, 2001). Mulheres, após a menarca, são estimuladas constantemente a consultar para manter sob controle sua saúde reprodutiva.

Gravidez também é, no entanto, mais um dos momentos de medicalização feminina naturalizado e paradigmático. Durante esse período, aprender a gestar, isto é, receber prescrições, ser convencida a seguir orientações médicas e realizar exames fazem parte da garantia da saúde do bebê. Na interação mãe-médico a confiança, o respeito, a intimidade e a colaboração estão altamente implicadas nos resultados. Quanto maior for a confiança no saber médico, maior será a capacidade de o profissional convencer sobre a qualidade e importância de suas prescrições. Todavia, conhecimentos outros, provenientes de uma rede de relações e de experiências diversas e do comportamento do médico com o paciente colocam em cheque alguns componentes importantes para a definição de boa saúde, cuidado consigo e com o bebê. Portanto, a comunicação médico e paciente está permeada por uma série de práticas, expectativas e saberes que influenciam nos cuidados e no modo de compreender e considerar uma prescrição (CAPRARA E FRANCO, 1999). Médicos que se aliam a um modelo biométrico clínico de puericultura – por exemplo, centrado no acompanhamento e no monitoramento do ganho de peso gestacional e crescimento do feto – acabam por desconsiderar em grande medida a história da pessoa e seu contexto. Mas, não contrariamente, podem colaborar para que as mulheres redimensionem suas relações com a criança pelo acesso facilitado às tecnologias atuais (como ultrassonografia 3D ou 4D) (CHAZAN E FARO, 2016). Nessa dinâmica fluída, é importante considerar criticamente o modelo médico no qual se configuram formas de relações e, com isso, entender como a prática leva a respostas neste período do ciclo reprodutivo feminino.

Entende-se que uma grávida pode ter seu comportamento alimentar influenciado por sua condição socioeconômica e cultural, discurso médico, ganho de peso, aparência e sintomas físicos (BAIÃO; DESLANDES, 2006 e 2008). Apesar da grande produção sobre saúde na gestação, pouco se sabe sobre como as gestantes escolhem e justificam seus alimentos. Este estudo objetiva

descrever quais são as prescrições médicas relativas aos hábitos alimentares e parte das reações das gestantes relativas a esses aconselhamentos.

2. METODOLOGIA

No período de 10 meses, entre os anos de 2014 e 2015, 27 gestantes residentes na zona urbana da cidade de Pelotas-RS, previamente contatadas nos ambulatórios e unidades básicas de saúde (UBS), foram entrevistadas em seus domicílios, por uma entrevistadora treinada com estudos com abordagem qualitativa. Esse estudo é parte integrante de um projeto mais amplo, denominado “Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2015: a influência dos determinantes precoces nos desfechos em saúde ao longo do ciclo vital” (coordenado por Prof. Dr. Pedro Hallal).

De acordo com a literatura revisada, para contatar mulheres gestantes foi considerado dois grupos de escolaridade para a inclusão no estudo: ≤ 8 anos; > 8 anos completos de estudo. A partir de tais informações, formaram-se seis grupos distintos em termos de idade, nível socioeconômico, estado nutricional, número de filhos e experiências prévias em gestações anteriores (com e sem história de aborto).

A primeira entrevista semiestruturada foi realizada no segundo trimestre de gestação e a segunda e terceira, no terceiro trimestre ou logo após o nascimento do bebê. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, deglavadas e seu conteúdo discutido em equipe.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e aprovado. Todas as gestantes foram informadas sobre o estudo (objetivos e metodologia).

Os resultados aqui apresentados são ainda preliminares, visto que o estudo está em fase de análise.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análises anteriores deste estudo, percebeu-se que a alimentação é uma das primeiras demonstrações de preocupação com a saúde do bebê. Elas apontaram como principais cuidados o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes e a diminuição do consumo de sal, doces, café, chimarrão, refrigerante e alimentos gordurosos. Mas qual o papel dos profissionais médicos nessas escolhas e mudanças?

A quase totalidades das mulheres de baixa e alta escolaridade afirmaram que o(a) médico(a) espontaneamente indicou, nas primeiras consultas, apenas a diminuição de sal e/ou açúcares. As prescrições dietéticas vinham prioritariamente acompanhadas de falas sobre a possibilidade de desenvolverem diabetes gestacional e/ou hipertensão ou tornarem-se obesas: (...) *eles dizem pra ti não comer muito por causa do peso, senão tu vira obesa*; (...) *[Mas o que pode acontecer, por que tem que controlar o açúcar?] não me falaram, mas é alguma coisa por causa do diabetes*. No decorrer da puericultura essas recomendações só foram checadas se os parâmetros biométricos apresentavam valores anormais ou preocupantes.

Na lógica das falas médicas, absorvida pelas grávidas, a alimentação prevenirá doença. Aspectos da alimentação, considerando-a como um sistema complexo que ultrapassa a questão nutricional, não foram considerados pelos médicos, nem mesmo pelas poucas nutricionistas consultadas – integrantes de equipes de Unidades Básicas de Saúde onde algumas consultaram. Em

decorrência do que perceberam nesses contatos, quatro comportamentos/associações se destacaram:

(1) Doenças ocorrerão em quem consome *excessivamente* sal ou açúcares. Essa conclusão permite, portanto, certa relativização do que é consumir em menor quantidade (tanto em porções, quanto em frequência). Consumir sem restrições aos finais de semana ou em um turno do dia foram comportamentos notados como de adesão (controle e/ou mudança);

(2) A dieta corriqueira – em geral monótona qualitativamente – foi mantida na maior parte do tempo da gestação. Foram trocados ou excluídos rapidamente somente os alimentos que provocavam algum efeito negativo no corpo (gases, inchaço, prisão de ventre, excitação do bebê), mas não estavam relacionados à presença de sal ou açúcar em sua composição.

(3) Frutas, legumes e verduras incorporadas à dieta inicial, consequentemente, tenderam a ser menos consumidos após o segundo trimestre – período no qual sentiam-se mais seguras aos parâmetros biométricos médicos avaliados na puericultura. No último trimestre, quando até então nada era diagnosticado, a alimentação voltou a incluir o consumo, agora aumentado de sal e açúcares, assim como de outros alimentos gordurosos, sem conhecimento do profissional;

(4) Como a alimentação não era abordada nas consultas, as mães se aconselhavam com familiares e amigas. As informações solicitadas e fornecidas eram filtradas com a intenção de que pouco ou nada deveria ser modificado. Essa rede social – não isenta de crenças e experiências ricas em cuidados pessoais, tampouco da mescla de conhecimentos (ditos populares e científicos) – incrementou a ideia da racionalidade técnico-científica, ou seja, de que ao médico não caberia e nem faria parte de suas atribuições verificar hábitos de vida alimentares. A maioria delas (de alta e baixa escolaridade) estranhava a pergunta sobre o que foi abordado sobre alimentação nas consultas.

4. CONCLUSÃO

O silêncio, neste período, em relação a comida e aos alimentos, torna evidente a necessidade de uma reflexão sobre as concepções que fundamentam o modelo biomédico, considerando que este é o principal modelo financiado pelo recurso público, porém mostra-se inábil ou desresponsabilizado para abordar esse assunto. Para a aquisição de novos hábitos alimentares é importante abordar e ouvir a gestante e, com isso, tratar do tema para orienta-la ou encaminha-la a outro profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2633-2642, 2008.

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

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CHAZAN, L.; FARO, L. F. T. "Exame bento" ou "foto do bebê"? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.23, n.1, p.57-77, 2016.

COSTA, T; STOTZ, E. N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M. C. B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)** [online], vol.10, n. 20, p.363-380, 2006.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.