



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**SEM AÇÚCAR E COM AFETO
OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES PARA MULHERES
DIABÉTICAS QUE EXPERIENCIAM UMA GESTAÇÃO DE RISCO**

BARTIRA IMPROTA DE OLIVEIRA MENDONÇA

SALVADOR

2013

BARTIRA IMPROTA DE OLIVEIRA MENDONÇA

SEM AÇÚCAR E COM AFETO

**OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES PARA MULHERES
DIABÉTICAS QUE EXPERIENCIAM UMA GESTAÇÃO DE RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPG-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Ana Cecília de Sousa Bastos

Co-orientador: Marcelo Eduardo P Castellanos

Salvador, Bahia

Março, 2013

BARTIRA IMPROTA DE OLIVEIRA MENDONÇA

SEM AÇÚCAR E COM AFETO

OS SIGNIFICADOS DAS PRÁTICAS ALIMENTARES PARA MULHERES DIABÉTICAS QUE EXPERIENCIAM UMA GESTAÇÃO DE RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Aprovado em: _____, _____ de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^ªDr^ª Ana Cecília de Sousa Bastos
Orientadora - ISC/UFBA

Prof^ª Dr Marcelo Eduardo Pfeifer Castellanos
Co-orientador- ISC/UFBA

Prof^ª Dr^ª Leny Alves Bomfim Trad
Instituto de Saúde Coletiva- UFBA

Prof^ª Dr^ª Lúgia Amparo da Silva Santos
Escola de Nutrição - UFBA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI
- UFBA.

M539 Mendonça, Bartira Improta de Oliveira

Sem açúcar e com afeto: os significados das práticas alimentares para mulheres diabéticas que experienciam uma gestação de risco / Bartira Improta de Oliveira Mendonça. – Salvador, 2013.

172 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cecília de Sousa Bastos.

Co- Orientador: Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeifer
Castellanos

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Gravidez. 2. Diabetes. 3. Alimentação. 4. Saúde. I.
Bastos, Ana Cecília de Sousa. II. Castellanos, Marcelo Eduardo
Pfeifer. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 618.3-06



*Luar se fez
um raio prateado
iluminando o céu
e as espumas do mar*

*Lindo clarão a beira mar
vejo Mamãe Iemanjá*

*Lá vem, lá vem
junto com as suas sereias
nos abençoar
Rainha Iemanjá*

*Dona das águas
tu és mãe
és Janaina
Odoya*

*Iluminai minhas profundas águas
para eu decifrar mistérios do
meu mar
nesse meu mar de emoções
Rainha vem iluminar*

*Iemanjá, princípio gerador
amor fundamental
tão puro e maternal*

*Iemanjá, vem confortar
és Janaina, Odoya.
(Léo Artese)*

Gratidão a minha mãe e ao meu pai que me deram firmeza e determinação nesse caminhar

AGRADECIMENTOS

*"As palavras proferidas pelo coração
não tem língua que as articule,
retém-nas um nó na garganta
e só nos olhos é que
se podem ler."
(José Saramago)*

A gratidão eleva o nosso estado vibracional, proporcionando um bem-estar que as palavras dificilmente alcançam. A sensação de plenitude e de alegria que sinto são reflexos dessa grandiosa e magestosa palavra.

Durante esses dois anos de trabalho vivi intensamente e profundamente os encantos partilhados pelo universo e os presentes que me foram oferecidos... Tantos anjos surgiram e abriram os caminhos para a chegada de vocês, meus amigos, que compartilharam lágrimas, sorrisos, sufoco, ansiedades, felicidade, alegria e amor.

Sem vocês nada disso seria possível... Busquei firmeza nos seus passos, sabedoria nas suas palavras e verdade nos olhares. Nomes são muitos que juntos geraram este fruto, ainda verde, mas sincero...Uma obra inacabada, porém nossa.

Esperando por mudanças, já que estas fazem parte dos ciclos infinitos da vida: transformar para crescer, para unir, para se permitir transcender e semear. Metamorfoseando fatos, questionando verdades e, no seu devido tempo, colhendo encantos.

Agradeço à Grande Mãe, cuja luz superior me guiou a todo momento na busca incessante das palavras certas, na determinação, mesmo quando meu corpo já não respondia aos meus comandos, ela me puxava para cima e me mostrava o caminho. Abundante e próspera, me ajudou a enxergar a beleza que me rodeava, mostrando que a solidude era necessária para adentrar no universo misterioso e mágico do feminino.

Gratidão às mulheres, cujo ventre se preparava para a chegada do novo e cujas palavras me fizeram perceber e valorizar o *ser mãe*.

Gratidão a minha família maravilhosa, cuja união, o amor e o cuidado que temos uns com os outros me fizeram perceber que nunca estava sozinha. Que felicidade sinto por ter vocês ao meu lado... Poder recorrer ao colo de mamãe e aos braços de papai sempre que o coração aperta; à luz de Nina- minha borboletinha azul- e a doçura de Binha- minha princesa dourada. À alegria contagiantes de minha mãe preta, Tété e ao sorriso puro de minha irmã Gina; ao amor de minhas

tias e primas e de vovó Riso e Helena. À generosidade de tio Gildo e à companhia de meus filhotinhos Fefê e Príncipe Atum.

Gratidão aos encantos da sereia e tudo que me foi ofertado. Ah, mar...

Gratidão aos irmãos que estiveram presentes em cada momento, torcendo e acreditando em mim. Mile e Guille por tanto amor e pão compartilhados; Aninha, por sempre zelar pelo meu bem; Barbicha e Julinha, por me darem a força que preciso, Leidinha, minha anjinha que fortalece diariamente minha luz; Carol e Jana por referenciarem meus passos, Dan, que atura as minhas goiabices e mesmo ausente se faz presente; Binha, má chérie, que mesmo longe fisicamente está tão presente que a saudade se perde em meio às ondas do mar; Zinha que sempre dá um jeitinho de estar; Iza, que escuta minhas histórias e se diverte com cada conquista; Mila, cuja determinação é exemplar.

Lu, Liu, Yeimi, Leilinha e todos meus amigos futuros mestres e doutores, que estiveram presentes em cada momento de estresse mostrando que tantas vezes as lágrimas não eram necessárias.

Ao meu bando querido, cujos baques tocam meu coração o enchendo de alegria

Gratidão a Marcelo e Ana que aturaram minhas angústias e me orientaram no que foi e como foi possível e a CAPES por financiar esse meu caminho de estudos.

Gratidão a todos do ISC, especialmente a Nunci, que teve sempre tanta paciência; Vilminha, por tantas receitas e dicas compartilhadas e Jah, por alegrar minhas chegadas.

Gratidão as minhas nuts queridas, cujo meu coração só tem amor pelos mufádicos encontros e a minha galera da J, que mesmo com tantas diferenças, o respeito e o amor nos une eternamente.

Gratidão ao galerê do NEPPA que o amor pela causa e a firmeza na luta me fazem orgulhar de ser parte dessa família.

Gratidão à irmandade, cujo brilho sinto nas águas e a chama trina reflete na minha alma.

E, para finalizar, gratidão ao Divino pai celeste por colocar todos esses seres incríveis na minha vida. Quando digo todos, me refiro a vocês que estão lendo estas palavras e sentido meu sincero abraço de MUITO OBRIGADO.

RESUMO

Diabetes Melito (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos crônicos, cuja característica comum é a hiperglicemia. Nos últimos anos houve um aumento no número de indivíduos diabéticos no mundo, sendo este crescimento mais prevalente em mulheres. Este dado torna-se relevante ao presente estudo já que se reconhece que a associação entre a gestação e diabetes é considerada uma condição de risco para a saúde tanto da mãe quanto da criança. Assim, a experiência da maternidade torna-se um evento crítico na trajetória biográfica destas mulheres já que as mesmas deverão reposicionar-se enquanto ser (mães)-no-mundo, sendo este processo repleto de significados individuais, social e culturalmente relevantes. Há, portanto, diversos procedimentos que devem ser tomados no que tange ao cuidado, principalmente relacionados a uma alimentação rígida, já que ela se relaciona diretamente ao controle glicídico. Todavia, controle e alimento nem sempre são concebidos como relacionais, sugerindo uma diversidade de possibilidades de significação dos cuidados alimentares para cada gestante, partindo do princípio da heterogeneidade (e autonomia) de cada sujeito. Assim busca identificar os significados que as mulheres diabéticas atribuem às práticas alimentares enquanto gestantes de alto risco. Compreende um estudo qualitativo que visa uma interpretação compreensiva acerca das experiências vividas por estas mulheres, a partir de uma perspectiva fenomenológica já que a mesma permitirá um aprofundamento do universo simbólico destes sujeitos, revelando, através das narrativas, os significados atribuídos à maternidade e ao alimento para as gestantes diabéticas. O interesse em estudar as narrativas de enfermidades é que elas tornam possível compreender a experiência a partir de diversos pontos de vista: como uma construção social e cultural, como uma transformação e expressão de sofrimento corporal, e, acima de tudo, como uma tentativa da pessoa em sofrimento construir seu mundo. Assim, a narrativa destas mulheres permitirá ao estudo aproximar-se das distintas dimensões de mundos e realidades apreendidas e compreendidas por estes sujeitos. Nos resultados são apresentadas as sete narrativas das gestantes diabéticas entrevistadas, cujas falas (re) criavam lugares, retomavam lembranças e suscitavam questões que foram norteadoras deste estudo. Após a reconstrução destas trajetórias individuais, percebendo os elementos tanto subjetivos quanto intersubjetivos, e tomando como categorias centrais a experiência do adoecimento crônico, a experiência da maternidade e os significados das práticas alimentares, essas narrativas foram comparadas e agrupadas segundo estas categorias, identificando-se as semelhanças estabelecidas nas trajetórias individuais e respeitando

o contexto de cada uma. A partir daí surgiram subcategorias, como ruptura, ambivalência, cuidado, dentre outras que permitiram estruturar os capítulos a partir destas similaridades. O resgate das percepções, histórias e narrativas destes sujeitos, no contexto ambulatorial/hospitalar poderá trazer uma nova perspectiva de atuação dos profissionais de saúde, na qual a compreensão da maternidade e do cuidado deve perpassar um olhar técnico-cientificista, devendo haver a fusão com outros saberes, como o popular-subjetivista, para favorecer uma melhor atenção à essas gestantes.

Palavras chaves: Experiência do adoecimento crônico; Experiência da Maternidade; Diabetes Mellito; Gestação de risco; Prática alimentar; Narrativa; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a heterogeneous group of chronic metabolic disorders whose common feature is hyperglycemia. In recent years there has been an increase in the number of diabetics worldwide, this growth being more prevalent in women. This finding is relevant to this study, since it acknowledges that the association between diabetes and pregnancy is considered a risk factor for the health of both mother and child. Thus, the experience of motherhood becomes a critical event in the biographical trajectories of these women as they have to reposition themselves as being (mothers)-in-world, and this is a process full socially and culturally relevant individual meanings. Therefore, there are several procedures that should be taken in regard concerning care, mainly regarding a rigid diet, since it is directly related to glucose control. However, control and food are not always conceived as relational, suggesting a variety of possible meanings to nutritional care for every pregnant woman, assuming the heterogeneity (and autonomy) of each subject. Thus, this work aims to identify the meanings women attach to diabetic eating habits as they go through high-risk pregnancies. This is a qualitative study aimed at a comprehensive interpretation about the experiences of these women, from a phenomenological perspective, since it will allow a deepening into the symbolic universe of the participants, revealing, through the narratives, the meanings ascribed to motherhood and food by diabetic women. The interest in studying the narratives of illness is that they enable an understand of the experience from several points of view: as a social and cultural construction, as a transformation and expression of bodily suffering, and, above all, as an attempt made by the suffering person o her world. Thus, the narrative of these women will allow the study to approach the different dimensions of worlds and realities grasped and understood by these subjects. Results are presented in the seven narratives of diabetic pregnant women interviewed, whose speeches (re) created places, memories and resumed raised issues that were guiding this study. After the reconstruction of these individual trajectories, by acknowledging both subjective and inter-subjective elements, and taking as central categories the experience of chronic illness, the experience of motherhood and the meaning of feeding practices, these narratives were compared and grouped according to these categories, identifying the similarities established in individual trajectories and respecting the context of each. From there emerged subcategories, such as rupture, ambivalence, care, among others that enabled structuring the chapters based on these similarities. The act of recollecting perceptions, narratives and histories of these subjects in

the ambulatory/hospital context may bring a new perspective to the performance of health professionals, whose understanding and view of motherhood and care should not only include a techno-scientific view, but also be merged with other knowledge, such as the popular-subjectivist, in order to favor a better assistance to these pregnant women.

Key words: Experience of Chronicle Illness; Experience of Motherhood; Diabetes Melitus; Risky pregnancy; Food Ingestion; Narrative; Public Health.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| SBD | SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES |
| IDF | INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION |
| DM | DIABETES MELITO |
| MS | MINISTÉRIO DA SAÚDE |
| TOTG | TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE |
| LPH | LACTOGÊNIO PLACENTÁRIO HUMANO |
| OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE |
| DATASUS | CENTRO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÕES E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| TCLE | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO |
| IPERBA | INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA |

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo segundo os critérios: conhecimento prévio da diabetes e planejamento/desejo gestacional.
- Quadro 2. Caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Entrada do Instituto de Perinatologia da Bahia

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Gestantes internadas x Percentual por Faixa etária 2010 / Nov - 2011
- Gráfico 2. Percentual de Gestantes internadas x Distrito Sanitário de Residência
- Gráfico 3. Percentual de gestantes atendidas no pré-natal por faixa etária

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| Apresentação | |
| Introdução | 16 |
| <i>Revisando a literatura</i> | 18 |
| Capítulo 1. Marco teórico | 30 |
| <i>1.1. A trajetória descontínua da maternidade: ambiguidades numa gestação de risco</i> | 30 |
| <i>1.2. Experiência do adoecimento crônico: a gestação em diabéticas</i> | 37 |
| <i>1.3. Um outro olhar sobre a alimentação</i> | 43 |
| Capítulo 2. Estratégia metodológica | 46 |
| <i>2.1. Construindo um pensamento: as narrativas numa perspectiva fenomenológica</i> | 46 |
| <i>2.2. O campo de estudo</i> | 49 |
| <i>2.3. Perfil das gestantes do IPERBA</i> | 51 |
| <i>2.4. As participantes do estudo: quem são essas mulheres?</i> | 52 |
| <i>2.5. Os procedimentos de coleta de dados</i> | 55 |
| <i>2.6. A análise dos dados</i> | 57 |
| <i>2.7. Aspectos éticos</i> | 58 |
| Capítulo 3 E quem são vocês? Remontando histórias e (re) criando vidas | 60 |
| <i>3.1. “Eu gosto muito de falar, né?”. Bruna e suas percepções</i> | 60 |
| <i>Três mulheres, três exemplos e o fantasma do diabetes</i> | 68 |
| <i>3.2. “Ai que vergonha eu senti”. Milena, uma adolescente em crise.</i> | 73 |
| <i>Protagonizando o internamento</i> | 77 |
| <i>3.3. “Estou de mal com a vida... Porque ela faz isso comigo?”. Luciana e a tristeza sem fim.</i> | 78 |
| <i>Revelando o pó: O papel do (im) parceiro</i> | 81 |
| <i>3.4. Entre a luz e a escuridão: Júlia e seu percurso solitário</i> | 82 |
| <i>Aprendendo a lidar com a solidão</i> | 85 |
| <i>3.5. Quando um sonho se torna realidade: Bárbara e o desejo único de ser mãe</i> | 87 |
| <i>De mãe para mãe</i> | 90 |
| <i>3.6. Repensando a maturidade: Clara e seu harén</i> | 92 |
| <i>A vida em família</i> | 95 |
| <i>3.7. Fechando as portas para a vida: Leidiane e o triste casulo</i> | 97 |
| <i>“Nunca tive o sonho de ser mãe”</i> | 100 |
| Capítulo 4. (Con)vivendo com uma gestação de risco: Experienciando a maternidade diabética | 102 |
| Capítulo 5. Ambivalência entre o desejo e o poder: Significados da comida num contexto de risco | 133 |
| <i>5.1. “Tenho que parar tudo e tipo recomeçar tudo de novo com uma coisa que... Eu num tenho hábito, sabe?”</i> | 143 |
| <i>5.2. “Eu decidi seguir a dieta da médica, também aí de fato a comida... Aí o sabor totalmente diferente”.</i> | 145 |
| <i>5.3. “Aí eu nunca deixei de comer meu feijãozinho com farinha, minha carne do sertão com aquela gordurinha”</i> | 149 |
| <i>5.4. “Que você tomar um café doce de repente ter que tomar ele amargo, ó a diferença</i> | 152 |

| | |
|---|------------|
| <i>entre doce e amargo. O doce a gente toma c mais gosto, né?”</i> | |
| 5.5. “Então hoje eu não vou, eu não vou pra festa de aniversario só olhar, entendeu?” | 154 |
| 6. Considerações finais | 158 |
| 7. Referências | 162 |
| Anexo 1. Roteiro da entrevista narrativa | 171 |
| Anexo 2. TCLE das entrevistadas | 172 |

APRESENTAÇÃO

É só ter fé nas sementes que os frutos virão

Nunca perdi a fé de que mudanças podem (e devem) acontecer e este trabalho é fruto desta firmeza. Adentrar no universo feminino e perceber a maternidade desde várias óticas me trouxe a certeza de que não existe uma maneira de pensar um fenômeno. O que existe são formas diversas de experiênciá-lo e, assim, verdades são convertidas em versões e certezas são rompidas, dando espaço ao novo.

Estudar a maternidade de risco foi um presente que me foi ofertado no início do mestrado em uma conversa com meus orientadores, cuja proposta foi lançada: “Porque não estudar gestantes diabéticas?”. Não havia pensando nesta possibilidade até o momento, mas como sou nutricionista de formação e minha intenção sempre foi compreender as diversas formas de significar o alimento, aceitei o desafio na certeza de que este cenário me possibilitaria esta compreensão.

Ao iniciar minha pesquisa, mais especificamente no momento que entrei na maternidade – meu campo de estudo-, a convivência diária com as gestantes, com a vida e com os riscos, transformaram (e acrescentaram) algumas percepções sobre o alimento, o nutrir, dentro de um contexto do ser mãe. Desta forma, aos poucos, o que antes era um desafio foi sendo vencido pela certeza de que este era um caminho que eu deveria trilhar.

Nas falas das gestantes o alimento surgia ora como aliado, ora como cúmplice, ora como inimigo, num eterno vai e vem de significados e representações que me possibilitaram perceber o quanto nada sabia sobre e ao mesmo tempo tudo era possível de ser ‘alimento’. As dicotomias certo x errado, bom x mau, foram sendo substituídas por ambíguos sentimentos de querer x poder, desejar x sofrer, vida x morte, desafios x risco e os muitos significados das práticas alimentares foram surgindo neste trabalho.

Assim, o organizei de uma maneira que o leitor pudesse acompanhar a minha trajetória durante esses dois anos e, mais do que responder a pergunta norteadora do meu raciocínio: ‘Quais os significados das práticas alimentares para as gestantes diabéticas?’, é sentir os impactos do comer nas experiências vividas por essas mulheres e por nós mesmos.

Foram pensados 5 capítulos, sendo um para os marcos teóricos, um da trajetória metodológica, um apresentando os resultados e dois de discussão. Na introdução contextualizo o diabetes partindo de uma visão macro, abarcando conceitos e aspectos epidemiológicos, fisiológicos e políticos desta enfermidade e aos poucos focalizando nos impactos do diabetes na gestação. Para

trazer mais elementos relacionados a este contexto específico, realizei uma revisão de literatura que possibilitou demonstrar como esta temática vem sendo pesquisada no meio acadêmico nacional e mundial.

No primeiro capítulo desenvolvo os marcos teóricos que nortearam minhas leituras e análises do trabalho, focando em três categorias chaves: a experiência da maternidade de risco; a experiência do adoecimento crônico, e as práticas alimentares desde uma perspectiva sócio-cultural.

O segundo capítulo consiste no caminho metodológico que tracei para responder aos questionamentos norteadores do estudo. Assim, adotei uma perspectiva fenomenológica já que a mesma permite um aprofundamento no universo simbólico das mulheres, buscando, através da narrativa, revelar os significados atribuídos ao alimento num contexto de risco.

No 3º capítulo, intitulado: *E quem são vocês? Remontando histórias e (re) criando vida*, apresento as histórias contadas pelas sete gestantes diabéticas do estudo, cuja diversidade e heterogeneidade de fatos e experiências narradas e relidas por mim, revelam o quão complexo é o mundo da vida e do ser mãe enferma.

O 4º capítulo, *(Con)vivendo com uma gestação de risco: experienciando a maternidade diabética*, partindo do conceito de experiência, discuti duas categorias de análise: a maternidade de risco e a enfermidade, sendo que no 5º capítulo, *Ambivalência entre o desejo e o poder: significados da comida num contexto de risco*, é onde o significado das práticas alimentares vai sendo revelado em seus aspectos ambivalentes, por vezes discordantes e sempre em negociação com o que é preconizado pelo saber médico- técnico e científico-, e àquilo que é desejado, ancorando-se na subjetividade alimentar e em saberes tradicionais e sócio-culturais.

Por fim, nas considerações finais faço uma síntese dos principais resultados encontrados e proponho algumas intervenções. Cabe ressaltar que em nenhum momento tive a pretensão de esgotar a temática estudada e/ou trazer verdades absolutas, pois creio que cada sujeito possui um modo próprio de perceber e experienciar a vida. Assim, este trabalho servirá como mais um instrumento que permitirá aos profissionais de saúde compreenderem a diversidade que existe no que tange ao campo gestacional de risco, especificamente do diabetes, possibilitando um atendimento mais individual, integral e humanizado à saúde das mulheres.

INTRODUÇÃO

Diabetes Melito (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos crônicos, cuja característica comum é a hiperglicemia. Ele ocorre devido à falta e /ou incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos podendo resultar em complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (CUPPARI, 2009; SBD, 2008).

Segundo os últimos dados divulgados pela International Diabetes Federation (IDF), cerca de 366 milhões de pessoas no mundo têm diabetes, valores que superaram a estimativa de 300 milhões, que foi publicado na última edição do Diabetes Atlas (2009). No Brasil, de acordo com dados obtidos do Vigitel 2009 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) foi de 5,8%, representando cerca de 7,5 milhões de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, o diabetes é a sexta maior causa de internação hospitalar no Brasil, sendo a principal causa de amputações de membros inferiores e cegueira adquirida, além de ser responsável por 26% dos pacientes que iniciam o tratamento com diálise (SBD, 2008).

As estatísticas brasileiras revelaram que houve um aumento da incidência de diabetes na população brasileira, sendo que para as mulheres este valor foi aproximadamente 5,3 milhões (IDF, 2009; SBD, 2008). Esses dados tornam-se ainda mais preocupantes quando associados à temática da gestação, já que o estado de saúde destas pode se agravar consideravelmente.

Durante a gravidez, o metabolismo materno se ajusta para promover uma nutrição adequada tanto para a mãe, quanto para o bebê em desenvolvimento. Estes ajustes se devem, em parte, à ação dos hormônios sexuais e gestacionais que irão interferir no metabolismo dos nutrientes, dentre eles da glicose. Durante a primeira metade da gestação, há uma elevação da utilização de glicose pelo corpo, devido ao desenvolvimento embrionário, o que pode ocasionar episódios de hipoglicemia para as gestantes diabéticas. A segunda metade, por sua vez, é caracterizada por um aumento da liberação de insulina pelo corpo associado a uma diminuição da sua sensibilidade, ou seja, resistência das células à ação deste hormônio, o que gera uma acumulação de glicose sanguínea e, se não controlado, pode ocasionar hiperglicemia fetal e, assim, complicações tanto para a mãe,

quanto para o bebê (BARRON, W. M.; LINDHEIMER, M. D., 1993; BURROW, G. N.; FERRIS T. F., 1996).

O DM associado à gravidez pode ser classificado como pré-gestacional (caso seja diagnosticado previamente, podendo ser do tipo 1, tipo 2 ou outros¹); ou gestacional (diagnosticado durante a gravidez). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), para diagnosticar o diabetes melito durante a gestação deve-se, inicialmente solicitar a glicemia de jejum na primeira consulta do pré-natal. Se a paciente não apresentar nenhum fator de risco² e sua glicemia em jejum não ultrapassar 90mg/dL, descarta-se a possibilidade de diabetes. Já as gestantes que apresentam dois ou mais fatores de risco e com idade gestacional superior a 20 semanas, devem realizar o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), com sobrecarga de 75g de glicose, para avaliação do seu metabolismo, já que este período gestacional é caracterizado por um aumento na concentração de alguns hormônios, dentre eles o lactogênio placentário humano (LPH), que ocasionam resistência à insulina. Existe o TOTG de 2 horas que consiste em coletar amostras de sangue para dosar as glicemias em jejum e duas horas após a ingestão de 75g de glicose.

Os valores normais desses exames são 90mg/dL para a dosagem em jejum e 140mg/dL para o TOTG de duas horas após a ingestão de glicose (BRASIL, 2000). Outros fatores que devem ser observados durante o período gestacional, segundo o MS (*op. cit.*), é o ganho de peso excessivo, altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, além de aumento do crescimento fetal e polidrâmnio, que consiste no excesso de líquido amniótico.

Estes diferentes diagnósticos impactarão de diversas maneiras o mundo vivido das gestantes e a forma como elas vão experienciar este momento de transição, que geralmente é acompanhado de muita angústia e sofrimento. Segundo Schimer (1995), as mulheres que desenvolvem diabetes na

¹ Definição resumida dos tipos de diabetes segundo o consenso de 2003 produzido pela Sociedade Brasileira de Diabetes:

Tipo 1: destruição da célula beta, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina, de natureza auto-imune ou idiopática;

Tipo 2: varia de uma predominância de resistência insulínica com relativa deficiência de insulina, a um defeito predominantemente secretório, com ou sem resistência insulínica;

Outros tipos específicos: podem ser causados devido defeitos genéticos funcionais da célula beta; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias; induzidos por fármacos e agentes químicos; infecções; formas incomuns de diabetes imuno-mediado; outras síndromes genéticas geralmente associadas ao diabetes

² Fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes melito durante a gestação segundo a associação de diabetes americana (ADA, 1999), a sociedade brasileira de diabetes (SBD, 2000) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000): Idade superior a 25 anos, história familiar de diabetes melito, antecedentes obstétricos de DMG, fetos macrossômicos de gestações anteriores (acima de 4kg), historio de aborto anterior, ou morte fetal ou perinatal e malformações fetais.

gravidez sofrem um impacto emocional importante, ocorrendo um aumento no nível de estresse, ansiedade e medo.

Devido aos riscos que as gestantes diabéticas sofrem concretamente, seja através das mudanças no corpo, dos desmaios, das tonturas, dos partos prematuros, das perdas gestacionais; ou de maneira mais abstrata, através do próprio rótulo de risco, do medo e da vigilância decorrentes dos discursos médicos e dos familiares, dentre outros; elas são orientadas a planejar antecipadamente a gestação, até estabilizarem os níveis glicêmicos, evitando, assim, o surgimento destas possíveis complicações.

Há, portanto, diversos procedimentos que devem ser tomados no que tange ao cuidado e tratamento do diabetes melito, principalmente àqueles relacionados a uma alimentação rígida, já que esta se associa diretamente com o controle glicídico (BRASIL, 2000; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1995; SCHMIDT, M. I.; REICHEL, A. J., 1999). Todavia, sabe-se que nem sempre quando uma mulher engravida significa que ela deseja esta maternidade e, também, submeter-se a estes controles. Existe uma parcela de mulheres diabéticas que engravidam “por acaso” (devido a diversos fatores) e outras que só descobrem sua doença no momento em que se inicia o pré-natal, o que demonstra a heterogeneidade destes sujeitos, e sugere uma diversidade de possibilidades de significação destes cuidados alimentares para cada gestante.

Revisando a literatura

O risco vivido pelas gestantes diabéticas desperta, além dos sentimentos de culpa, ansiedade, medo, insegurança, uma resistência em aceitar a sua condição de doente, levando a uma dificuldade em adaptar-se ao tratamento imposto. Os impactos desta situação na trajetória gestacional das mulheres despertou o interesse de diversos estudos que foram realizados buscando respostas a diferentes indagações, sejam referentes às complicações que a diabetes pode gerar tanto para a mãe quanto para o bebê (IRIGOYEN et al, 2009; SCUCES, 2011; MONTENEGRO et al., 2001; SCOTT e ROBERT, 2009; RUSSELL et al., 2008; NOMURA et al., 2002); aos impactos do tratamento medicamentoso no controle glicídico (BASSO et al., 2007; CORRÊA e GOMES, 2004); à influência de fatores étnicos/ raciais na diabetes (DUNNE et al., 2000; KIEFFER et al., 1998) e de outras patologias pré-existentes (RAY et al., 2001; DUNNE et al., 1999); à importância do acompanhamento pré-natal (MURPHY et al, 2012; MAUAD FILHO

et al, 1998); ao acompanhamento e atenção que profissionais de saúde mantêm com as gestantes de risco (ANDERBERG et al., 2009; SPARUD-LUNDIN e BERG, 2009; OLIVEIRA e MADEIRA, 2011); ao significado do cuidado para as gestantes de risco (COLLIER et al., 2010; KING ET AL, 2009; SPENCE et al, 2010); os significados atribuídos ao risco e seus impactos na experiência da maternidade (TEDESCO, 2002; MALDONADO, 2002; DIAS, 2008; GOMES et al., 2001; PERSSON, et al., 2010; NOLAN et al., 2010; COSTA, 2002); ambivalências durante a gestação de risco (COSTA, 2002); representações sociais da gestação de risco (QUEVEDO, LOPES e LEFEVRE, 2006); a construção da maternidade numa situação de risco (DOURADO e PELLOSO, 2007); às questões emocionais e os impactos no mundo vivido (MENDENHALL et al., 2010; JOHANSSON, et al., 2008); e aos impactos do tratamento alimentar proposto para as gestantes diabéticas (SILVA, SANTOS e PARADA, 2004; BARSAGLINI e CANESQUI, 2010). Irigoyen et al (2009) realizou um estudo retrospectivo tipo survey nos Estados Unidos, em que comparou os resultados neonatais e lesões no nascimento de bebês macrossômicos nascidos de mães diabéticas e não diabéticas. Os bebês de mulheres não diabéticas nasciam mais tarde e eram mais susceptíveis ao parto normal. Todos os bebês macrossômicos representaram um grupo de alto risco, independentemente do status de diabetes materno.

Scucces (2011) em estudo retrospectivo e descritivo realizado na Venezuela buscou avaliar os efeitos do diabetes na gravidez e as complicações materno-fetais em 197 gestantes diabéticas atendidas no hospital Central de Maracay no período de 1999 a 2008. A autora observou que entre as complicações maternas, as interrupções por parto cesário e hipertensão foram as mais presentes. Já para os bebês, macrossomia fetal e retardo do crescimento intrauterino. Ela concluiu que o DM põe em risco a mãe e a criança e que a contracepção representa um aspecto muito importante para a diabética jovem. Desta forma, o planejamento familiar deveria ser realizado para que a gravidez ocorresse em um período em que o diabetes estivesse controlado.

No mesmo sentido do cuidado e planejamento gestacional, Montenegro et al (2001), avaliando a frequência de complicações materno-fetais, tipo de parto e controle metabólico em 261 gestantes diabéticas atendidas no Ambulatório de Pré-Natal Patológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, entre 1992 e 1999, observaram uma melhora do controle glicêmico no decorrer do período gestacional, que ocorreu devido a uma maior monitoração destas gestantes tanto a nível ambulatorial, quanto hospitalar, nos casos onde a glicemia não conseguia ser controlada. Para tal, houve uma persistência em relação à orientação

dietética, a cada retorno da consulta e durante a internação. A malformação em recém-nascidos mostrou-se elevada nas crianças das pacientes previamente diabéticas, o que pôde ser atribuído ao início tardio do acompanhamento destas gestantes e à hiperglicemia no período inicial da gravidez.

Scott e Robert (2009), realizaram uma revisão de literatura acerca das complicações que o DM tipo I pode gerar para uma mulher gestante e seu bebê, além de discutirem como um excelente controle glicêmico poderia ser alcançado. Eles afirmaram que estudos ainda devem ser feitos para melhor avaliar os efeitos clínicos do diabetes tanto para a gestante, quanto para o bebê, no que tange ao controle glicêmico. A monitorização contínua da glicose no sangue revelou o quão distante este objetivo se encontra para a grande maioria das mulheres.

Finalmente, há uma necessidade urgente de definir mais de perto como o ambiente intra-uterino altera resultados a longo prazo para a criança e se a intervenção é necessária para combater a doença na geração seguinte. Assim, o estudo desenvolvido por Nomura e et al (2002) com 46 gestantes que apresentavam diabetes pré-gestacional buscou estabelecer parâmetros que poderiam identificar o período e as alterações dos testes de vitalidade fetal que se correlacionavam com a ocorrência de recém-nascidos grandes para a idade gestacional, pois estes são os que apresentam maior risco de complicações metabólicas, tanto no período pré-natal, quanto no pós-natal. A prevenção da morte fetal em gestações de mães diabéticas tem sido realizada com eficiência associando-se o controle clínico materno rigoroso, aos métodos propedêuticos de avaliação fetal. O controle clínico materno em gestações associadas ao DM proporcionou uma baixa incidência de alterações nos testes de vitalidade que caracterizariam o sofrimento fetal.

Mantendo o foco na saúde do bebê, Russell et al (2008) desenvolveu um estudo na Irlanda, que buscou encontrar a interrelação entre função cardíaca e mudanças estruturais em fetos de mães diabéticas pré-gestacionais. Eles puderam observar que em fetos de diabéticas pré-gestacionais, a evidência ultra-sonográfica da função cardíaca alterada é evidente antes de provas de ultra-som de alterações estruturais cardíacas. Isto sugere que a função cardíaca alterada pode preceder as alterações estruturais cardíacas em fetos de gestação diabética pré-gestacional

Basso et al (2007), ao compararem aspectos relacionados à insulinoterapia, ao controle glicêmico materno e aos conseqüentes resultados perinatais em 103 gestantes portadoras de diabetes gestacional e clínico, observaram que, apesar da maior quantidade de insulina administrada no caso de diabetes clínico, o controle glicêmico deveria ser intensificado. Assim, os autores

concluem que uma restrição mais rigorosa da dieta e o estímulo ao exercício físico, sobretudo no diabetes tipo 2, deverão melhorar o percentual de média glicêmica materna ideal/adequada e minimizar a morbidade perinatal nestas gestações complicadas pelo diabetes.

Conclusão parecida foi alcançada por Corrêa e Gomes (2004) em um estudo que objetivou descrever aspectos relacionados à idade gestacional na primeira avaliação, ao controle glicêmico e ao tipo de tratamento realizado nas complicações neonatais, através de uma comparação entre gestantes com diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional. Os autores afirmaram que o controle glicêmico adequado é de relevante importância para a prevenção das complicações relacionadas ao diabetes, mas, na prática, é muito difícil de ser alcançado.

Com a finalidade de buscar entender se havia alguma associação entre o impacto do diabetes em mães e bebês segundo fatores étnicos/raciais, Dunne et al. (2000) realizaram uma pesquisa no Reino Unido, cujo objetivo foi comparar os dados maternos e fetais de gestantes diabéticas asiáticas e caucasianas atendidas no mesmo serviço de diabetes pré-natal. Foram comparados os resultados tanto dos bebês, como os maternos nos dois grupos de mulheres. Os autores concluíram que não houve diferenças significativas nos resultados gestacionais tanto para mãe, quanto para o bebê no que se referia à etnia, sendo a presença do diabetes relevante aos problemas encontrados.

Ainda nesse aspecto étnico/racial, foi realizado um estudo nos Estados Unidos que buscou avaliar quais eram os impactos da diabetes durante a gravidez sobre o peso dos bebês ao nascerem. O estudo foi feito com bebês brancos e negros, moradores do estado de Washington, DC. Kieffer et al (1998) observaram que tanto os filhos de mães negras quanto de mães brancas exibiram o crescimento fetal muito superior ao esperado, o qual foi associado ao diabetes materno. Contudo, as diferenças no peso de nascimento de bebês de diabéticos em comparação com mães sem diabete foram muito mais expressivos entre as crianças negras. Entretanto, os autores apontaram a existência de várias limitações neste estudo, sendo algumas delas referentes a dados relevantes que não foram usados na análise como a composição corporal, a dieta, o gasto energético, o crescimento, e outros da situação de saúde da gestante.

Quando essas mulheres apresentam outras patologias associadas, o controle se torna ainda mais rígido, devido às complicações que se agravam. Segundo um estudo realizado no Canadá por Ray et al. (2001) com 428 mulheres com diabetes gestacional e 196 mulheres com diabetes pré-gestacional obesas, ou que tiveram um ganho de peso excessivo durante a gravidez, foi observado

que a obesidade materna e, em menor grau, o aumento do ganho de peso gestacional, apresentaram-se como fatores de risco, independentes do tipo de diabetes, para os resultados adversos tanto das gestantes quanto dos bebês.

Já Dunne et al. (1999) estudaram o efeito que a nefropatia diabética exerceu sobre os resultados fetais e outras complicações obstétricas e ele encontrou nos resultados, além da morte intra-uterina, natimortos, aumento do tamanho da criança ao nascer, malformações e necessidade de internação. Resultados maternos incluíram mudanças na frequência de hipertensão ou proteinúria severa, dados alterados de creatinina sérica e aumento da taxa de partos cesáreos. Embora a taxa de bebês que foram para casa tenha sido de 90%, a mortalidade perinatal/neonatal, os partos cesáreos e as malformações congênitas, incluindo a mortalidade materna, foram significativamente maiores em mulheres com nefropatia diabética, do que na população de base.

O estudo realizado por Mauad Filho, et al (1998) observou que entre as gestantes diabéticas que possuíam acompanhamento pré-natal adequado não ocorreram óbitos fetais ou neonatais, contudo, entre aquelas sem este acompanhamento foram diagnosticadas complicações graves, incluindo um óbito neonatal. Os autores concluíram enfatizando que a gravidade destes casos requerem ações na área de saúde voltadas ao esclarecimento da população quanto à importância do controle pré-natal e a orientação dos profissionais de saúde para o encaminhamento precoce da gestante diabética aos serviços de atenção terciária. Neste sentido, Guerra et al. (2005), realizaram um estudo na Venezuela, que comparou os conhecimentos teóricos, capacitação prática e atitudes frente ao diabetes em 64 pacientes grávidas diabéticas antes e após receberem um curso Educativo para o Auto-cuidado do DM na unidade de diabetes e gestação do complexo hospitalar Dr. Enrique Tejera, da Universidade de Carabobo na Valencia – Venezuela, no período de 2 anos. Os autores demonstraram que as condições de vida não são determinantes para se alcançar uma aprendizagem teórica sobre a DM e prática nas habilidades de auto-administração de insulina, determinação de glicemia capilar e cetonúria e teste de movimentos fetais. Isto significa que as estratégias metodológicas utilizadas pelos facilitadores do programa educativo foram efetivas, já que conseguiram motivar as pacientes a alcançar uma assimilação adequada dos conhecimentos.

Um estudo realizado na Suécia por Anderberg, et al. (2009), objetivou investigar opiniões de mulheres com diabetes pré e pós-gestacional sobre os cuidados durante a gravidez, nascimento da criança e o período pós-natal. Os autores observaram que à medida que a equipe médica

aumentava a supervisão da saúde das mulheres, as mesmas se queixavam da falta de tempo para dedicar-se à família e ao trabalho. Outro ponto relevante foi que a atenção ao cuidado em saúde era focado no controle da diabetes, negligenciando o estado gravídico que as mulheres se encontravam.

Murphy et al (2012) realizaram um estudo no Reino Unido a fim de explorar o ponto de vista das mulheres que não receberam cuidados pré-natais, em particular seus relatos de contracepção, gestações anteriores e a influencia dos serviços de saúde. As entrevistas se centravam no percurso das mulheres para engravidar, incluindo o uso da contracepção, seus pontos de vista sobre diabetes e gravidez e os fatores que incentivaram e desencorajaram-nas a frequentar uma clínica de cuidados pré-natais. Todas as mulheres tinham algum conhecimento sobre os problemas relacionados à diabetes durante a gestação, predominantemente àqueles relacionados aos benefícios do cuidado pré-natal, e controle da glicemia e os riscos do bebê desenvolver má-formação e macrosomia, porém a maioria das mulheres não estavam seguindo o tratamento preconizado. Conhecimentos sobre os riscos da gravidez e aconselhamento pré-concepcional passado não encorajaram as mulheres a participar dos cuidados pré-gravídicos, e nem a experiência pessoal de malformação, aborto ou natimorto em mulheres com má evolução da gravidez. Uma maior integração entre a diabetes e as informações de cuidados reprodutivos /contraceptivos, maior consciência do tempo potencialmente curto entre a parada da contracepção e a gravidez e mais apoio intensivo entre as gestações são necessários, particularmente para mulheres com diagnósticos anteriormente ruins.

Buscando entender quais as barreiras que impediam as gestantes de seguir os tratamentos propostos durante e após a gestação, Collier et al (2010) identificou cinco áreas principais de barreiras ao cuidado do diabetes durante a gravidez: barreiras financeiras e dificuldades de acesso ao cuidado, barreiras em manter uma dieta saudável e exercícios, dificuldades de comunicação, falta de apoio social e barreiras relatadas sobre o cuidados da diabetes. As barreiras para alcançar o controle glicêmico durante a gestação identificados neste estudo poderiam ajudar na obtenção de informações futuras relacionadas à atenção da mulher, no que se refere à obtenção de um controle glicêmico antes da gestação e durante a mesma.

Neste mesmo sentido, foi realizado um estudo por Spence et al (2010) com 24 mulheres diabéticas no Reino Unido, que procurou determinar o conhecimento e atitudes de mulheres com diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 em idade fértil relacionado aos cuidados pré-gravídicos. Foram

conduzidas quatro sessões de grupos focais revelando que em cada grupo, haviam incertezas sobre as implicações dos conselhos pré-gravídicos fornecidos pelos profissionais de saúde. Apesar de muitas mulheres relatarem experiências positivas de atenção à saúde, frequentemente citaram barreiras para discutir problemas relacionados como planejamento, incluindo falta de apoio pessoal, clínicas cheias e sustentação de estereótipos sociais percebidos pelos profissionais de saúde. Conhecimentos e atitudes referidos neste trabalho realçam as necessidades das mulheres com diabetes receberem orientação sobre o planejamento da gravidez de uma maneira positiva e motivacional. A importância dos pontos de vistas expressados pelos pacientes deste estudo podem ajudar os profissionais de saúde a encontrar a melhor forma de encorajar as mulheres sobre os benefícios do cuidado pré-natal.

King et al (2009) buscaram explorar as experiências das mulheres com diabetes tipo 1, que vivem na área rural da Austrália, durante a preparação para a gravidez e o parto. Além disso, eles descreveram o envolvimento das mulheres e as expectativas com os cuidados da saúde durante esse período e posteriormente, realçando os potenciais serviços e as falhas de informação. As mulheres precisavam de informações e apoio para diferenciar entre o que poderia ser normal ou anormal nos processos corporais associados à gravidez, diabetes, ou ambos. Foi observado que as mulheres com diabetes tipo 1 experimentaram dificuldades significativas durante a gravidez, sendo estas agravadas pela escassez de informações disponíveis para apoiar o manejo de sua gravidez e a falta de disponibilidade de profissionais de saúde experientes.

Na busca de compreender como as mulheres experienciavam a gestação quando recebiam o diagnóstico de diabetes, Nolan et al. (2010) em um estudo desenvolvido nos Estados Unidos, identificaram três temas principais: preocupação com o bebê desenvolver diabetes; àqueles relacionados às complicações específicas das mulheres e perinatais; e relacionada com a diabetes no futuro, e senso de controle. Os autores concluíram que a prática da enfermagem possibilita um maior cuidado das gestantes, através de processos educativos de promoção do auto-cuidado do diabetes durante este período.

Se há comprovação de que uma dieta rígida associada a outros fatores evitaria as complicações gestacionais decorrentes do diabetes, porque as gestantes resistem ao tratamento preconizado? Como elas lidam com a maternidade estando o risco tão presente no cotidiano vivido e sentido delas? Essas perguntas foram norteadoras no meu processo de busca da compreensão das diferentes maneiras que as mulheres experienciam suas gestações e significam suas práticas

alimentares, considerando a pluralidade de contextos e eventos que permeiam suas vidas e de que forma estas diferenças interferem no tratamento médico imposto.

É importante salientar que a experiência da maternidade é, *per si*, um evento crítico na trajetória biográfica das mulheres, visto que elas deverão reposicionar-se enquanto ser(mães)-no-mundo, sendo este processo repleto de significados individuais, social e culturalmente relevantes. Soma-se a isto, o rótulo de “gestante de risco” que imprime nas mulheres diabéticas um significado de enfermidade em contraposição à normalidade que se deveria pensar a gestação (TEDESCO, 2002; MALDONADO, 2002; DIAS, 2008), tornando este evento ainda mais complexo.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), entende-se por gestação de alto risco aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de ser atingidas por complicações que a média das gestações. Isto é resultado de algumas características específicas das mães que podem tornar-se nocivas ao desenvolvimento do bebê e/ou sofrerem algum agravo, sendo que, dentre estes, destacam-se doenças crônicas, como diabetes.

Gomes et al. (2001), entendendo a complexidade da utilização do termo “gravidez de alto risco”, buscaram identificar os sentidos atribuídos a esta temática, a fim de ampliarem o debate no campo da saúde materno-infantil, a partir de uma perspectiva multiprofissional. A análise do material fundamentou-se na articulação das abordagens quantitativa e qualitativa, uma vez que as duas perspectivas se complementam na aproximação de uma realidade. Os dados evidenciaram que a concomitância da exposição materna e fetal da gravidez de alto-risco justifica a abrangência do termo.

Segundo esses autores, a ausência de estudos qualitativos nesta área pode corroborar a idéia reducionista no trato dos fatores de risco de caráter social que são de ordem mais complexa e menos precisa do que os fenômenos naturais. A partir da análise dos artigos, ficou patente que as idéias que giraram em torno da gravidez de alto-risco, poderiam ser reunidas em um único núcleo de sentido: algo patológico em oposição a uma evolução considerada normal. Em termos de redução, observou-se que, no primeiro momento, a gravidez de alto risco ficou reduzida a fatores clínicos; e, em segundo, o conteúdo dessa abordagem biomédica se limitou, praticamente, aos aspectos fisiopatológicos. Tais reduções explicitadas no texto não permitiram a discussão de questões relacionadas à mulher e à criança, enquanto sujeitos do ciclo gravídico e, conseqüentemente, personagens centrais para a significação da maternidade.

Segundo Costa (2002), os sentimentos confusos em relação ao ser mãe, expressados por ambivalência, são muito comuns em gestantes com alguma condição patológica pré-existente, pois ao mesmo tempo que desejam muito ter filhos, entram em desespero ao perceberem que as complicações relacionadas à sua saúde e à gestação estão aumentando.

Um estudo realizado na Suécia por Persson, et al. (2010), utilizando uma abordagem da Grounded Theory, buscou descrever a experiência de mulheres que adquirem diabetes durante a gestação e passam a conviver com ela, revelando que ser diagnosticada com diabetes e vivê-la durante a gravidez pode ser entendida como um processo "de choque para o equilíbrio gradual". O estudo mostrou também que apesar dos desafios, os inconvenientes e as mudanças envolvidas, o fato de ter diabetes implica em adaptações gradativas a um novo estilo de vida, equilibrando o cotidiano que é, para elas, recompensado pela garantia de saúde do bebê e delas mesmas.

Um estudo realizado nos Estados Unidos por Mendenhall et al (2010) objetivou examinar o papel de aflição social em narrativas coletadas de 26 mexicanos-americanos que procuraram o tratamento da diabetes em um hospital público em Chicago. Os autores defendem que ao ligar o sofrimento social com a diabetes, as mulheres passam a usar essa enfermidade como um "idioma de angústia", revelando que o crescente aumento da prevalência de doenças crônicas, como diabetes, que estão estreitamente associadas com as disparidades sociais em saúde, pode funcionar como expressão de sofrimento psíquico e social.

Nesta mesma linha de pensamento, Johansson, et al. (2008) realizaram um estudo cujo objetivo foi desenvolver o conhecimento a partir de uma perspectiva do paciente sobre o adoecer com diabetes. As narrativas analisadas mostraram que adoecer com diabetes significava estar envolvido em uma série de acontecimentos responsáveis por uma diversidade emocional. Quando o desequilíbrio corporal é sentido como diabetes, essa nova condição pode ser reconhecida e aceita, mas a aceitação é possivelmente uma reconciliação ilusória ou falsa que os sujeitos encontram para conseguirem seguir em frente. Apesar de terem sido diagnosticados com diabetes, os sujeitos do estudo queriam continuar seguindo as mesmas rotinas de vida, embora agora carregassem uma doença.

Já Dourado e Pelloso (2007) observaram em estudo qualitativo sobre a gestação, programação e o desejo de ter um filho entre 12 mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco, que a gestação não planejada é frequente entre mulheres de diferentes faixas etárias e escolaridade, mas o fato da gravidez não ter sido programada não significa que o filho não tenha sido desejado.

O comportamento das mulheres que não programavam e não desejavam a gestação, reforçou a idéia de que as condições sociais em que as mesmas se encontravam inseridas, o número de filhos, a idade, a situação financeira e o estado conjugal constituíram alguns aspectos que poderiam ter influenciado na aceitação da gravidez e, desta forma, na vontade de ser mãe. Todavia, segundo um estudo realizado por Quevedo, Lopes e Lefevre (2006), sobre as representações sociais da maternidade em mulheres cardiopatas e diabéticas que experienciaram uma gestação de risco, pôde-se observar em geral que, mesmo que a experiência da gestação quando associada com a doença tenha sido sofrida e difícil de ser suportada, seja pelos sintomas físicos, pelos incômodos e exigências causados pelo tratamento, ou pelas limitações na vida social, a gravidez criava a impressão de que era possível superar obstáculos e, por isto, nem a cardiopatia, nem o DM impediram estas mulheres de engravidarem, mesmo quando houvesse uma “contra-indicação” médica.

Berg e Sparud-Lundin (2009) através das narrativas de gestantes de risco observaram que as mulheres sentiam muito medo de seus bebês sofrerem alguma complicação durante a gravidez. A atenção dos profissionais de saúde durante o período de gestação das diabéticas era focada na saúde do feto e não da mãe. As gestantes eram obrigadas a atuarem como mensageiras entre os diferentes profissionais de saúde que as atendiam já que não havia comunicação entre as categorias no cuidado com estas gestantes. As autoras concluíram que estabelecer uma relação de confiança entre a gestante e os profissionais de saúde, na qual elas se sintam priorizadas no cuidado e atenção, e não apenas ao bebê, era crucial.

Neste mesmo sentido, foi realizado um estudo no Brasil por Oliveira e Madeira (2011) que objetivou retratar como se dava a relação entre os profissionais de saúde de uma equipe interdisciplinar de atenção ao pré-natal de risco e as gestantes que frequentam esse serviço. Tomando como base teórica uma abordagem fenomenológica existencial, fundamentada nos pressupostos teóricos de Merleau-Ponty, as autoras observaram que os discursos das mulheres entrevistadas revelaram que a atenção e a disponibilidade oferecida pelos profissionais de saúde no pré-natal de alto risco em esclarecer dúvidas e dar orientações detalhadas, dissiparam o medo e a angústia apresentada pelas mulheres durante a gravidez. Após serem orientadas, as gestantes sentiam-se mais seguras. Em geral, as mulheres sentiam-se desesperadas, revoltadas, transtornadas ao saberem que estavam gerando um filho em situação de alto risco. O profissional

de saúde, quando sensível aos sentimentos das gestantes, podia traçar condutas capazes de proporcionar mais tranquilidade à mulher e, por sua vez, uma maior aceitação do filho.

O impacto da notícia, a necessidade de (re) organização da vida e a privação de recursos materiais trazem insegurança e medo às gestante. Obviamente, a eminência de risco de vida é o principal objetivo da atenção da equipe de saúde. No entanto, compreender a situação de crise da gestante como algo que se estende para além do físico, psicológico e social, possibilita, sem dúvidas, recursos mais interativos à equipe, o que otimizaria o trabalho e permitiria que as mulheres se sentissem protagonistas do seu processo de cura e tratamento. Em se tratando de gestantes diabéticas, o controle de suas escolhas - tanto em uma perspectiva médica, quanto social - torna-se muito mais rígido, devido ao risco iminente da saúde tanto da mãe quanto da criança.

Silva, Santos e Parada (2004) puderam observar em estudo com gestantes diabéticas em São Paulo, que nem todas as entrevistadas seguiam corretamente as prescrições alimentares exigidas pelos profissionais de saúde, aumentando esse risco existente. As mesmas apontaram que algumas mulheres relataram um sentimento de desgosto, uma vez que teriam que se privar de comer doces, por exemplo, em função da doença. Em relação ao tratamento do controle glicídico, um grupo de mulheres encarou-o sem maiores dificuldades, a fim de evitar complicações para si e para seu bebê, ao passo que outro grupo revelou estar sendo árduo tal controle e cometendo, algumas vezes, deslizes em relação a ele.

Um estudo qualitativo realizado por Barsaglini e Canesqui (2010) cujo objetivo foi analisar os aspectos materiais e simbólicos da alimentação e das dietas em diabéticos usuários de serviços públicos de atenção básica, revelou que o manejo alimentar e dietético não se dissocia da forma como cada sujeito experiencia sua enfermidade, sendo muitas vezes orientados pelas crenças, e outros mecanismos para enfrentar no dia-a-dia as vontades de consumir alguns alimentos que lhes são proibidos pelos profissionais de saúde. Elas concluem que o manejo dietético, em condições de restrições devido a doenças crônicas, é complexo, pois envolve aspectos que perpassam a objetividade da doença e o controle da mesma além da subjetividade dos sujeitos e seus desejos, pois envolve as dimensões sócio-culturais e a forma como cada sujeito representa e experiencia sua doença.

A partir dos fatos explicitados acima e percebendo como a trajetória destas mulheres diabéticas é influenciada pela experiência da gestação, passei a refletir sobre qual seria o papel desempenhado

pelo alimento neste novo contexto, já que há um esforço múltiplo para uma mudança das práticas alimentares destas mulheres e adequação das mesmas a uma dieta controlada. Entendendo a complexidade dessa temática e considerando que existe uma lacuna na produção científica, tanto nacional quanto internacional, voltada ao estudo qualitativo das significações das práticas alimentares para as gestantes diabéticas, revela-se a importância de buscar uma maior compreensão dos diversos fatores que interferem nas práticas alimentares das mulheres diabéticas quando as mesmas vivenciam uma experiência gestacional de risco.

Há uma tendência dos profissionais de saúde em adotarem perspectivas biológicas sobre o alimento, sendo este reduzido a uma lógica terapêutica, ignorando, assim, seu caráter simbólico associado à história, tradição e cultura que interferem nos desejos, gostos, vontades e escolhas destas mulheres, ou seja, na repercussão da maneira que elas significam a maternidade.

Desta forma, este estudo objetiva analisar a experiência da maternidade focalizando nos significados que as mulheres diabéticas atribuem às práticas alimentares enquanto gestantes de risco. Para isto pretende-se analisar a(s) experiência gestacional entre mulheres diabéticas e como os saberes e ações dos profissionais de saúde e de familiares atuam na significação e adoção de práticas alimentares destas gestantes, segundo o ponto de vista destas mulheres; além de investigar os significados de maternidade para gestantes diabéticas de risco.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

*“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice.
Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”
(Leonardo da Vinci)*

1.1. Gravidez de risco e a trajetória descontínua da Maternidade: Ressignificando o papel de mãe

A maternidade é considerada um momento crítico de transição na vida de uma mulher, exigindo uma reorganização dos comportamentos externos, enquanto ser (mãe/filha)-no-mundo e internos, relacionados aos significados atribuídos a si-mesma. Neste caso, o tornar-se mãe é um importante evento transicional para mulher, cuja biografia individual tende a ser reescrita, repensada e resignificada, orientadas pelo contexto sócio-cultural pertencente a cada uma (VOLKMER, 2009; SILVA, 2010).

Os momentos de transição são aqueles que ocorrem durante algum período da vida, considerados marcadores de desenvolvimento, em que exigem uma reorganização dos comportamentos externos, enquanto ser-no-mundo e internos, relacionados à como o indivíduo sente e entende sobre si-mesmo. Segundo Zittoun (2009), a noção de transição é utilizada somente em situações que suscitam transformações, designando uma ideia de passagem de um estágio para outro. No caso da maternidade, mais especificamente o período da gestação, sugere mudanças tanto objetivas, neste caso relacionadas ao novo papel social, que significa sair do seu papel de filha para o papel de dona-de-casa e mãe, quanto subjetivas, significando um amadurecimento, um “tornar-se verdadeiramente mulher”, o que demonstra que a construção da identidade está fortemente vinculada à maternidade (STASEVSKAS, 1999; MALDONATO, 2002).

Cabe destacar que, adotando uma dimensão social, não se pode falar em um único padrão de maternidade e sim de diversas “maternidades”, refletindo o caráter singular e polissêmico deste evento, muitas vezes acompanhado de uma complexa interação de sentimentos que envolvem o desejo, a expectativa, o medo, a angústia e o prazer (Soto 2000 *apud* SORÉ e PARELLA, 2004; CHAVES, 2011).

Ao compreender que a transição para a maternidade implica em grande desafio para as mulheres, tanto à nível emocional, quanto afetivo, econômico e social, o imaginário culturalmente cultuado de felicidade associado a este evento é colocado em discussão. A visão que nossa cultura tem sobre a maternidade continua enfatizando o elemento de auto-realização da natureza feminina,

associada a uma imagem idealizada da maternidade como fonte de intensas emoções positivas, e muitas vezes ignoram algumas dimensões menos agradáveis desta experiência (DUARTE E GONÇALVES, 2007 *apud* TAKEI, 2008).

Alguns estudos apontam o caráter normativo da maternidade, sendo este evento de alguma forma esperado pelas mulheres, estando associado ao imaginário de feminilidade. Soré e Parella (2004) referem que o “ideal” de mãe que prevalece nos discursos das mulheres ocidentais foi fruto das transformações sociais dos significados da maternidade e, desta forma, este conceito não deve ser reduzido a um caráter estritamente biológico.

Não há como pensar em maternidade sem pensar o lugar que a mulher ocupa (e ocupou) na sociedade. Os papéis da mulher e a identidade feminina têm sido historicamente e tradicionalmente construídos em torno da maternidade (GILLESPIE, 2003). A partir do século XVIII, através das influências dos discursos médico e político, ocorreu uma intensificação da imagem social da mãe, enfatizando a importância do seu papel e a exaltação do amor materno (BADINTER, 1985). Assim, a partir deste momento histórico, este amor que as mães passam a desenvolver para com seus filhos aparece como algo incontestável, perpetuando-se nos séculos subsequentes.

Lucila Scavone (2001), ao discutir as relações entre a maternidade e feminismo, sintetiza três momentos que caracterizam as principais discussões realizadas em torno desta temática: um primeiro, em que a recusa da maternidade foi apresentada como o principal instrumento para subverter a dominação masculina e o determinismo, já que a mesma era vista como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade; um segundo, em que recupera a maternidade como um poder insubstituível que só as mulheres possuíam - fazendo parte da história e identidade femininas; e um terceiro, que mostra como não é o fator biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade (*op. cit.* ; MEYER, 2005).

Neste ponto, a reflexão feminista muito contribuiu para a compreensão do fenômeno social da maternidade e para a introdução das discussões acerca do conceito de gênero, que foram fundamentais para tentar romper com as idéias deterministas, que associavam a maternidade à natureza feminina, que persistiam (e ainda persistem) nas sociedades ocidentais.

Em 1949, Simone Beauvoir publica a obra ‘O Segundo Sexo’ (SCAVONI, 2001) que causou polêmica na França por questionar as idéias biológicas que predominavam nas discussões acerca

do indivíduo feminino e masculino com a frase “não se nasce mulher, mas torna-se mulher”. Em 2000, Nicholson reafirma a idéia proposta por Beauvoir ao referir-se ao gênero para descrever o que é socialmente construído em oposição ao “sexo” que é biologicamente dado. Com isso, a distinção masculino /feminino foi sendo questionada e, também, os papéis sociais destinados a cada um, em especial à mulher. Cabe ressaltar que esse papel de mãe foi sendo metamorfoseado no decorrer da história das sociedades ocidentais e, associado a este, o ideal de boa mãe.

A posição dada às mulheres nas sociedades patriarcais destinava-se aos cuidados domésticos e dos filhos. No século XIX, consolida-se o capitalismo, com ele a mentalidade burguesa ascende, reorientando vivências familiares e domésticas, do tempo e das atividades femininas (BADINTER, 1985). Assim, surge uma mulher com um novo papel a desempenhar no contexto da família burguesa, marcado pela valorização da intimidade e da maternidade. Cabe à mulher construir um ambiente familiar sólido, educar os filhos, dedicar-se ao marido, em um movimento de interiorização da vida doméstica (D’INCAO, 2006).

Embora o papel que o homem exercia no âmbito familiar ainda mantivesse o caráter autoritário, as mulheres passaram a representar um importante capital simbólico, já que agora eram responsáveis por ajudarem a zelar pela imagem pública deste homem perante a sociedade. Assim, a mulher burguesa passa a adotar regras castas no encontro sexual, vigiar a castidade das filhas, construir uma descendência saudável, colaborando para a representação de santidade que a mulher passa a obter na cultura ocidental (TAKEI, 2008; VOLKMER, 2009; STASEVSKAS, 1999).

Segundo Stasevskas (1999), também no Brasil, entre os séculos XIX e XX, a sociedade assiste à crescente santificação da mulher como mãe, o cultivo da domesticidade, a fragilidade e a fortaleza materna. A partir da metade do século XX, com a modernização da sociedade brasileira e os impactos sociais do novo modelo político-econômico neoliberal, muitos conflitos que advinham, principalmente, das relações trabalhistas, eclodiram. Desta forma, diversos grupos sociais se organizaram no intuito de reivindicar seus direitos e, assim, as mulheres também passaram a ser as protagonistas de suas lutas por direitos trabalhistas e igualdade, desconstruindo muitos dos papéis que elas possuíam na sociedade ocidental. O advento da pílula anticoncepcional, e de outros métodos contraceptivos, em 1960 foi um evento marcante na trajetória de algumas mulheres que passaram a encarar a maternidade como uma escolha e não como destino. A priorização do trabalho fora de casa ajudou a reconfigurar esse cenário da

mulher enquanto mãe, já que a busca de igualdade e valorização no mercado de trabalho exigia tempo e, logo, a escolha da maternidade era adiada.

Segundo Badinter (2010), até a década de 1970, casar-se e ter filhos fazia parte da trajetória “natural” da biografia feminina. Depois que as mulheres passaram a controlar sua fecundidade, houve um declínio da fertilidade nos países desenvolvidos, além do aumento na idade média das mulheres que decidiam ter filhos, já que muitas priorizavam uma estabilidade financeira antes de engravidarem. Outro fato que passou a existir foi o aparecimento de um novo modelo de casal sem filhos, ou da mulher solteira sem filhos. Portanto, tornar-se mãe deixou de ser uma questão de destino, e, assim, novos significados acerca do que é ser mãe emergiram.

Cabe ressaltar que essa luta das mulheres pela igualdade e a redefinição dos papéis sociais não foi defendida por todos já que a grande questão colocada era que essa visão reduzia-se a uma parcela de mulheres (normalmente brancas, estudadas, advindas de classes econômicas estáveis). Nicholson (2000) afirma que houve na produção científica feminista “uma tentativa de homogeneizar o gênero, não respeitando a pluralidade feminina, inclusive em termos de classes e raças”. Scavoni (2001) parece responder a esta crítica de Nicholson quando diz que a maternidade deve ser abordada como um fenômeno social que é marcado pelas desigualdades sociais, raciais/étnicas, e pela questão de gênero que lhe é subjacente. Para esta autora, as mudanças e implicações sociais da realização dessa experiência não atingem da mesma forma todas as mulheres, países e culturas, apesar de existir um modelo de maternidade preponderante nas sociedades ocidentais contemporâneas, que tem como características gerais proles reduzidas e mães que trabalham fora (*op. cit.*).

No entanto, a noção de maternidade como constitutiva da identidade feminina e do papel social da mulher permanece ainda hoje emaranhada nas sociedades ocidentais, em seus textos culturais, promovendo a maternidade como algo desejável à mulher e condição necessária e suficiente para torná-la completa (GILLESPIE, 2003). Segundo Scavoni (2001) a escolha da maternidade está ligada a inúmeras causas que diferem de acordo com as experiências e realidades de cada mulher, todavia coincidem com um ponto que intersecciona o biológico, o subjetivo e o social que, para ela seria: “O desejo atávico pela reprodução da espécie, ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de uma valorização e de um reconhecimento social; o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo da família de origem, entre outros” (*op.cit*, p. 50).

Ao considerar a maternidade um evento complexo torna-se difícil discriminar os motivos pelos quais as mulheres decidem engravidar. Principalmente partindo do pressuposto que existe uma diversidade de situações nas quais as mulheres ressignificam a sua experiência gestacional, sendo uma delas durante a gravidez de risco, em que o rótulo dado a esta mulher já é suficiente para que elas se identifiquem como ‘diferentes’ em contraposição à normalidade e repensem a sua escolha de ser mãe (TEDESCO, 2002; MALDONADO, 2002; DIAS, 2008).

Quando a maternidade, que é um evento esperado na trajetória de vida de uma mulher, é ameaçada por algum fator que sugere um “risco” à gestação, ela é marcada por uma descontinuidade no percurso biográfico normativo destas mulheres, havendo uma necessidade de reorganizar suas projeções simbólicas do eu-mulher, eu-mãe e eu-me. Zittoun (2007) utiliza o termo não-normatividade para referir-se a um evento que ocorre de forma não esperada, em desconformidade com as prerrogativas e expectativas sociais.

O conceito de risco vem sendo discutido e metamorfoseado ao longo de uma trajetória histórica. Segundo Gomes (2001), a diversidade de significados atribuídos à gravidez de alto risco pode derivar da variedade de sentidos que a expressão *risco* remete. Frente a uma necessidade de avançar para além da tradicional abordagem das estratégias de risco, foram feitas várias tentativas de caracterizá-los, tais como: organizar os fatores de risco em grupos, atribuir pontos ou notas a cada fator de risco isoladamente e definir comportamentos de risco ou grupos de risco. No entanto, estes meios usados para caracterizar os fatores de risco foram criticados pela falta de precisão e dissociação entre os diversos fatores e alvo de importantes contradições e conflitos (AYRES et al, 2004).

O Ministério da Saúde, objetivando categorizar e descrever os determinantes de risco na gestação passou a dividi-los em quatro grandes grupos³, buscando atender as diferenças socioeconômicas e

³ **1º Grupo: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis**

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação (analisar o esforço físico, carga horária extensa, rotatividade do horário Exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, estresse);
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso menor que 45kg ou maior que 75kg;
- Uso/dependência de drogas (sejam lícitas ou ilícitas).

2º Grupo: História reprodutiva anterior à gestação atual

- Morte perinatal (com ou sem justificativa);

culturais existentes no Brasil. Esta classificação é considerada como referência para as unidades básicas de saúde, utilizada no encaminhamento ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2006).

Segundo Zampieri (2001), a vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez. Aspectos estes também inerentes ao processo da gestação normal. Cabe ressaltar que a forma como a mulher vai lidando com as mudanças decorrentes da gestação interferirá na relação que ela está e irá construir com seu filho (MALDONATO, 2002).

No Brasil, a saúde da mulher e da criança tem sido admitida como prioridade há algumas décadas. No entanto, constata-se, ainda, que ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez, parto e puerpério (OLIVEIRA, 2008). Segundo

-
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
 - Abortamento habitual;
 - Esterelidade/Infertilidade;
 - Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
 - Nuliparidade ou multiparidade;
 - Síndromes hemorrágicas;
 - Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia;
 - Macrossomia fetal.

3º Grupo – Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e ou/ fazendo uso de anti-hipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outros).

4º Grupo – Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia / eclâmpsia;
- Amniorrécia prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

informações coletadas do DATASUS, a mortalidade materna no Brasil e em todas as Unidades Federativas ainda é considerada alta, de acordo com os parâmetros propostos pela OMS.

A mulher quando descobre que sua gravidez é de alto risco passa a apresentar dificuldades em adaptar-se à nova rotina que se instala, desvelando sentimentos contrários aos que normalmente são construídos no imaginário feminino. Em decorrência do fator de risco, surge o medo real em relação a si própria e ao seu filho, ao que está ocorrendo com seu corpo, ou ao temor de que seu filho nasça com anormalidades (MALDONATO, 2002). Soma-se a todos esses fatores a perda de controle em relação à gravidez e a si mesma.

Segundo Tedesco (1998), os aspectos psicológicos numa gestação de risco afeta a saúde mental das mulheres, já que o tratamento do corpo físico, que muitas vezes diminui os riscos fisiológicos das gestantes, aumentam os distúrbios psicossociais. A hospitalização e internações que essas mulheres são submetidas, por vezes muito prolongadas, possibilitam um controle e uma melhora do prognóstico gestacional, mas impactam profundamente o bem estar psicossocial, devido a distância do seu lar, familiares e ciclos sociais.

Nestes momentos de reestruturação do mundo vivido e de interferências na dinâmica familiar, devido à espera de um novo membro, o apoio social, principalmente da família, torna-se fundamental para a manutenção da saúde materna, auxiliando a mulher neste período de transição (QUEVEDO, 2001). Assim, a gravidez é uma experiência única que se estende também ao companheiro e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da maternidade.

Desta forma, sentimentos conflituosos e confusos passam a interferir no significado do ser mãe para as gestantes de risco, expressos na ambivalência entre o desejo da maternidade e o medo ou a culpa das complicações que este evento pode trazer tanto para sua saúde quanto para de seu bebê. Para Abbey e Valsiner (2004), as ambivalências surgem das incertezas entre o sujeito e a sua trajetória de vida, inscritas num ambiente social, no qual há uma tensão no fluxo temporal, decorrente da transformação do presente em busca de uma projeção futura. “São signos que promovem direcionamentos opostos ou não necessariamente alinhados, gerando conflito” (CHAVES, 2011, p. 27). Dessa forma, há uma (re) construção de significados no presente, a partir da criação de novos signos, que buscam minimizar as incertezas da nova trajetória que se configura.

1.2. Experiência do adoecimento crônico: A gestação em diabéticas

O termo cronicidade remete à temporalidade, já que está associado a um evento de longa duração. Segundo Canesqui (2007), a cronicidade, desde o ponto de vista da doença, pode ser entendida por dois ângulos: primeiro desde uma ótica clínica biomédica que refere-se à incapacidade de cura; e outra utilizada pela sociedade ocidental, que interage com o sistema de saúde mental (citando a Heurtin-Roberts, 1993), referindo àquelas condições de saúde que não podem ser curadas porém podem ser tratadas, apresentando sintomas contínuos ou periódicos, causando impactos na vida do adoecido e no seu entorno.

As enfermidades crônicas conduzem os indivíduos a terem de (com)viver com a doença, ou seja, mesmo que indesejada a doença passa a estar presente no cotidiano vivido pelo enfermo, tendo este que readaptar-se e repensar a sua trajetória, o que acaba despertando sentimentos negativos como inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão. Desta forma, essa experiência, em si mesma, desvela aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos).

Para Zittoun (2009), durante o curso da vida surgem momentos em que a continuidade da trajetória traçada por cada indivíduo é interrompida, reorientada ou transformada. Estes momentos são entendidos enquanto rupturas e exige dos sujeitos um reposicionamento no mundo para enfrentar este período de transição.

A descoberta de uma enfermidade crônica gera um impacto não apenas no corpo físico dos sujeitos, mas também no senso de identidade interferindo na sua auto-estima (CHARMAZ, 1983). Para Bury (1991) as consequências geradas pela doença são percebidas enquanto eventos disruptivos do cotidiano vivido na família e no trabalho, já que os sujeitos passam a lidar com os sintomas físicos e emocionais que chocam com antigos costumes e, assim, uma nova dinâmica deve ser estabelecida.

A ruptura é uma chamada para novas ideias, novas soluções e novas formas de pensar e agir. Assim, os momentos de transições, neste caso a gestação de risco, podem ser definidos como um processo de mudança na trajetória linear vivida por um indivíduo, catalisada por um evento disruptivo (a enfermidade crônica), que exige um ajuste entre a pessoa e o ambiente (social) (ZITTOUN, 2009).

A experiência de enfermidade pode ser então entendida tanto como a forma na qual os indivíduos se posicionam frente a uma situação de doença quanto da maneira que eles a assumem, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos para lidar com ela (ALVES e SOUZA, 1999). Os primeiros estudos sobre a experiência da enfermidade, no contexto anglo-saxão, foram desenvolvidos desde uma perspectiva funcionalista, baseadas em modelos teóricos para entender a doença, partindo do ponto de vista dos adoecidos e em situações concretas do mundo da vida. Todavia não se refletia acerca das diversidades das experiências que os indivíduos sentiam. A partir daí, vários estudos sobre a experiência da enfermidade foram desenvolvidos buscando romper com o médico-centrismo presente nas teorias sociológicas de orientação funcionalista (CANESQUI, 2007; ALVES, 1993).

As novas vertentes que surgiram diferiam entre si quanto aos aspectos da experiência que enfatizavam - sejam objetivos, subjetivos ou intersubjetivos-, expressos em temas sobre as consequências da doença; os significados atribuídos; as formas de gerenciamento ou enfrentamento; e os fatores mediadores micro e macrossociais que interferiam.

Segundo Adam e Herzlich (2001, p. 82), para interpretar uma doença “as pessoas apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referência interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam”. Desta forma, o sentido da experiência do adoecimento dependerá das interações dialéticas entre o sujeito e o seu meio social, e da maneira que ele codifica este acontecimento, refletindo o paradoxo da doença como “a mais individual e a mais social das coisas” (AUGÉ, 1986 *apud* Canesqui, 2007, p. 21).

Castellanos et al. (2011), observaram que os estudos qualitativos desenvolvidos sobre diabéticos mostram que estes sujeitos reestruturam suas atividades cotidianas e algumas mudanças comportamentais no decorrer de suas trajetórias de vida, de forma gradual. Os autores apontam também as transformações dos processos de significação que vão ocorrendo ao longo da doença, demonstrando a complexidade do tema decorrente, muitas vezes, das inter-relações com diversas dimensões, sejam elas culturais, assistenciais, sociais, dentre outros.

A experiência vivenciada pelos adoecidos é muito mais complexa do que os significados atribuídos à enfermidade na tentativa de explicá-la, pois estes oferecem sempre quadros parciais e inacabados de uma realidade sempre dinâmica (ALVES, 1993). Assim, a compreensão da enfermidade deve considerar tanto os aspectos subjetivos, que determinam as diferenças na forma de interpretar o adoecimento, quanto os intersubjetivos. É através da noção de intersubjetividade

que se compreendem os modos através dos quais os sujeitos se reorientam e percebem o mundo coletivo e as vozes dos diversos atores que se apresentam no mundo intersubjetivo, ou seja, compartilhado pelos outros. Desta forma, a comunicação e a interação se tornam importantes, pois, por mais que os outros sujeitos possuam perspectivas diferentes frente à enfermidade, existem correspondências de sentidos e significados da realidade.

Segundo Alves e Rabelo (1999), tratar do caráter intersubjetivo das experiências conduz a um exame cuidadoso da realidade no mundo cotidiano. Segundo Schutz (2012), o mundo da vida cotidiana é o cenário e também o objeto de nossas ações e interações.

O ‘mundo da vida cotidiana’ deve ser considerado como o mundo intersubjetivo que já existia muito antes de nosso nascimento, que já foi experimentado e interpretado por outros, nossos antecessores, como um mundo organizado. Toda interpretação sobre esse mundo é baseada sobre um estoque de experiências prévias a seu respeito, nossas próprias experiências e aquelas transmitidas a nós por nossos pais e professores que, sob a forma de um ‘conhecimento à mão’, opera como um esquema de referência (*op.cit.*, p. 84).

Segundo Alves (1993), a interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. Assim, a experiência é interpretada pelo conhecimento prático (senso comum) em que a própria compreensão da enfermidade prende-se à experiência contrapondo-se aos estudos de representação e às perspectivas sistêmicas, estrutural ou histórico-estrutural e polarizando-se na análise dos microprocessos sociais.

No caso do diabetes, a iminência constante de complicações que podem surgir inesperadamente provocam incertezas quanto aos acontecimentos futuros, além de sentimentos negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstrando sentimentos de inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão (MARCELINO e CARVALHO; 1999). Segundo Barsaglini (2006), com o passar do tempo e diante da insistente cronicidade do diabetes, resta aos adoecidos se ajustarem à situação que é inevitável, já que há uma vida a ser tocada com seus compromissos sociais e morais que transcendem a realidade física da enfermidade.

Cabe ressaltar que os enfermos enfrentam uma realidade onde o seu corpo e a sua enfermidade se tornam centrais e na maioria das vezes, a sua experiência apresenta-se para os outros como algo imperceptível, principalmente o diabetes que é percebido como uma doença invisível, o que deslegitima o estado de enfermo. Desta forma, a enfermidade constitui-se numa interpretação e

em um julgamento sobre a matéria bruta das impressões sensíveis produzidas pelo corpo. (LOPEZ, 2010)

Se a saúde é percebida como a ausência de qualquer dor ou mal estar corporal, pode-se entender o corpo enquanto mediador entre o ser e a enfermidade. Assim, o corpo passa a ser entendido enquanto cruzamento entre a natureza e a cultura, desempenhando o papel fundamental de colocar os sujeitos em contato com o mundo. O corpo manifesto permite ao sujeito posicionar-se enquanto enfermo ou sadio, já que ele é o meio de expressão e legitimação dos sentidos (LOPEZ, 2010). Desta forma, entende-se o corpo como a base existencial da cultura e, partindo do paradigma fenomenológico da corporeidade e dos estudos de Merleau Ponty, reconhece-se a corporeidade como uma condição existencial na qual a cultura e o sujeito estão fundados. O corpo passa a ser interpretado desde o ponto de vista do vivido e do sentido (MOREIRA, 2004).

Na enfermidade o corpo passa a se comunicar com o sujeito e este vai se desvelando à medida que novas percepções são sentidas e aos poucos decodificadas em sintomas, antes alheios e agora presentes. Lopez (2010) traz a ideia de que a enfermidade e as mudanças corporais percebidas faz com que os enfermos recorram suas atenções ao corpo, tanto seu quanto dos outros, e assim os significados e as percepções construídas do seu próprio corpo são também intersubjetivas.

Cabe destacar que a enfermidade está necessariamente associada a uma experiência. Alves (1993) coloca que é a experiência de sentir-se mal que, por um lado, origina as representações da doença e, por outro, põe em movimento a capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento. Este autor traz a ideia de que não poderíamos saber que estamos doentes sem que a sensação de que “algo não vai bem” tenha sido revelada antes. Assim, a enfermidade é mais do que uma situação emotiva decorrente de uma reação corporal. Ela estende-se para além dos limites do mundo sensível.

O diabetes é uma doença que atinge milhões de pessoas e que tende a crescer. A medicina sozinha não consegue dar conta de ajudar no controle da doença para que não haja complicações, pois além de exames e medicamentos, é necessário dieta, exercícios físicos e um equilíbrio emocional, visto que estes aspectos influem diretamente sobre a doença, descontrolando-a e agravando o quadro (MARCELINO e CARVALHO, 1998). Nos diabéticos é comum não seguir o tratamento proposto e isto se dá por alguns motivos, dentre os quais se destaca a atenção médica que ainda é baseada em uma visão estritamente fisiológica, não considerando os aspectos emocionais que interferem no processo de cura, nem o protagonismo dos enfermos no tratamento.

O emocional é constituído por aspectos mais profundos internamente e inconscientes, que podem impedir um bom controle da doença se esta não for internamente aceita. Debray (1995) acredita que o diabetes é enfrentado diferentemente por cada indivíduo, pois depende da estrutura psíquica ou organização mental de cada um.

Para os diabéticos, então, o tratamento/cuidado deve se pautar tanto nos aspectos fisiológicos da enfermidade quanto nos emocionais, já que ambos interferem na maneira como o indivíduo sente a doença. Nesse sentido, o cuidado adquire duas dimensões: uma relacionada à assistência, que se apropria da racionalidade biomédica para justificar o tratamento e evitar as complicações metabólicas durante a gravidez e parto; e outra relacionada ao universo simbólico e cultural do sujeito, cujo cuidado será significado a partir da interação entre os diversos atores que agem no seu meio social.

No caso das gestantes diabéticas aqui estudadas, vários estudos têm demonstrado que um rígido tratamento dietético e alterações no estilo de vida dessas mulheres favorecem um controle da glicemia e evitam complicações tanto para a mãe, quanto para o bebê⁴. Nestes casos, o cuidado está associado ao tratamento e deposita-se nas gestantes a responsabilidade do cuidar. Todavia, para outros autores, o cuidado estaria relacionado à esfera do sentimento.

No trabalho desenvolvido por Dias, Santana e Santos (2006), com gestantes diabéticas acerca da compreensão que elas tinham sobre os cuidados, as autoras puderam perceber através do discurso destes sujeitos que, para eles, o cuidado estava associado ao carinho, compreensão e orientação, o que divergia daquele pensado pela equipe de saúde, no qual o cuidado relacionava-se ao controle do fisiológico para evitar complicações médicas. Assim, a idéia do cuidado vai perpassar as dimensões subjetivas e objetivas do sujeito traduzindo-se em sentimentos de ambivalência para àqueles que se sentem obrigados a seguir um controle que não condiz com o seu desejo.

As diferentes vozes que atuam nesse cenário de risco/controlado (sejam os profissionais de saúde ou os familiares, por exemplo) influenciam no comportamento assumido por essas mulheres, no que se refere, principalmente, ao cuidado de si. O discurso dos profissionais acerca do cuidado está pautado na lógica da medicalização do corpo, refletindo a dimensão fisiológica da gestação de risco. Já na família geralmente o cuidado se expressa mais através da dimensão simbólica, pois a representação do “cuidado de mãe” relaciona-se muito aos sentidos e aos aspectos sócio-

⁴ M. SCUCES, 2011; MONTENEGRO et al, 2001; SCOTT M NELSON AND ROBERT S LINDSAY, 2009; BASSO NAS, COSTA RAA, MAGALHÃES CG, RUDGE MVC, CALDERON IMP, 2007, CORRÊA e GOMES, 2004.

culturais, não descartando a possibilidade de haver interação com o discurso biomédico. Então, estas diferentes vozes estarão atuando e interagindo dialeticamente com o campo simbólico da gestante, gerando um novo posicionamento enquanto mãe/filha/paciente, em que há uma resignificação, a partir da sua condição de risco, do seu cuidado.

A doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a simples esfera do médico e cumprem o papel de todos os lugares da vida social. Isto é particularmente verificável no caso dos doentes crônicos que, para poder lidar com sua condição, não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas uma multidão de outros atores disseminados em todos os lugares da vida social. (ADAM E HERZLICH, 2001, p. 121)

Canesqui (2007) diz que a experiência dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades, referindo às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos e a terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas (*op. cit.*). Outro ponto que influenciam as escolhas terapêuticas nos pacientes crônicos é a busca cada vez maior de uma compreensão, por parte da equipe médica, da sua situação de saúde/doença. Concordo com o pensamento de Adam e Herzlich (2001), quando eles dizem que “é preciso levar em consideração as opiniões dos pacientes se se deseja que eles obedeam as prescrições” (*op. cit.* p. 39). Continuando com o pensamento destes autores eles afirmam que no caso de pacientes diabéticos, em que o encontro entre médico/paciente é esporádico, o papel do médico deve ser voltado para promover mecanismos nos quais o sujeito poderá se auto-cuidar, gerando, assim, uma “participação mútua” ao invés de participação única. Segundo Bastos et al. (2011), “o cuidar possibilita e implica integralidade, constrói as subjetividades e suscita a autonomia”. Esses autores relatam em seu estudo que o cuidado está se tornando cada vez mais técnico, fragmentado e médico-centrado, havendo a perda da relação de horizontalidade entre a equipe de saúde e o paciente diabético. Eles apontam que o cuidado deve atender às demandas subjetivas do sujeito, perpassando a dimensão objetiva da medicina.

O diabetes, como as demais doenças crônicas, apresenta longa duração e impõe ao seu portador a convivência com uma condição que o acompanha em todos os lugares da vida (ADAM E HEZLICH, 2001) e cuja “forma de entender, explicar, representar e lidar com a mesma decorre de um constante movimento em que interpretação e ação realimentam-se reciprocamente, sendo balizadas pelo contexto sócio cultural imediato e mais amplo no qual se inserem” (CANESQUI, 2007). Sendo assim, a convivência com o diabetes requer que esforços sejam empreendidos nos planos subjetivo (significados, identidade) e objetivo (manejo da enfermidade) que se

interconectam em um jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e as mudanças decorrentes da enfermidade, do seu curso, dos sintomas, do tratamento e das respostas a este. Assim, deve-se considerar as diferentes estratégias de enfrentamento que os sujeitos adotam para lidarem com os desafios que surgem com a doença, partindo do pressuposto de que o cuidado é entendido e sentido segundo a percepção individual de cada sujeito.

1.3. Um outro olhar sobre a alimentação

O alimentar-se é uma prática que ultrapassa a idéia simplista do comer num viés meramente biológico, articulando-se com outras dimensões do campo sócio-cultural. Para Maciel (2002), na alimentação humana, natureza e cultura se encontram, pois “se comer é uma necessidade vital, o quê, quando e com quem comer são aspectos que fazem parte de um sistema que implica atribuição de significados ao ato alimentar”.

Todavia, antes de adentrar na terminologia alimento, é importante ressaltar a distinção entre alimentar-se, comer e nutrir-se, já que está é fundamental para compreender os diferentes significados e sentidos que a sociedade atribui a estas práticas. Segundo Garcia (2005), as terminologias ‘alimentação’ e ‘nutrição’ condizem, principalmente este último, com o enfoque da ‘norma’, da dieta regulada. Ao contrário, ao referir-se à comida, a idéia predominante é de uma forma isenta de valores nutricionais, mas retratando percepções que dizem respeito à alimentação.

No primeiro caso, por ser um termo de caráter técnico, embute na palavra uma matriz que recupera representações com conteúdo envernizado tecnicamente. Já a palavra ‘comida’, termo usual na linguagem informal, recupera principalmente elementos presentes na experiência pessoal e social (*op. cit.* p. 215).

Percebe-se que a terminologia nutrir-se se ancora numa via racional, fragmentando o alimento em termos dos seus nutrientes e sua função no organismo, através da objetivação de um saber com vistas a intervenções no campo da saúde. Esta percepção alimentar baseada na biomedicina ganhou legitimação nos últimos tempos principalmente com a acentuação das doenças crônicas no cenário mundial, em que a alimentação passou a protagonizar o papel de *risco* para o desenvolvimento de algumas enfermidades.

Desta forma, pressões de caráter sanitário sobre a alimentação passaram a ser difundidas em diferentes instâncias. Alguns autores apontam para a apropriação, pela mídia, dos discursos técnico-científico, utilizando-o para adicionar aos produtos alimentícios vantagens de caráter terapêutico, fazendo com que conceitos de alimentação vinculados à saúde estejam amplamente difundidos e terminologias como ômega 3, ácidos graxos, probióticos, antioxidantes, carboidratos, que antes eram termos utilizados apenas pelos discursos médico-científicos, tornaram-se familiares em diversas esferas da sociedade (SANTOS, 2008; GARCIA, 2005; ARNAIZ, 2005).

A noção do risco associado ao alimento passou a nortear as escolhas do que comer, sempre mediadas por múltiplas ansiedades, que vão desde a busca da saúde, da longevidade, da estética, da corporalidade, dentre outras (SOARES, 2011). Cabe destacar, porém, que as noções de risco se apresentam multiversas, o que significa dizer que essa idéia não deve ser generalizada ou universalizada, já que depende da maneira que cada sujeito significa este risco (ARNAIZ, 1996). Independente da maneira que o risco é significado e interpretado para cada sujeito ou cultura, esta idéia trouxe consigo a emergência da *dieta*, que encontra respaldo na ciência médica, sendo a saúde física, pautada no controle, o seu grande objetivo. Trata-se, assim, como aponta Garcia (2005), de uma concepção farmacológica em que os cientistas e técnicos em nutrição constroem um conceito de alimento como remédio ou droga usado para o tratamento e prevenção de doenças.

O risco pode ser percebido no sistema alimentar a partir de três principais forças competitivas. A primeira delas é construída a partir do discurso de nutricionistas e do governo sobre o que seja uma dieta saudável. A segunda consiste das práticas alimentares e crenças originadas da cultura culinária tradicional, e que sobrevivem às modernas sociedades. A terceira seria a característica principal dos padrões de consumo das sociedades atuais: o sabor da novidade. Cada uma dessas forças exerceria grande influência na atitude e na prática dos consumidores. As contradições entre elas são vistas como um reforço para incertezas associadas ao consumo de alimentos (ARNAIZ, 2005; HERNÁNDEZ, 2005).

Somando a estas forças, a mídia, a família e as indústrias alimentícias também merecem destaque neste cenário multivocal, exacerbando sentimentos conflitantes entre o que se pode comer, o que se deve comer e o que deseja comer. Isto porque, a escolha do alimento perpassa uma necessidade fisiológica, adquirindo uma conotação simbólica, em que o hábito e a cultura são os

dois pilares de sustentação do querer. Para Claude Fischler (1995), o homem nutre-se também de imaginário e de significados, partilhando representações coletivas.

Partindo do pressuposto da alimentação como fenômeno cultural, esta deixa de ter um significado de nutriente passando a denominar-se comida. Assim, ela não se restringe a um “comer para viver”⁵ pois mesmo que os homens necessitem sobreviver (e, para isso, nutrir-se através do alimento), eles também “vivem para comer”, sendo a comida neste caso “temperada” de aspectos morais e simbólicos que refletem a pluralidade de fatores culturalmente marcados (DAMATTA, 1987; MACIEL, 2002).

Cabe ressaltar o caráter identitário associado ao alimento. A busca e escolha do *que comer* é revertida de uma autenticidade que marca o indivíduo, como expresso na fala de DaMatta (1986) em que “comer define não só aquilo que é ingerido como também aquele que o ingere” (*op. cit.* p. 56). Desta forma, o alimento vai revelando identidades tanto individuais como coletivas, em que o sujeito, a partir da escolha alimentar, vai se posicionando, registrando seu pertencimento a uma cultura ou a um grupo seja pela afirmação de sua especificidade alimentar ou pela diferença em relação aos outros (SANTOS, 2008). Assim, para entender o indivíduo e seus comportamentos, deve-se tomar como ponto de partida a sua história em coletivo e, assim, perceber que a comida não define apenas as identidades, mas as relações que os indivíduos mantêm entre si.

No caso das gestantes diabéticas, alguns estudos têm demonstrado que é frequente o descuido alimentar em momentos de estresse ou, paradoxalmente, de melhor compensação. Isto se deve em medida porque, muitas vezes “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com gestantes submetidas a rigoroso controle alimentar (PERES, FRANCO, SANTOS, 2006). Assim, sentimentos de ambivalência passam a predominar no que tange ao ato e escolha alimentar destas mulheres, dificultando o percurso gravídico e exigindo estratégias para enfrentar esta situação.

⁵ Expressão utilizada por DaMatta para referir-se ao comer levando-se em conta os aspectos universais da alimentação (sustentar o corpo, obter energias e proteínas)

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

*“Existe uma linguagem que vai além das palavras”
(Paulo Coelho)*

Para alcançar uma compreensão acerca dos significados que são atribuídos às práticas alimentares em mulheres que experienciam uma gestação de alto risco, optamos por uma abordagem qualitativa de pesquisa já que, segundo Rey (2005), “A epistemologia qualitativa defende o caráter construtivo interpretativo do conhecimento, o que de fato implica em compreender o conhecimento como produção e não como *apropriação* linear de uma realidade que nos apresenta” (*op. cit.* p. 5).

Na busca de uma interpretação compreensiva acerca das experiências vividas por estas gestantes, optamos por adotar uma perspectiva fenomenológica já que a mesma permitirá um aprofundamento do universo simbólico destes sujeitos, revelando, através das narrativas, os significados atribuídos ao alimento para as mulheres diabéticas. O interesse está posto em explorar a maior riqueza das particularidades das experiências e seu contexto, sem querer colocá-las como verdades absolutas, se não como realidades desenvolvidas neste momento histórico.

2.1. Construindo um pensamento: as narrativas numa perspectiva fenomenológica

O estudo fenomenológico possibilita uma maior aproximação do pesquisador com as experiências vividas pelos sujeitos entrevistados no seu cotidiano, apreendendo os significados por eles atribuídos na situação vivenciada.

Etimologicamente, a fenomenologia pode ser descrita como o estudo ou a ciência do *fenômeno* (*phainomenon*, origem grega, significa aquilo que se mostra a partir de si mesmo). Desta forma, tem como objetivo apreender as experiências tal como elas se manifestam, interagindo dialeticamente com o sujeito na busca de um sentido para àquele fato vivido, sendo este percebido e manifestado através da linguagem (BICUDO E ESPOSITO, 1997).

Cabe ressaltar que a busca da compreensão desse vivido não pode ser interpretado como uma verdade incontestável, já que, como dito anteriormente, não cabe à fenomenologia postular verdades e, sim, conhecer os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência, significados estes que se descobrem a partir das descrições dos sujeitos. Para isto, este estudo buscará através da entrevista narrativa alcançar os universos simbólicos que ordenam as experiências vividas

pelas gestantes diabéticas e compreender as diferentes formas de atribuição de significados partindo do contexto histórico e social inerente a cada sujeito.

É na linguagem que a pessoa procura articular-se com os vários aspectos do mundo, num todo significativo para ela e para o mundo, a dar sentido para expressar, na intersubjetividade, a experiência vivida no cotidiano (FREITAS, 2003, p. 42).

Para Schutz (2012), dizer que uma situação é biograficamente determinada é afirmar que ela possui uma história: “ela é a sedimentação de todas as experiências prévias do indivíduo, organizadas como uma posse que está facilmente disponível em seu estoque de conhecimento” (*op. cit.* p. 85). Desta forma, o narrador ao contar sua história a (re) constrói, já que a mesma está carregada de significados que constituem o seu estar-no-mundo, cujo ser-aí se revela e se encobre nas palavras, principal articuladora da sua compreensão em um modo de existência.

A compreensão do ser-no-mundo, não pode ser vista como algo definível, já que o próprio ser, a partir de seus relatos narrados ou escritos, entra em um processo de desconstrução e perda do “eu”, concomitante à sua reconstrução no descobrimento de sua verdadeira identidade, reflexo da sua interação histórico-social (DUTRA, 2002; GADAMER, 2004). Através da narrativa, uma história é criada e verbalizada com o intuito de verificar se somos quem pretendemos ser visando alcançar uma coerência e continuidade em meio à desordem de nossas experiências ao longo do tempo (BRUNER, 2002).

A temporalidade merece destaque entre as narrativas dos adoecidos crônicos pois, segundo Hyden (1997), as narrativas oferecem uma oportunidade de unir os eventos perdidos no tempo, para construir um novo contexto e para encaixar a interrupção provocada pela enfermidade em uma moldura temporal. Assim, as narrativas passam a recriar um contexto temporal que havia sido perdido e assumem um significado como parte de um processo de vida, através do reposicionamento destes sujeitos na continuidade das suas trajetórias.

Para Good (1994) a perda de horizonte temporal, devido o surgimento de uma enfermidade crônica, torna difícil avaliar e compreender os sintomas da enfermidade e seus eventos, pois a falta de um “final”, devido às incertezas futuras provocadas pelo surgimento da doença, gera um problema central em relação as narrativas: elas estão sempre buscando um sentido. Assim, a narrativa da enfermidade é construída a partir da possibilidade de um final novo ou diferente, o que significa que a enfermidade é sempre ambígua, uma negociação contínua.

É o enredo que permite ordenar os eventos e conectá-los a outros, gerando um quadro sequencial de relações significativas, pelas quais as experiências vividas vão sendo conectadas gerando uma

história coerente. Bruner (2002) afirma que ao narrar um acontecimento, há uma tentativa deste narrador em relacionar uma sequência ordenada de eventos para um ou mais ouvintes. O narrador seleciona certos eventos e organiza-os de modo a formar um pensamento com início, meio e fim, envolto de sentido. Ele cria um enredo e, ao relatá-lo, vai testando a compreensibilidade do dito através dos desdobramentos da história, ou seja, busca no ouvinte a confirmação da coerência do que está sendo narrado.

Cabe ressaltar que à medida que o doente crônico narra sua história, ele o faz partindo de um processo disruptivo em que há uma necessidade de reconstruir o seu mundo vivido (BURY, 1991). Assim, acontecimentos do passado e presente vão sendo ressignificados e passam a adequar-se ao novo enredo criado e (re) contado, em um processo de busca do *eu* e negociação dialética entre este e o mundo (re) criado. Desta forma, através da narrativa, cria-se e recria-se sua identidade, a fim de atender às necessidades das situações com que os indivíduos se deparam. Para Bruner (2002), as formas e os modelos narrativos são culturalmente delineados e, com isso, modelam culturalmente os processos de significados pessoais e sociais. Good (1994) revelou que as narrativas do adoecimento são estruturadas em termos culturais e que, a partir destas distinções subjetivas, o sujeito passa a refletir de modo singular as possibilidades de viver a experiência do adoecimento.

A vantagem de estudar as narrativas de enfermidades é que elas tornam possível compreender a experiência a partir de diversos pontos de vista: como uma construção social e cultural, como uma transformação e expressão de sofrimento corporal, e, acima de tudo, como uma tentativa da pessoa em sofrimento construir seu mundo, para encontrar sua própria vida profissional e contexto de vida (HYDEN, 1997).

Assim, a narrativa destas mulheres permitirá uma compreensão acerca da experiência gestacional de risco vivida por elas e dos significados atribuídos às práticas alimentares, podendo o estudo aproximar-se das distintas dimensões de mundos e realidades apreendidas e compreendidas por estes sujeitos.

2.2. O Campo de Estudo

O Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA foi fundado em 11 de novembro de 1975, com recursos obtidos através de doações do governo e de grupos suíços, com o objetivo de atender à população carente e servir como maternidade escola vinculada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, tendo como Órgão mantenedor a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina. Ele é considerado uma Unidade de saúde pública de assistência, ensino e pesquisa e centro de capacitação de profissionais na área de saúde da mulher e do recém-nascido.

Figura 1. Entrada do Instituto de Perinatologia da Bahia



Construído em uma área de 7.741,17 m², na rua Teixeira de Barros, 72, no bairro de Brotas, em Salvador/Ba, é considerada uma maternidade privilegiada já que possui uma localização estratégica e de fácil acesso.

Funcionou como maternidade modelo e pólo de especialização para médicos do INAMPS pela disponibilidade e qualidade dos recursos, na vanguarda da tecnologia aplicada às especialidades de Obstetrícia, Neonatologia (1º serviço na Bahia), Ultrassonografia (3º serviço instalado no Brasil), Monitorização Fetal, Pesquisa Bioquímica Fetal e Amniótica e Alojamento Conjunto.

A partir da década de 80, pela falta de recursos, a maternidade entrou em processo de declínio na estrutura física e de equipamentos, tendo sido fechada em fevereiro de 1988, continuando apenas com o atendimento ambulatorial nos serviços de pré-natal e ultrassonografia.

O Governo do Estado, diante do histórico de 9.000 casos/ano atendidos e da declaração da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina, por não dispor de recursos para a continuidade do atendimento, publicou, em Diário Oficial de 31/12/1987, o Decreto 834, de 30

de dezembro de 1987, desapropriando o imóvel a fim de adotar providências necessárias à reformada do espaço físico, retorno do atendimento à população e exercitar o ensino e a pesquisa. A maternidade ficou desativada por três anos. Em novembro de 1990, as obras foram iniciadas e concluídas após 106 dias. Em janeiro de 1991, o IPERBA foi reinaugurado, tendo então passado à gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Em 07 de abril de 2003 foi inaugurado um prédio anexo com 3 pavimentos e 17 salas, destinado ao atendimento ambulatorial. Hoje o IPERBA tem ambulatório especializado para atender aos serviços de pré-natal de risco, ultrassonografia, planejamento sexual e reprodutivo, ginecologia clínica e cirúrgica, mastologia, prevenção do câncer uterino e de mama, serviço social, nutrição, enfermagem, psicologia e estimulação precoce.

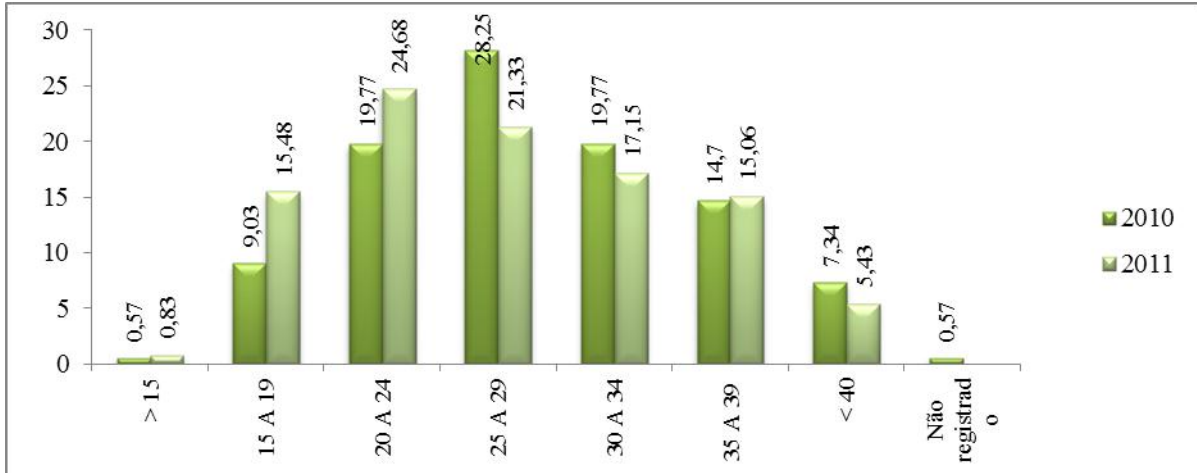
Na área hospitalar, atende as emergências de obstetrícia e ginecologia, às mulheres em processo de abortamento e realiza a interrupção da gestação nos casos previstos em lei (violência e risco de vida para a mulher).

Em 2007, foi criado o Serviço de Oftalmologia com a finalidade de realização do “Teste do Olhinho” para identificação de patologias que levam à cegueira. Em 2011, foi criado o Serviço de Atenção à Saúde Bucal hospitalar e ambulatorial, com foco na prevenção e promoção da saúde para mães e bebês e o Serviço de Fonoaudiologia para a realização do “Teste da Orelhinha”, objetivando a identificação de forma precoce da surdez.

É um Hospital especializado em atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido, oferecendo uma gama de serviços hospitalares e ambulatoriais, tendo um total geral de 107 leitos cadastrados no CNES, assim distribuídos: 74 de obstetrícia, 06 de ginecologia, 16 de neonatologia, 10 de unidade intermediária neonatal e 01 de clínica médica.

2.3. Perfil das gestantes do IPERBA

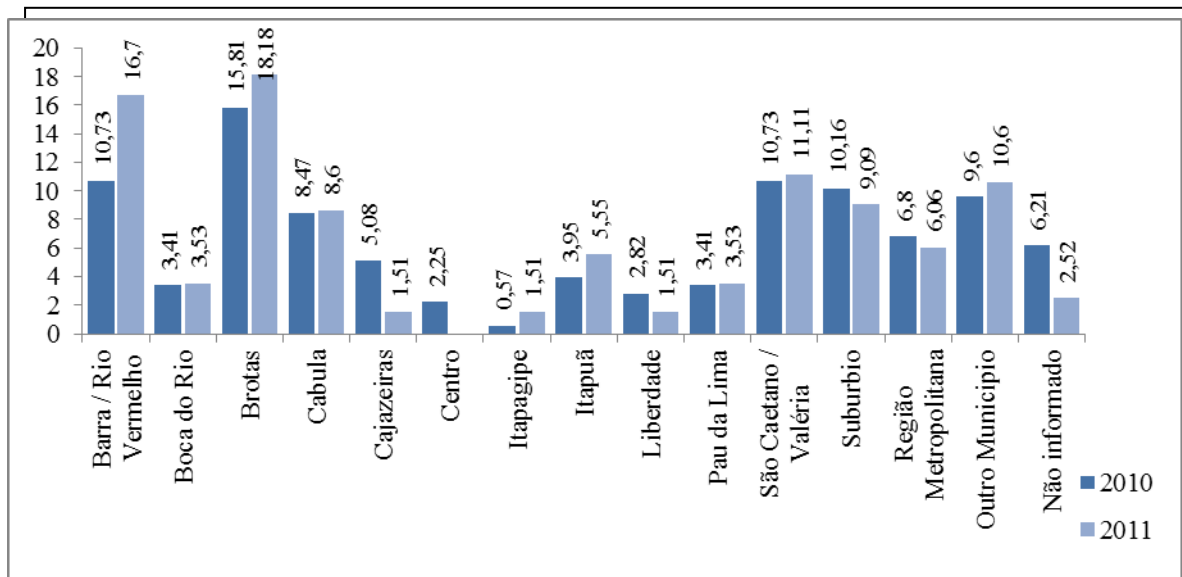
Gráfico 1. Gestantes internadas x Percentual por Faixa etária 2010 / Nov - 2011



Fonte : Entrevistas do Serviço Social

Em 2011, o maior quantitativo de gestantes internadas está inserida na faixa etária de 20 a 24 anos (24,68%), apresentando alteração em relação a 2010, quando esteve entre 25 e 29 anos (28,25%).

Gráfico 2. Percentual de Gestantes internadas x Distrito Sanitário de Residência 2010/ Nov - 2011

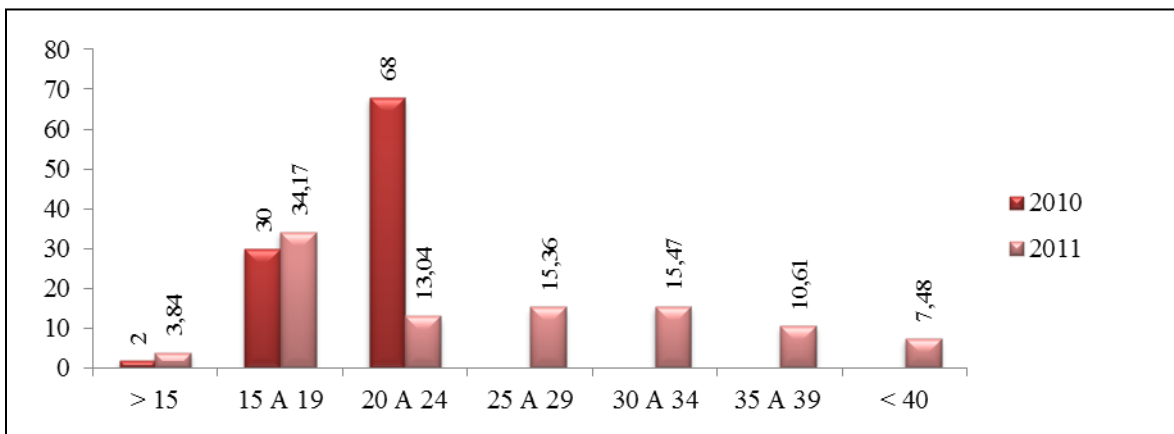


Fonte : Entrevistas do Serviço Social

O maior percentual de atendimento à gestante por Distrito Sanitário está, no ano de 2011, relacionado às mulheres gestantes residentes no Distrito de Brotas (18,18%). A segunda maior participação está no Distrito de Barra / Rio Vermelho com 16,7%.

Tem destaque o atendimento a mulheres de outros municípios, não só da Região Metropolitana, como também Jacobina, Araci, Entre Rios, Brumado, Castro Alves, Conceição do Jacuípe, Crispópolis, Iará, Queimadas, Terra Nova, Valença, entre outros.

Gráfico 3. Percentual de gestantes atendidas no pré-natal por faixa etária



Fonte : Entrevistas do Serviço Social

Em virtude da alteração no instrumento utilizado para realização da consulta e da faixa etária, para inclusão até 19 anos, no ano de 2010 priorizou-se a apresentação dos percentuais relativos aos atendimentos feitos a este segmento populacional. Com isso verificou-se que no ano de 2010, o maior volume de atendimento do serviço social, no pré-natal, estava inserido na faixa etária superior a 20 anos. As adolescentes de 15 a 19 anos, tinham o percentual de 30%. Em 2011 estão apresentadas todas as faixas etárias e pode-se afirmar que as adolescentes representam a maior demanda de assistência pré-natal no ambulatório IPERBA, com 34,17% das consultas.

2.4. As participantes do estudo: Quem são essas mulheres?

Esse estudo foi realizado a partir das narrativas de sete gestantes diabéticas, mulheres estas protagonistas de suas histórias, cujas falas (re) criavam lugares, retomavam lembranças e suscitavam questões que foram norteadoras deste trabalho. Por isto, antes de compreender quem é

cada uma dessas mulheres, em suas singularidades, é importante ressaltar algumas generalidades que me levaram a escolher estas dentre tantas outras gestantes diabéticas.

Os principais aspectos que me orientaram na escolha das participantes foram estarem internadas na enfermaria de risco e serem portadoras de diabetes tipo II. Isto porque a idéia de *risco* vinculada à gestação desencadeia sentimentos de angústia, medo e dúvidas durante este percurso gravídico, sendo estes sentimentos exacerbados num contexto hospitalar. A experiência da maternidade, assim, passa a ser um evento não-normativo e o sentido de mãe, ressignificado. Com isso, as mulheres desenvolvem diferentes formas de enfrentar este evento, buscando minimizar as incertezas da gravidez.

Além disso, busquei mulheres que experienciavam este evento de diferentes maneiras, tomando como ponto de partida o planejamento/desejo gestacional, a fim de contemplar diversas perspectivas e evitar generalizações, considerando a pluralidade de possibilidades de enfrentamento deste evento (Ver Quadro 2). Desta forma haviam àquelas que sabiam que eram diabéticas e que planejaram e desejavam a gestação; àquelas que sabiam que eram diabéticas e não planejaram a gestação, mas a desejavam; e as que não sabiam que eram diabéticas, não planejavam engravidar e tampouco desejavam serem mães.

Quadro 1. Caracterização das participantes do estudo segundo os critérios: conhecimento prévio da diabetes e planejamento/desejo gestacional

| Sabiam que eram diabéticas, planejaram e desejavam a gestação | Sabiam que eram diabéticas e não planejaram a gestação, mas a desejavam | Não sabiam que eram diabéticas, não planejaram e não a desejavam |
|---|---|--|
| Bárbara | Bruna | Luciana |
| | Milena | |
| | Júlia | Leidiane |
| | Clara | |

Essas participantes do estudo, em relação aos aspectos sócio-demográficos, diferem em muitos aspectos, reforçando o caráter plural das gestantes, como pode ser visto no Quadro 3. As idades variam de 18 anos a 44 anos, sendo que algumas já haviam engravidado antes, enquanto outras era a primeira gestação. Quanto à escolaridade, a maioria possuía o ensino fundamental completo, sendo que nenhuma havia cursado o nível superior. Apenas uma gestante vivia na casa

da mãe e não estava junto com o pai do filho, enquanto as outras ou viviam em casa própria ou alugada, acompanhada do pai do filho que esperavam. Quanto à naturalidade, três nasceram no interior, mas apenas duas (Júlia e Leidiane) residiam no mesmo local, enquanto as outras moravam em Salvador. Apenas duas gestantes relataram que possuíam atividade produtiva remunerada, sendo que as outras se dedicavam aos cuidados domésticos, sendo a renda do companheiro ou da família provedora do sustendo. Apenas Luciana relatou viver do auxílio do bolsa família, já que seu marido estava desempregado.

Quadro 2. Caracterização sócio-demográfica das participantes do estudo

| Entrevistada | Idade | Estado Civil | Nº de gestações anteriores | Moradia | Escolaridade | Atividade Produtiva | Naturalidade |
|--------------|-------|--------------|----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| Bruna | 33 | Casada | 5 filhos | Própria (vive com o marido e os 5 filhos) | Ensino fundamental completo | Auxiliar de serviços gerais | Salvador-Ba |
| Milena | 18 | Solteira | - | Própria (Vive com a mãe, o irmão e a avó) | 2º Grau incompleto | - | Salvador-Ba |
| Luciana | 33 | Casada | 5 filhas | Própria (Vive com o marido e as 5 filhas) | Fundamental incompleto | - | Salvador-Ba |
| Júlia | 33 | Casada | 1 filha | Própria (Vive com o marido e a filha) | Fundamental incompleto | - | Jacobina – Ba |
| Leidiane | 35 | Casada | - | Própria (vive com o marido) | 1º Grau completo | - | Entre Rios- Ba |
| Bárbara | 44 | Casada | - | Própria (vive com o marido) | Fundamental incompleto | - | Irárá- Ba |
| Clara | 42 | Casada | 2 filhas | Própria (vive com o marido e as filhas) | 1º Grau completo | Doceira | Salvador-Ba |

2.5. Os procedimentos de coleta de dados

Para esse estudo foram utilizadas algumas técnicas de coletas de dados, sendo o primário a **entrevistas narrativas e o diário de campo**, e o secundário a coleta através de **documentos escritos**, no caso os prontuários médicos das participantes. Estes dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2012.

Os prontuários médicos referentes às participantes do estudo foram utilizados de forma complementar na busca de informações clínicas acerca da trajetória da saúde gestacional destas mulheres, dados sócio-demográficos e alguns outros pontos que acreditei serem relevantes como o número de internações anteriores e os contatos.

A observação do campo ocorreu na maternidade durante o período de agosto a novembro de 2012, durante os turnos da manhã e da tarde, sendo que os locais que priorizei observar foram as enfermarias, tanto de risco em que as gestantes ficavam internadas, quanto a puerperal, no caso priorizando o acompanhamento das gestantes entrevistadas que tiveram filho.

Todas as observações e experiências que vivi durante este período foram escritas em um diário de campo, em que eu relatava as minhas impressões tanto do local, quanto das entrevistas, dando um enfoque e uma prioridade às “conversas de corredor”, em que as gestantes contavam sobre aspectos relevantes de sua vida e que não haviam sido relatados na entrevista. Ao final de cada entrevista eu fazia as anotações referentes aos sentimentos que me foram despertados além dos relatos “em off”, ou seja, após desligado o gravador. Ao final de cada dia também eram feitas anotações pertinentes, referidas mais aos aspectos estruturais ou às impressões gerais do dia.

Quanto à entrevista propriamente dita, foi realizada a técnica de entrevista narrativa proposta por Jovchelovitch e Bauer (2002), por ser a mais adequada ao estudo, já que é compreendida enquanto uma entrevista em profundidade, não-estruturada, com algumas características específicas que superam o esquema pergunta-resposta.

As entrevistas foram realizadas na maternidade, já que todas as gestantes estavam internadas no momento da entrevista. Escolhi uma sala mais isolada, sem muito barulho nem interferência externa, possibilitando as mulheres um ambiente mais confortável e íntimo para que a narrativa pudesse ocorrer de forma mais fluida e pessoal. A sala era preparada antes das mulheres serem convidadas ao espaço, me atentando à temperatura- nem muito fria, nem muito quente-; ao

gravador devidamente testado e posicionado perto das mulheres; e ao horário, primando por àqueles em que não havia muito movimento- pela manhã das 9h às 11h e à tarde das 14h às 16h. Seguindo o esquema proposto pelos autores acima citados, a entrevista narrativa se processou através de quatro fases:

- **Iniciação:** Eu explicava para as mulheres em que consistia o estudo, fornecendo detalhes sobre os objetivos e a importância da participação delas. Caso houvesse dúvidas eu as esclarecia e após esta explanação eu iniciava a entrevista através da formulação de um tópico síntese, seguido de uma pergunta disparadora:

“Eu imagino como o período da gestação é importante e marcante na vida de uma mulher e no seu caso, com a diabetes, deve mexer com muitos sentimentos dentro de você. A diabetes implica em muitas mudanças, sendo a dieta uma delas. Por isso me conte como você está se sentindo em relação a se tornar mãe? E nesse processo, como você sente essas mudanças na sua alimentação?”

Narração central: Foi o momento seguido da pergunta, em que as gestantes narravam suas histórias. Neste momento eu evitava interferir nas falas, o fazendo apenas em duas entrevistas porque a pergunta não conseguiu desencadear uma narrativa. Nestes casos a pergunta foi reformulada com outras palavras e, então, elas conseguiram contar a sua história.

Fase de questionamento: Logo após a finalização da narrativa, quando eu percebia que a pausa (coda) era de fato um término e não um momento de reflexão (esta percepção ocorreu através de falas: “é isso” ou “pronto” e através de um olhar sinalizando o término), eu iniciava algumas perguntas, utilizando palavras ou expressões próprias das entrevistadas, buscando preencher algumas lacunas da história, com temas que não haviam sido contemplados na narrativa central, sendo alguns tópicos citados abaixo:

- *Qual o significado da maternidade para estas gestantes de alto risco;*
- *Como a participante experiência o diabetes enquanto gestante;*
- *Qual o sentido adquirido pelo alimento após a gestação;*
- *Como a participante lida com o tratamento imposto;*
- *Como os saberes médicos e familiares atuam no cuidado/controlado desta gestante.*
- **Fase conclusiva:** Quando as mulheres terminavam a entrevista, após desligado o gravador, eu fazia algumas perguntas que acreditava serem importantes para esclarecer

pontos que ficaram em aberto, ou que precisavam de algum reforço. Este momento as gestantes se sentiam mais à vontade e relatavam informações preciosas, sendo também o momento em que elas desabafavam relatos pessoais, se emocionavam, muitas vezes chorando. Logo após esta conversa, quando as mulheres saíam da sala, eu anotava as informações mais relevantes e os sentimentos que me foram despertados, ressaltando que por muitos momentos a sensibilidade expressa nas falas dessas mulheres me tocava profundamente, sendo as lágrimas contidas com esforço.

2.6. A análise dos dados

O momento da análise dos dados tomou como ponto de partida tanto as anotações do diário de campo quanto as gravações. Inicialmente foi realizada a transcrição literal e detalhada das entrevistas, ressaltando as pausas e as repetições. Logo após eu transcrevi as anotações do diário de campo, e criei um arquivo em que ia associando a entrevista das gestantes às minhas anotações. Cabe ressaltar que esse processo analítico baseou-se na proposta de Schutz (1977; 1983), sendo que a primeira etapa transcritiva foi a que me possibilitou adentrar no mundo vivido pelas sete entrevistadas.

Em seguida, eu li exaustivamente as transcrições tendo o cuidado de não avaliar a intenção ou estabelecer um sentido ainda não revelado nas falas. Queria desta forma apenas perceber, em linhas gerais, o que foi dito por essas mulheres, permitindo aprofundar na experiência de cada uma.

Após esta etapa, iniciei uma segunda leitura, mais aprofundada, em que busquei identificar as principais categorias de análise, baseadas no referencial teórico utilizado. Para isto, me baseei nas proposições indexadas das narrativas, ou seja, àquelas que possuíam referência concreta, os eventos *per si* que ocorreram. Assim, passei a analisá-las separadamente, a partir do material não indexado, associado àqueles que expressavam os sentimentos, significados e valores, e que me permitiam identificar as influências culturais em casa narrativa.

Após a reconstrução destas trajetórias individuais, percebendo os elementos tanto subjetivos quanto intersubjetivos, e tomando como categorias centrais a experiência do adoecimento crônico, a experiência da maternidade e os significados das práticas alimentares, passei a comparar as narrativas e agrupá-las segundo estas categorias, identificando as semelhanças

estabelecidas nas trajetórias individuais, respeitando o contexto de cada uma, construindo trajetórias coletivas. A partir daí surgiram subcategorias, como ruptura, ambivalência, cuidado, dentre outras que permitiram estruturar os capítulos a partir destas similaridades. Desta forma, as categorias analíticas que surgiram foram:

- Experiência da maternidade num contexto de risco: Os significados atribuídos à maternidade numa trajetória não-normativa e os sentimentos em relação ao período transicional que consiste a gestação;
- Experiência do adoecimento crônico: Focando na reestruturação do cotidiano vivido, na busca de uma linearidade rompida com a descoberta da enfermidade e nos impactos da diabetes na gestação, atentando-se às estratégias de enfrentamento;
- (Re) Significados das práticas alimentares: No contexto de risco, o alimento visto enquanto medicamento para controle da doença, divergindo dos sentidos emocionais e culturais associados à comida, enfatizando as dificuldades e ambivalências vividas pelas gestantes.

Cabe ressaltar que os sentidos dos relatos das gestantes, tanto no que se refere às mudanças alimentares, quanto às experiências do adoecimento e da maternidade, foram interpretados considerando as entrevistadas como intérpretes que produzem significações sobre os textos discursivos. Neste sentido, busquei interpretar o sentido desses relatos, ou seja, interpretar uma interpretação, considerando a referencialidade que as mesmas recorreram na enunciação das narrativas.

2.7. Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ISC/UFBA, bem como da Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), para apreciação a fim de atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após explicação dos objetivos da investigação e da importância da colaboração das participantes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ressaltar que a identidade das participantes da pesquisa permaneceu no anonimato, sendo que todos os nomes que aparecem no trabalho são fictícios, a fim de preservá-la, não sendo

divulgados relatos que poderão comprometer as mesmas. Será garantido o livre acesso às informações coletadas e quaisquer esclarecimentos solicitados pelas participantes, além de deixar claro que as mesmas poderão se desligar da pesquisa a qualquer momento.

CAPÍTULO 3. E QUEM SÃO VOCÊS?
RECONTANDO HISTÓRIAS E (RE) CRIANDO VIDAS

*“(...) a importância de uma coisa não se mede com fita métrica
nem com balanças nem barômetros etc.
Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento
que a coisa produza em nós.”
(Manoel de Barros)*

3.1. “Eu gosto muito de falar, né?”. Bruna e suas percepções

Encontrei Bruna deitada na sua cama, concentrada, lendo um livro de orações. Ao me aproximar ela olhou pra mim, sorriu e eu me apresentei convidando-a a participar da entrevista. Na mesma hora ela aceitou e começou a me apresentar todas as gestantes que eram diabéticas da enfermaria. Essa mulher de 33 anos, casada, mãe de 5 filhos, tinha uma habilidade com as palavras que conseguia cativar a todos, inclusive a mim. “Todas escutavam Bruna e mostravam um carinho muito grande por ela, um cuidado em que se notava a reciprocidade. Depois entendi: Amor gera amor.” (Diário de Campo. Anotações de 20 de agosto de 2012).

Ao contar a sua história, ela ia se deparando com situações e lembranças que por vezes a faziam chorar, outras a sorrir e outras a dar muitas gargalhadas, tudo de forma muito intensa. Diabética há três anos, ela conta o quanto foi difícil para ela aceitar essa doença, sendo que até hoje ela resiste, negando a sua condição de diabética:

Eu ainda não falei assim, eu não abri a boca pra falar assim: eu sou uma pessoa diabética. Ainda não consegui encarar isso, ainda não consegui chegar pra falar isso.[...]Pode ser que a tristeza bate, mas eu tenho confiança, eu confio muito em Deus e acredito que meu sangue não nasceu, eu não nasci com o sangue diabético, então to nessa fé, sabe?(Bruna, grávida,33 anos)

Bruna conta que começou a sentir dores de cabeça fortes, falta de ar, muito frio e pensou que estava com pressão alta. Ai foi procurar um médico e viu que seu açúcar estava alto, “tava já 190 e disseram que eu tava com diabetes”. O susto que ela levou a fez paralisar e as lágrimas não paravam de cair, “porque eu já sou uma manteiga derretida, choro por tudo, mas dessa vez era desespero mesmo”. Essa reação refletia o significado que esta doença possuía para ela já que sua mãe faleceu por causa da diabetes e sua avó teve uma perna amputada e perdeu a visão.

Ela constou que a diabetes já estava já no meu sangue, (é...) ai foi aquela historia de familia, né? Que minha mãe era diabética, foi atingida a vista, perdeu a visão com

aquela diabetes alta, o rim, o pulmão. Ela fazia hemodiálise, né? Que ela tinha insuficiência renal crônica, né? E pulmão, atingiu o coração e o pulmão, que a minha avó, mãe dela que é diabética também, feriu o pé e ficou logo de cama. Tudo que ela pensava quer era pomada, remédio ela botava e aí em vez de ficar fechar foi abrindo, abrindo a ponto que virou uma... uma úlcera. Essa úlcera quando o médico começou a fazer um exame mais sério, ela pensou que tava fazendo câncer, ela teve que amputar a perna.

Bruna era quem cuidava da sua mãe e acompanhou de perto toda a evolução da doença e sabia que a falta de disciplina e de auto-cuidado que a sua mãe tinha resultou em morte. O medo de (re)viver essa história exigia dela mudanças imediatas, o que era muito difícil já que ela não conseguia se adaptar ao tratamento, pois “não tenho o hábito de comer essas coisas integrais, aí fica difícil”:

Então é muita coisa assim, é muita coisa que, é muita mudança que tem que ser já, sabe? É tipo assim, você tem um pesadelo e você acorda e vê que sua realidade é aquele mesmo pesadelo, eu situei como isso, sabe? Eu coloquei como isso porque não é devagar não, não é pouco, que como eu falei, vou caminhar, né? Que é como a gente aprendendo a andar. O caminho a gente vai devagar, né? Um passo agora, um passo depois, agora que eu começar a andar e já. A diabetes não é assim não. Você tem que se adaptar já, é agora, entendeu? Ou é agora ou você se prejudica mais ainda, entendeu?

Para Bruna essa questão da temporalidade era muito difícil de aceitar porque, ao mesmo tempo em que ela sabia que a doença exigia mudanças imediatas de comportamento, ela não conseguia mudar tão rápido, já que “hábito é uma coisa que não se muda assim do dia pra noite, né?”. Além disso, o caráter crônico da doença e a consciência que ela tinha de que as mudanças seriam permanentes, reforçava a resistência dela em assumir-se diabética, negando a sua condição de doente. Assim, era comum Bruna não seguir corretamente a dieta fornecida pela nutricionista, cortando só o açúcar “porque esse não pode mesmo”, mas os outros “a gente faz como pode”, no caso dela apenas reduziu as quantidades consumidas e evitava gorduras, “mas eu sabia que não era certo, tinha que parar mesmo”.

Em uma consulta de rotina com sua ginecologista, após serem solicitados alguns exames clínicos, constatou-se que ela estava grávida do seu sexto filho e que suas taxas de açúcar estavam muito altas. Daí ela foi encaminhada ao IPERBA para ser acompanhada por um especialista em gestação de risco:

Ai o doutor me falou, né? Que seria alto risco e me explicou porque alto risco: Porque a mulher diabética ela tem necessidade, o bebê tem facilidade de crescer mais que o normal e esse crescimento não é bom pra ele porque ele pode ingerir açúcar também, e corre o risco dele ficar (... ele ficar..) nascer com problemas ou nascer muito gordo, que é normal dos diabéticos, mas porém nascer grande, que tem gente que nasce até 7 kg, mas porém muito frágil, com imunidade muito baixa. Ai tinha que controlar esse açúcar.

A partir daí a vida de Bruna mudou completamente, “de repente eu me encontro nessa que eu tenho que voltar a engatinhar, tenho que parar tudo e recomeçar tudo de novo”. Na primeira consulta com o médico do IPERBA, ela já teve que ficar internada porque seu açúcar estava alto. Indignada, ela disse que não poderia ficar, que não estava preparada, mas o médico disse que seria melhor que ela ficasse para conseguir controlar o açúcar e evitar complicações tanto para ela quanto para o bebê. Um pouco resistente ela aceitou o internamento e o que seriam 4 dias, transformaram-se em doze.

Depois da primeira semana internada ela começou a ficar muito nervosa, angustiada, devido à falta que sentia de sua família, de sua casa e decidiu ir embora. Ao conversar com a médica a respeito do que sentia e de seu desejo em voltar para o lado de sua família, a mesma disse que não consentiria com sua saída, pois como o açúcar ainda não estava controlado seria irresponsabilidade dela permitir que Bruna recebesse alta:

Olha, se eu te der alta eu não vou te dar relatório médico, eu não vou te dar receita, porque você vai ter interrompido seu tratamento e você pode sair daqui, chegar adiante e sentir alguma coisa, seu açúcar abaixar ou subir e eu não quero ser responsável por isso, então melhor pra você seria ficar aqui.

Afirmando não ter estudos e não conhecer sobre os problemas que a diabetes poderia trazer para seu filho, Bruna confiou e acreditou nas palavras da médica “porque eles estudaram e sabem mais, né?” e decidiu continuar na maternidade. Ela aproveitou o momento e foi tirar suas dúvidas sobre o risco que seu filho corria:

Falei assim: ‘doutora, qual o risco que eu tenho com meu bebê?’ Ela disse: ‘mãe, o risco que você tem é alto, porque se você tinha hipoglicemia, seu açúcar vai baixar e aí a gente pode controlar com você, a gente pode tá aplicando glicose e aí seu açúcar subir, mas o bebe vai ser muito mais difícil a gente saber como é que ele tá, se o açúcar dele tá bom, se tá alto, se tá baixo, aí pode acontecer de seu bebê falecer no útero, assim

sem saber, sem a gente perceber. É por isso que a gente tem que manter o internamento, pra poder ver se a gente controla você aqui’.

Um dia após essa conversa, Bruna convidou uma colega de quarto para caminhar um pouco “pra esfriar o juízo” e em menos de 5 minutos começou a sentir uma tontura, e decidiu voltar para a enfermaria. Já na cama, ainda se sentindo tonta, ela decidiu chamar a enfermeira e falou o que estava sentindo. Após ser feito o exame de glicemia ela viu que o açúcar estava alto e chamou a médica que aconselhou Bruna a ficar em repouso por um tempo porque como ela já havia tomado insulina não poderia ser usado outro medicamento, até que o açúcar baixasse. Quando foi no outro dia sentiu novamente uma tontura bem leve, mas como a médica disse que qualquer coisa que ela sentisse era pra chama-la, ela obedeceu. Após ser mensurada a glicose, viu que ela estava baixa, ai ela foi e antecipou o lanche da manhã para ver se controlava o açúcar,

Então assim... a diabetes ela é falsa, ela é.. eu falo assim, eu chamo ela de uma doença falsa porque um sintoma que você sente, você acha que pode não ser nada e já é ela baixando ou aumentando. E ai é que no meu caso, meu risco de perder o bebê é muito fácil, viu? Ai eu parei um pouco, pensei que o melhor pra mim é ficar aqui, né?

Bruna precisa reaprender a interpretar o próprio corpo em processo gestacional. Ela estranha as novas sensações e alterações corporais e é chamada a desconfiar de suas interpretações e signos estabelecidos em experiências anteriores. Desta forma, indignação e angústia eram transmitidas nas palavras e gestos de Bruna, principalmente quando ela relembra das suas outras gestações e percebia como agora estava tudo tão diferente e difícil. Para ela a espera de um filho sempre foi um momento de muita alegria e de poucas mudanças no cotidiano familiar, porque ela continuava saindo, indo para a praia, fazendo sua faxina, trabalhando, “como qualquer pessoa normal”:

Porque fica a gente fica mais sensível quando ta gestante, mas as outras eu num ficava sensível, as outras encarava assim ó... daqui a 9 meses vou ter meu bebe, forte, sadio sabe? Ia pra praia, brincava, curtia... mas esse daqui já tenho um certo cuidado, né? Já tem um certo cuidado... tenho que fazer tudo no limite, ter que dormir na hora certa, ter que comer da hora certa, tenho tudo diferente.

Bruna sentia tudo diferente, tanto no seu corpo quanto nas emoções. O choro e a fragilidade revelavam a má experiência que ela estava passando, já que o risco presente a obrigava a viver sempre na vigilância, atenta aos sintomas, mesmo sutis, que surgiam. “Essa minha vida com essa gravidez ta como se eu tivesse aprendendo a andar novamente”. Permeando um mundo

desconhecido e estranho, o medo do novo era revelado a partir das inseguranças frente ao seu corpo e à sua saúde, vivendo agora se vê em uma situação em que deveria romper com o antigo, o familiar, o seguro, iniciando um novo trajeto repleto de incertezas futuras.

Mesmo sendo a 6ª gravidez, a sensação de vulnerabilidade e impotência frente às complicações que estavam postas, fazia com que ela sentisse que “tudo nessa gravidez é novo, parece que é a primeira vez que tenho filho”. Ela estava no 4º mês de gestação e sentia que sua barriga crescia muito, quando comparada às outras gestações: “Aqui eu já tava perto, contando os meses que faltava eu ter”. Era a diabetes que causava esse crescimento do bebê, além dela sentir que ele mexia muito:

Eu com 4 meses hoje, em gestação diabética, minha barriga ta o dobro do que na minha gestação normal, entendeu? Então tudo isso assim, que eu tenho, meu bebe eu sinto mexer muito mais do que nas outras gestação que começou com 2 meses, as outras não, era 5 meses eu começava a sentir ele se mexer, mas que ele ta muito grande aqui dentro, entendeu? Ai eu já sinto os movimentos dele mais constante, sabe ? Ai... isso... eu to me sentindo muito mais frágil que antes...

Outro fator que intensificou a fragilidade de Bruna foi a introdução da insulina, já que nunca havia sido necessário o seu uso. As aplicações diárias da injeção para o controle glicêmico, associadas à internação reforçavam a sua percepção de doente e o receio de ficar dependente desta medicação ampliavam as crises e medos já sentidos. Tudo isto que Bruna vivia, todos os sentimentos de medo, angústia, risco, cuidado, tristeza, saudade traduzia-se em “descontrole” e, por não conseguir equilibrar as taxas de açúcar, esses sentimentos eram intensificados, gerando mais descontrole, num ciclo que se retroalimentava. A médica disse que se ela não controlasse seus sentimentos, as taxas de glicose não ficariam boas porque a diabetes dela parecia ser emocional, aumentando assim a pressão em torno do autocontrole:

Mãe se você ficar triste seu açúcar pode subir, seu açúcar pode baixar porque isso mexe tudo com o psicológico, mexe com nosso corpo e... uma diabetes emocional você nunca sabe quando é que você pode ta bem. E é, pelo que to vendo, a sua é desse tipo. Você não pode se aborrecer porque senão seu açúcar sobe ou baixa e é pior pra vc. Aconselho você procurar coisas mais animadas, pense em alguma coisa que te faz bem e busque naquilo, busque força essa semana naquilo pra você superar porque essa doença, até agora não sabe cura pra ela, mas tem tratamento, tem cuidado só depende de cada um. Se você fala eu amo minha vida, eu amo o que sou, você fica bem com ela, você convive com ela bem, mas só depende de cada um, né?

Bruna percebia o quanto era importante cuidar-se para cuidar do seu filho, e sentia-se responsável pelo bebê. Muitas vezes essa responsabilidade era revestida de culpa por não conseguir adaptar-se aos novos hábitos impostos pelo tratamento e pelas condições da gravidez:

Eu que to com 33 anos, essa vida inteira minha eu comia tudo isso e de repente eu me encontro nessa que eu tenho que voltar a engatinhar, tenho que parar tudo e tipo recomeçar tudo de novo com uma coisa que , que... eu num tenho habito, sabe? É , assim, é tipo assim, você faz isso ou você morre, ou você faz isso ou vai se prejudicar mais ainda, entendeu? Eu to, eu tenho duas grandes responsabilidades agora, é minha vida e essa criança que eu to esperando, entendeu? Então assim, muda tudo...

Bruna conta o quanto foi e estava sendo difícil seguir a “dieta diabética” porque “pra quem ta acostumada a comer doce, sabe? Comer coisas que pra mim era gostosa e agora eu tive que parar total... Eu parei praticamente minha vida, né?”. Antes da gravidez ela não era tão rígida com a alimentação, dizia que “seguia o que dava, mas não era igual tá sendo agora, porque tem um bebê que precisa que eu me cuide pra ele não crescer muito e não prejudicar ele, né?”. Pra ela o mais difícil era adaptar-se à comida sem sal, principalmente arroz e feijão porque ela comia todos os dias, além do uso do adoçante porque ela acha que nunca adoça e do leite desnatado, que “tem gosto de nada”.

A médica chega e fala: ‘Bruna você não pode, você não pode comer mais isso porque você deve comer aquilo, sua alimentação é assa aqui ó’. Eu mesmo, eu amo comer um ensopado, com carne e verdura e aquele pirãozinho... Mas eu já fui avisada que não posso comer esse pirão assim porque ela falou que a farinha contem açúcar. Eu só posso comer pirãozinho se botar pouco, tipo uma colher de pirão, bem cozidinho, com todas verduras menos da batata, porque a batata também tem açúcar. Ai no dia que comer o pirão eu não posso comer arroz, eu não posso comer feijão, eu não posso comer macarrão, entendeu? É tudo no seu tempo. No dia que eu comer macarrão, tem que ser um macarrão integral, com gordura velha, nada daquele macarrão branco, somente com alho e sal, não pode ser nenhum tipo de gordura porque ela falou que o colesterol também ajuda a reproduzir açúcar. Então assim, você que gosta de comer uma lasanha, sabe? Eu sou fã de lasanha, eu sou fã de macarrão, todas as massas assim geral, eu não posso mais fazer isso, eu não posso mais comer lasanha. Ai ela acha que ta descartada a possibilidade de eu comer um macarrão com molho de tomate, sabe? Uma feijoada, um mocotó eu não posso comer mais, o único feijão que eu posso comer agora é um feijão com uma carne bem sequinha, bem, sem assim nada, sabe? Só mesmo

um pedacinho, sem gordura nenhuma, tirar todo sal, só mesmo pra dar um gosto, o sal zero... Ai assim, é difícil.

Estas restrições interferiam na vida social de Bruna, porque ela agora não ia mais em aniversários porque não podia comer nada, porém desejava tudo, “ai eu prefiro nem ir mais, fico em casa mesmo que não caio na tentação do bolo de chocolate que eu amo, da coxinha que eu mesmo faço, essas coisas que são gostosas e não posso comer”. Aos domingos ela tinha o costume de reunir os amigos e a família em casa pra escutar música, tomar cerveja e comer “aquela comida que eu amava comer, que eu amo comer, porque não vou dizer que eu deixei... Que não deixa assim, né?”. Hoje ela evitava esses encontros porque ela não podia mais comer o mesmo que os convidados, impossibilitando-a de interagir, o que a fazia sentir-se diferente dos outros.

A dificuldade que Bruna tinha de mudar seu hábito alimentar era compensada pela necessidade de cuidar dos seus filhos, e esse conflito entre o desejado e o obrigado gerava uma auto-cobrança que interferia no seu mundo vivido. Isto porque as mudanças que ela sentia eram “para já”, e este imediatismo que o diabetes impunha não permitia uma habituação ao novo, simplesmente ela era obrigada a adaptar-se. Assim, devido às dificuldades frente a este dever, ela passou a desenvolver estratégias para não deslizar, sendo uma delas dar um nome ao bebê em gestação ‘Danilo’, pois assim o sentimento de responsabilidade dela para com seu filho (e os outros que dependiam dela) era maior:

E esse bebezinho aqui que já chama Danilo, que é homem, é menino, ai eu tenho que comer, porque ele tem que se alimentar. Ai mesmo que eu não queira sabe? Mesmo que eu fale assim, que não vou comer hoje não essa comida sem sal, mas eu penso que se não comer ai como é que consigo alimentar ele? Ai foi muito rápido assim, a mudança é rápida... a mudança é já, entendeu? E ai... aquele que não ta preparado bate mesmo, bate mesmo tanta coisa, tanta coisa mesmo que vem assim na mente. Você fica se perguntando porque que aconteceu com você, porque não poderia ser diferente sabe? E é isso... eu tenho muito que me habituar, que me acostumar certo? [...] Tem horas que cê come ali mesmo pedindo a Deus pra que desça, né? Não é isso? É do tratamento, eu tenho que preservar minha saúde, a dos meus filhos, tenho que lembrar que tenho outros filhos me esperando.

O medo de fracassar e que seu filho tenha complicações é sentido na fala de Bruna a todo instante. Ela dizia que seu filho já estava muito grande e ela sabia o quanto esse crescimento era

prejudicial pra ele. Dai o cuidado dela tinha de ser dobrado porque, além dela notar que sua barriga estava maior, revelando o quanto seu bebê estava crescendo, ela foi avisada que ao nascer ele poderia ficar em observação, pra controlar o açúcar dele:

Como tem bebezinho aqui que nasceu com diabetes, né? Que teve, que já passou, já tá na dieta e teve alta anteontem, mas já com medicação o bebê, controle, né? Que tem que começar a se alimentar, ele vai ter que comer tudo diet, pense num bebezinho, né?

Mesmo que a equipe médica conversasse com ela que não necessariamente pelo fato dela ter diabetes, seu filho o será, o medo de que isso acontecesse é o que a motivava a seguir o tratamento e aderir à dieta, porque “ou eu faço isso ou eu coloco nossas vidas em risco, né?”.

Bruna diz que se sentia frágil mas ao mesmo tempo tinha de buscar força pra poder superar:

Tem que procurar vencer, né? E de alguma forma é isso que eu vou fazer: Buscar força de onde não tem. Mas tem hora que é difícil e você chora mesmo, você chora mesmo, você que tá acostumada a ter sua dieta sadia, saudável, fazer tudo que você gosta, de repente ter que parar, mudar, né? Eu vou encarar isso como sempre encarei as barreiras na minha vida, porque depois vem a vitória e essa não vai ser diferente não. Eu to com consciência que daqui pra frente eu vou encarar tudo que vier, certo?

Casada há três anos com o atual companheiro, esse é o primeiro filho do casal e o desejo que ele nasça bem é algo que ambos compartilham, já que neste caso o bebê representa muito mais do que um filho, sendo um projeto de legitimar a família e o papel de pai desempenhado pelo seu companheiro, pois ele é quem ajuda Bruna a cuidar dos outros filhos dela, sentindo-se responsável por gerar um filho legítimo do casal.

Ela demonstra a todo o momento o quanto ele a ajuda a enfrentar essa situação tão complicada, através do carinho, da atenção e do seu amor, dando força pra ela passar por essa situação da melhor forma possível:

Meu marido chegou ontem que passou o dia inteiro comigo, só falando palavra boa, ‘meu amor, vou tá com você pra tudo o que lhe acontecer, eu amo você independente de qualquer coisa, e que esse filho a gente quis, é mais um que cabe no coração da gente, vai ser tão amado quanto os outros’ e isso pra mim que é importante ele falando, né?

O apoio familiar ajuda Bruna a enfrentar essa situação com mais tranquilidade, por saber que tanto seus outros filhos estão sendo cuidados, como ela também. Ela diz que o seu marido queria

pegar logo o cardápio que ela tem de seguir para comprar os alimentos e preparar a casa pra sua chegada: “Eu sei que vou chegar em casa e vou ser muito bem acolhida, né? Principalmente pelo meu marido e meus filhos, que sei que tem essa preocupação comigo.”. Enquanto está no hospital seus filhos ligam sempre pra ela e eles evitam contar fatos que possam preocupa-la, para que ela fique logo bem e volte pra casa rápido. “Ai tem horas que eles vem falar e fica ai abusando, ai um fala pro outro: mas né pra falar pra mainha não, porque se mainha sentir alguma coisa lá e não voltar logo pra casa a culpa é de você”.

Reconhecendo que a diabetes é uma doença séria e isso implica em cuidados, Bruna percebe que o medo e a angústia que ela acaba sentindo a oprime e a desloca do seu papel de protagonista da sua trajetória, perdendo cada vez mais autonomia frente a um saber médico. A religação com a sua própria vontade e o desejo de viver e gerar vida a ajudava a enfrentar essa situação: “Diabete é uma doença séria, mas se a gente tem amor pela nossa vida a gente consegue. A gente consegue encarar ela certo?”

Ai é assim, um pouco complicada mas eu to tentando encarar, eu não vou encarar ela como uma doença (é...) sem cura, uma doença incurável, porque é assim... a gente fala que se você não pode(é...) vencer o inimigo, se alie a ele. Então vou aliar a ela, não vou comer nada que não possa dar certo, mas também assim, eu vou fazer de tudo, já que eu não posso, eu não posso tirar ela de mim, ela vai ficar, vai continuar ali, mas agora ela tá vendo que não vai conseguir me vencer.

Para enfrentar o diabetes Bruna passa a encará-lo de frente, demonstrando a vontade de viver e de não se deixar vencer. Com isso ela passa a objetivar a doença e esta passa a tornar-se um dos personagens centrais do drama narrado, àquele que vê, que age, que ameaça, que compete, que obstaculiza a sua meta de ser mãe, de não correr riscos.

Três mulheres, três exemplos e o fantasma do diabetes

Me bateu aquele desespero por saber que tive já 5 filhos e nenhum deles corria esse risco [...] graças a Deus, mas agora seria mais sério ainda, porque ela (a médica) constou que a diabetes estava já no meu sangue. Ai foi aquela história de família, né?

Bruna viveu com sua mãe e sua avó durante muito tempo de sua vida, até o nascimento do seu terceiro filho. Quando saiu da casa delas, foi viver no mesmo bairro, numa casa próxima, mantendo forte o laço que as unia. Sua mãe descobriu que era diabética ainda jovem, mas não

seguia a dieta proposta e nem era acompanhada por nenhum médico, já que ela dizia que sempre estava bem, que não sentia nada e que “não precisa desse exagero todo que falam não. Não é pra tirar o açúcar? Então eu vou fazer isso. Mas também querem que eu pare de fazer tudo que gosto. Ai é demais também.”.

Bruna conta que sua mãe era muito resistente às mudanças e por mais que todos insistissem para ela seguir o tratamento ela não o fazia:

Minha mãe não teve cuidado, de comer de tudo, ela perdia a noite, ela passava da hora de comer, entendeu? Ela achava que ela podia ser mais importante do que a dieta, do que a saúde dela e ai quando ela veio pra se dar conta já foi já com a visão prejudicada, o açúcar altíssimo, ai ela não teve como, já tava já acostumada com aquele açúcar alto e ai ela não teve como controlar, né?

As consultas médicas de sua mãe eram muito raras, só quando ela estava muito mal ou quando o hipoglicemiante oral terminava, que precisava de uma nova receita. Quando chegava no posto de saúde do bairro, quando tinha o medidor de glicemia ela aproveitava para saber como andava seu açúcar. Bruna conta que sua mãe vinha se queixando de muita dor de cabeça e decidiu procurar o médico e foi ai que descobriu que sua glicose estava próxima a 500.

Depois que ela ficou nessa situação, porque ela queria, ela queria seguir a alimentação, sabe? Queria tomar a medicação, mas ai o organismo já estava acostumado, habituado a tudo aquilo ai foi difícil ela conseguir baixar.

Foi então que começou o pesadelo de Bruna. A cada dia uma complicação nova surgia em sua mãe e as visitas de Bruna aos hospitais agora já eram parte da rotina. O diabetes começou a atingir as vistas, e em pouco tempo perdeu a visão, depois vieram os rins e o desenvolvimento de uma insuficiência renal crônica, passou para o pulmão e o coração e, por fim, faleceu. Bruna acompanhou o desenvolvimento da doença de sua mãe de perto e sabia que algumas crises eram resultado de um desequilíbrio emocional, o que implicava em todo um “jeitinho” de falar com ela pra evitar que ela se aborrecesse.

Eu conheci tudo da minha mãe sabe? Eu que era a companheira no hospital, ela ficou no Ana Nery, depois no Roberto Santos e eu que era a acompanhante dela, eu vi minha mãe perder a visão vi o desespero que ela ficava quando ela tinha que fazer uma cirurgia e ela era muito arriscada que o médico tinha medo de não conseguir fazer porque tudo dela era emocional. Ai a gente fazia um bolo de aniversario pra minha mãe, se a gente falasse antes que sabia que ela ia pro hospital , subia o açúcar dela,

sabe? Até pra gente contar um sonho que a gente tinha com minha mãe ai tinha que ter jeito, fazia mil ardeios pra chegar naquele ponto, porque chegar de cara e contar a gente já sabia que ela ia passar mal, que ia subir [o açúcar], sabe? Ai eu convivi tudo isso com ela, então assim, eu me colocava muito, às vezes, no lugar dela, mas a gente tem que acreditar que a gente sente, que a gente só sabe da dor quando a gente passa por ela, né? E hoje eu sei tudo que minha mãe passava.

Bruna e sua mãe sempre foram muito próximas e elas se cuidavam e se apoiavam mutuamente. Mesmo depois de perder a visão, quando acontecia algum problema com Bruna e ela não estava bem, sua mãe percebia pela sua voz que algo estava passando. Dai por mais que ela dissesse que estava bem, sua mãe insistia para a filha contar o que estava acontecendo, “você não pode me esconder porque eu sei de todas as coisas que acontecem, eu posso não saber mas eu sinto, entendeu?”. Essa união teve de ser rompida com a morte e a perda de sua mãe até hoje é sentida por Bruna e expressas em lágrimas toda hora que tocava nesse assunto. “Quando minha mãe morreu por causa das complicações geradas pelo diabetes eu falava assim: ‘meu Deus, eu perdi tudo na minha vida, eu perdi meu chão, sabe?’ Porque ela me dava apoio, ela que me ajudava.”. Com isso, Bruna que neste momento morava em um apartamento alugado nas proximidades da casa de sua mãe, voltou para a casa que era de sua mãe pois não queria deixar sua avó sozinha, já que a mesma era idosa e também tinha diabetes que devido o descontrole culminou numa infecção que não sarou, evoluindo para a amputação da perna.

Minha avó, mãe da minha mãe que é diabética também, feriu o pé e ficou logo de cama. Tudo que ela pensava que era pomada, remédio ela botava e ai em vez de ficar fechar foi abrindo, abrindo a ponto que virou uma... uma úlcera. Essa úlcera quando o médico começou a fazer um exame mais sério, ela pensou que tava fazendo câncer, ela teve que amputar a perna.

“Eu não quero ficar daquele jeito, eu não quero ficar do jeito que minha avó tá não”. Bruna conta que sua avó era a grande matriarca da família e que todo domingo gostava de reunir os amigos em sua casa. “Minha avó fazia de tudo”, trabalhava de doméstica durante a semana e quando chegava em casa ajudava na cozinha, a cuidar dos netos, a resolver os problemas que surgissem. Quando a diabetes começou a evoluir e as complicações se tornaram visíveis, o ritmo de vida dela foi diminuindo e hoje, aos 72 anos, Bruna diz que sua avó não consegue mais fazer nada:

Então assim eu olho pra minha avó, pessoa que eu via, ela queria, ela gostava de encher a casa, sabe? De parentes, né? Pra fazer almoço... e hoje ela depende de todo mundo. Ela ligou pra mim acho que foi ontem, ela disse: ‘ô minha filha eu não posso ir ai te ver porque eu dependo de todo mundo. Se eu não dependesse eu taria ai com você, entendeu?’. Eu que tomava conta dela, então eu sei como ela é, como ela age com essas coisas.

Estando na maternidade, Bruna conheceu Izadora que havia sido transferida da maternidade Climério de Oliveira e ficou internada no leito vizinho ao dela. “Ela tem uma história de diabetes sofrida, né? E a gente refletia muito nela. Eu acho que foi através dela que eu comecei a me cuidar mais, não só pelas histórias da minha família mas dela também.”.

Izadora tinha 31 anos, era casada e esperava o segundo filho. Ela usava prótese na perna esquerda porque sofreu um arranhão no pé que não conseguia cicatrizar e a ferida foi abrindo, virou úlcera e o médico decidiu amputar, “porque ia tomar a perna toda”. Izadora também tinha hipertensão e agora estava com um problema renal, que causava uns inchaços no corpo. As duas conviveram uma semana juntas e desenvolveram uma amizade muito sincera já que se apoiavam e se cuidavam naquela maternidade:

Eu falava assim: ‘ô Iza, eu quero que você tenha alta antes de mim. Eu quero saber que você saiu, porque eu tenho medo de eu sair e você não achar uma colega de leito que cuide de você. Ela: ‘Poxa Bruna, você é a irmã que Deus colocou no meu caminho.

Para Bruna era muito difícil lidar com as crises de Izadora, porque ela ficava muito preocupada e não conseguia descansar direito, além do medo que ela ficava de que aqueles problemas pudessem ocorrer com ela também. Bruna conta que todos os dias de manhã, por volta da 1:30h da madrugada, acordava com as crises de hipoglicemia de Camila. Ao despertar percebia que Izadora suava muito e ia chamar a enfermeira. “Quando chegava ela tava encharcada de suor. Ai a enfermeira vinha e chegava era 33,42... hipoglicemia. Ai ela inchava, inchava mesmo que não conseguia ver a veia dela”. Ai nessas horas ela tinha que comer algum doce para que o açúcar equilibrasse. “E a agonia que eu ficava de ver, eu não podia fazer nada, sabe?”.

Bruna falava que um dos problemas que Izadora enfrentava era a falta de acompanhamento de sua família, já que todos moravam no interior e ninguém a visitava. A saudade de seu filho de 2 meses, do marido, dos pais, gerava uma sensação de desprezo que intensificava as dores e as complicações trazidas pela doença, “então se juntava tudo na mente dela, né? O desprezo mais a

doença”. Mesmo assim, a alegria de Izadora era encantadora, ao mesmo tempo em que gerava muito sofrimento para Bruna quando ela presenciava as crises (constantes e sérias):

Ela inchava os lábios dela, o rosto dela assim, de repente assim, sabe? Em questão de minutos você via Iza toda inchada, sabe? Totalmente inchada. Ai a barriga dela ficava, a barriga de nove meses de gestação a forma que inchava, que inchava o rim e por causa do diabetes, do açúcar. Ai ela tinha problemas nos rins, sabe? Eu ficava chamando a enfermeira: tá vendo Bruna o que acontece? Izadora leva tudo na brincadeira.

Bruna contava que Izadora não se cuidava muito, e ela brincava com a nutricionista dizendo: “ó, eu quero carne do sol hoje, carne do sol com aquela gordurinha legal, traz aquela farofinha de manteiga bem molhadinha...”, porque era isso que ela comia em casa.

Eu dizia a ela: ‘o que você quer de sua vida? Porque não é possível que uma pessoa que praticamente com uma perna e meia, com esse problema que você tem e continua comendo tudo’. Ela: ‘Bruna, eu não consigo, eu não consigo deixar de comer as coisas que eu to habituada a comer’.

Mesmo com todas as dificuldades que Bruna encontra pra seguir a dieta, as histórias de vida dessas três mulheres e a maneira como elas experienciaram a doença influenciam a maneira como Bruna constrói a sua história e a sua (com) vivência com a diabetes. Experiências compartilhadas e vidas cruzadas a torna mais familiarizada com os problemas que podem ser gerados e tudo isto é importante para ela encontrar formas de enfrentar esta situação: “então tem gente que eu olho e não quero isso pra mim não. É ai que eu crio força.”.

Então agora é a experiência que eu já tive com essa diabetes, eu acho que é mais fácil de eu encarar ela, sabe? E eu sei que vou achar apoio em muitas pessoas e eu vou levar adiante, eu.. é isso. Então a tristeza bate eu sei que a gente não é de ferro, a gente chora, desabafa, joga, tem que jogar ela pra fora que se ficar presa é pior. Mas eu tenho certeza que eu vou conseguir, vou conseguir mudar essa habito alimentar meu, eu já to tentando aqui.

Mesmo com todos os desafios que são colocados para ela diariamente relacionados à resistência em seguir o tratamento e tristeza frente à cronicidade da doença, que ela revela na narrativa, a fé

na vida associada à vontade de viver é a combinação que Bruna encontrou para “se aliar ao inimigo”:

Ai é assim, um pouco complicada, mas eu to tentando encarar, eu não vou encarar ela como uma doença sem cura, uma doença incurável, porque é assim... A gente fala que se você não pode vencer o inimigo, se alie a ele. Então vou me aliar a ela, não vou comer nada que não possa dar certo, mas também assim, eu vou fazer de tudo, já que eu não posso, eu não posso tirar ela de mim, ela vai ficar, vai continuar ali, mas agora ela tá vendo que não vai conseguir me vencer. [...] Eu sei tudo isso que vou passar a vida inteira com essa diabetes. Mas, porém eu também tenho a certeza que ela não vai me vencer. Eu não vou deixar em momento nenhum, eu podendo perder minha vida, perder meu rim por conta dela. Eu não vou deixar, não vou admitir sabe? Se a gente ama a vida tem que ter força e aceitar os desafios. Eu amo minha vida e eu sei que vou conseguir.

3.2. “Ai que vergonha eu senti”. Milena, uma adolescente em crise.

A primeira vez que encontrei Milena, ela estava sozinha, acariciando a barriga que já estava aparente, sentada em um banco que ficava em frente da enfermaria 2B, a qual me encaminhava por ser aquela onde se encontravam as gestantes de risco, incluindo as diabéticas. Ao vê-la, identifiquei que estava internada por causa do roupão verde que usava, e ao perguntar sobre as gestantes diabéticas ela me olhou profundamente, um olhar cansado, e disse “eu sou”, num tom firme e ao mesmo tempo triste.

18 anos, solteira, negra de traços delicados e expressivos, seu olhar revelava uma maturidade que não era comum às jovens de sua idade. Vivia com a mãe e a avó num bairro periférico de Salvador e a tristeza que ela trazia nos olhos me chamaram muita atenção desde o princípio. Ela largou os estudos no 2º ano do ensino médio por conta da descoberta da diabetes, sendo que este evento até hoje, passados 4 anos, ainda era sentido, “... quando eu descobri que tinha diabetes foi um choque pra mim, realmente eu parei de fazer tudo que fazia”. As mudanças na vida que a doença exigia para ela sempre foram muito difíceis de serem cumpridas porque “ter que parar de comer tudo que a gente gosta é muito complicado”, mas ela nunca sentiu verdadeiramente a necessidade de mudar.

Quando foi este ano, Milena contou que foi à médica dela porque a menstruação estava dois meses atrasadas e ela imaginou que deveria ser alguma coisa relacionada à glicemia: “pode ser

por causa do açúcar que ele pode estar muito alto”, disse a médica. Mesmo assim foi solicitado, além dos exames de rotina, um exame de gravidez o que revelou positivo.

Ai já foi um choque pra mim porque eu não sabia, ao comecei a chorar... mainha dizia que se eu engravidasse eu ia embora, ‘você vai morar com o pai do seu filho, que não sei o quê’, ai fiquei com muito medo.

Este medo a deixava muito mal, o que a afastou de tudo e de todos, inclusive dela mesma, negando a sua gravidez, dizendo que “este filho só fazia eu pensar: pra onde eu vou? o que vou fazer? E eu fui me afastando pra mainha não vir falar comigo”. Decidiu contar para o pai do filho a situação e ele disse que a acompanhava para conversar com sua mãe:

Tá maluco? como é que você quer falar com mainha? Ela vai matar a gente...

Depois de uns dias Milena criou coragem e foi conversar com a mãe e pra sua surpresa a mesma já sabia dizendo que “sua menstruação não é de atrasar”. Este fato mudou completamente a relação que a jovem sentia com sua gestação, pois agora o apoio da família a fortalecia e ela não se sentia mais sozinha.

Desde que ela descobriu me trata super bem, tudo dela é pro neto dela. [...] Minha avó também, eu pensei que ela ia falar, pensei que ela ia reclamar também, mas ela foi super tranquila [...] Meu irmão, a gente brigava muito, agora tudo que eu peço, que eu falo com ele a gente conversa, a gente não conversava, agora não. A gente chega, conversa, ontem mesmo ele me ligou, perguntou como eu tava.

A atitude de todos foi importante para ela aceitar o bebê, inclusive o nome dele foi escolhido “decidimos Anderson”, tornando-o parte já integrante da família: “Ai eu digo que Anderson não foi planejado mas vai ser bem vindo, quando sair vai ser bem vindo.”. O sorriso de Milena ia aparecendo quando ela dizia o quanto todos se preocupavam com Anderson, “tudo agora é por causa de Anderson”. Quando ela não queria almoçar, sua mãe dizia que ela tinha que comer por causa do bebê, e quando ela não comia as verduras que ela não gostava sua mãe logo dizia que ela tinha que comer “por causa dele”. A avó também dizia que agora tudo era pra que o “meu bisneto nasça com muita saúde”.

Este cuidado focado no bebê gerava uma dubiedade de sensações em Milena já que muitas vezes esta atenção era confundida com pressão e a vigilância e responsabilização pela saúde do seu

filho que estava sendo gerado aumentavam, gerando angústia, já que mesmo com todo esse cuidado que ela sentia, mudar a sua alimentação ainda era muito difícil,

Agora eu como, mas evito porque ele tá comendo aquilo que a médica manda comer, realmente não é nem por causa de mim mas pelo meu filho. Por isso que é muito difícil pegar e comer tudo que eles tão mandando, as tem que fazer, né?

Outro fato que Milena não conseguia “engolir” eram as internações, já que toda vez que ela ia fazer uma consulta do pré-natal tinha que se internar para fazer o perfil glicídico, tornando esta trajetória da maternidade muito mais difícil já que ela nunca imaginou que precisaria ficar internada por tanto tempo.

A médica falou que eu poderia engravidar e tudo normalmente mas não sabia que precisava ficar internada para controlar o açúcar, entendeu?

A inconformidade de Milena era visível, principalmente pela “saudade de casa, ficar aqui dentro é triste”. Esta tristeza poderia ser traduzida em medo já que numa enfermaria de gestantes de risco alguns casos de aborto espontâneos aconteciam gerando “uma agonia em todo mundo”.

[...] e as coisas que a gente vê aqui, principalmente no quarto que eu to agora, já teve três mulheres que perderam o bebê. Ai fica com aquilo na mente da gente também, perder o nosso, entendeu?

Alguns fatos que ocorreram enquanto Milena estava internada marcaram muito a sua trajetória, sendo um dos mais impactante um aborto que aconteceu na mesma enfermaria que ela estava, revelando o risco que antes era imaginado e agora era sentido. Ela contou que no dia anterior teve uma gestante que “teve no vaso”, um aborto espontâneo e ela ficou com aquilo na cabeça, sem conseguir dormir, com muito medo de que acontecesse isso com seu filho, já que este fato trouxe o risco imaginário para o campo real.

As enfermeiras sempre chega e fala que o que aconteceu com ela não é o mesmo com a gente, já é outro problema. Ai tranquiliza, mas só da gente ver a gente já fica traumatizada, entendeu?

Além do fantasma da morte ficar perturbando a tranquilidade de Milena, a possibilidade do bebê nascer diabético é outro fenômeno que gera muita angústia e preocupação porque ela ainda não

aceita a sua enfermidade apesar de dizer que “diabetes não é nada demais, não é uma doença contagiosa”, ela disse chorando que tinha muito medo de Anderson nascer “que nem eu”.

Este medo acaba sendo reforçado pela equipe médica que, para evitar que ela não cumpra o tratamento que é preconizado ou para convencê-la de que a mesma deve segui-lo, passa a responsabilizá-la pelas alterações do perfil e futuras complicações durante a gestação:

Se o seu açúcar dá 44, como é que deve tá o seu filho? Porque quando seu açúcar tá baixo o dele tá mais baixo do que o nosso e isso pode acabar complicando mais ainda a gravidez.

Ao mesmo tempo em que ela era bombardeada de informações sobre o que fazer, tanto pela família como pela equipe médica, todas suas angústias, medos, sofrimentos e vontades dela que eram sentidos, não eram ditos, tornando-os impossibilitados de ser:

Agora mesmo eu to meio triste é porque eu to no hospital, é normal, mas a médica disse pra eu não ficar muito eufórica, nem triste que é pra não descontrolar o açúcar e se eu ficar normal, o açúcar der ótimo, ai eu saio.

Este estado de vigília e controle tanto dela como dos outros vai gerando uma sensação de perda de autonomia, sendo sentido como “se eu voltasse a ser criança”. Ao mesmo tempo em que ela diz que este controle hospitalar é bom porque “aqui eu to tomando medicação, comendo tudo direitinho” e em casa ela não faria.

Realmente eu to seguindo a alimentação certinha porque eu to aqui, porque se tivesse em casa não taria fazendo, não taria seguindo direitinho o que tenho que fazer, entendeu? Ai em parte eu reclamo, mas em outra parte eu acho até bom porque é um cuidado que eles tão tendo com meu bebê...com ele e comigo

Milena contava que a dinâmica de vida dela não permitia que ela fosse tão disciplinada com os medicamentos e com a alimentação, “por mais que mainha faça tudo certo”. Então esses sentimentos de aflição por estar internada eram confrontados com a sensação de cuidado que ela necessitava. Isso se traduzia em muito conflito porque “antes de ficar grávida eu pensava que ia vir sozinha pra maternidade só pra ter meu filho e ir embora”, e agora “vou me controlar porque ai não vou precisar ficar tanto tempo aqui [no hospital]”, ou seja, ela está buscando maneiras para enfrentar essa situação que está posta e que, de alguma maneira, foge da normalidade com que este fenômeno é representado coletivamente.

Esta busca da normalidade também é expressada no desejo que seu filho não desenvolva/nasça com a doença, para que ele “não tenha que passar pelo que eu passei”. Quando eu perguntei como ela estava se sentindo, lágrimas passaram a rolar incessantemente dos seus olhos e ela respondeu: “Agora, agora eu to com vontade de chorar, tipo um aperto no coração, entendeu?”. No fundo não entendia, mas consenti com a cabeça para dar alívio às suas emoções. Ela disse que quando descobriu que estava diabética sentiu muita vergonha de si, por se achar diferente:

Até na escola, a médica mandou um papel pra escola dizendo que a minha merenda não era igual à dos meninos, entendeu?

Ela disse que o seu maior medo era que os colegas da escola falassem dela, “que a minha doença era contagiosa ou...sei lá, com medo dos meninos da escola falarem alguma coisa, entendeu?”. Por isso ela deixou de sair, de ir a festas da escola e largou os estudos quando cursava o 1º ano do ensino médio. Ainda muito emocionada, Milena disse que agora se arrependia muito de ter largado os estudos e parado sua vida, “se eu pudesse eu voltaria e faria tudo diferente, entendeu?”.

Ela entendia que não podia voltar no tempo, mas que o presente transforma o futuro. “Dessa vez eu vou [na escola], pego o atestado e levo pra diretora. Ai eu vou poder fazer minhas provas que faltam e no ano que vem, quando Anderson já tiver maiorzinho, eu termino os estudos.”.

Protagonizando o internamento

Desde o início da narrativa, um dos principais elementos que apareceram na história de Milena foram os episódios de internamento. Ela era firme quando dizia que “tá sendo muito difícil” ao mesmo tempo que, com a mesma firmeza afirmava “que eu reclamo mas em outra parte acho até bom” porque ela sentia que tanto ela quanto seu bebê estavam sendo cuidados.

Ai quando da primeira vez que eu vim fazer meu pré-natal, o médico mandou eu logo me internar. No outro dia eu vim, internei e da outra vez eu fiquei cinco dias aqui e eu não sabia que ia ficar tanto tempo internada por causa desse problema.

O internar-se era sentido por ela como uma representação do seu estado de doente, porém ela não se percebia assim, porque “eu me sinto bem, me sinto assim, normal”, e a maternidade não era “para ser sofrida”.

É porque antes de ficar grávida eu pensava que ia vir sozinha para a maternidade só para ter meu filho e ir embora, não imaginei que ia ficar aqui, ter que vir e ficar... Quanto mais eu que nem to perto de ter... E com as coisas que a gente vê aqui, eu não to gostando não.

Desde o primeiro contato com o pré-natal a internação foi algo que esteve presente e vários sentimentos eclodiram, ora “saudade de casa”, ora medo, ora ansiedade, ora resiliência, ora contentamento. Uma constante permuta de significações para este evento que se traduziam em conflito ou em risco, sendo este mesmo impresso no rótulo dessa gestante.

Ela revelou que em casa não estaria seguindo o tratamento adequado, tanto relacionado aos medicamentos quanto à dieta. Para ela era muito difícil ter a disciplina do acordar cedo para tomar insulina às 6h e fazer as 6 refeições que são estimuladas pela equipe de saúde e que por mais que sua família “pegasse no eu pé”,

Não ia sempre que acordar comer tudo direitinho e já aqui não, aqui eu faço direitinho porque tem enfermeiras, né?

A sensação de privação de autonomia era sentida por ela a todo momento, mas “se é pro bem do meu filho e meu tá valendo, né?” Em casa, como ela exercia um outro papel social que lhe possibilitava tomar decisões, muitas vezes ela “pisava na bola” e comia algo doce, mesmo que sua mãe e sua avó a proibisse, o que gerava um sentimento de culpa por saber que aquilo faria mal ao seu filho:

Se eu tivesse em casa eu não diria que estaria fazendo a dieta que eu to fazendo aqui, e aqui eu to tomando medicação, fazendo tudo direitinho, pra não, nem tá alto, nem tá baixo, dar normal pra mim. [...] Ai em parte eu reclamo mas em outra parte eu acho até bom porque é um cuidado que eles tão tendo com meu bebê...com ele e comigo.

3.3. “Estou de mal com a vida... porque ela faz isso comigo?”. Luciana e a tristeza sem fim.

A primeira vez que vi Luciana me encantei com o lindo sorriso que brotava do seu rosto e os olhos grandes, expressivos, que guardavam muitas histórias, sendo algumas muito sofridas, “Quando a vi, nunca pensei que um sorriso tão lindo pudesse omitir tanta dor” (Diário de Campo. Anotações de 06 de setembro de 2012). Negra, estatura baixa, 33 anos, casada, mãe de cinco

filhas e desempregada, assim como seu companheiro, Luciana é o retrato de uma realidade muito comum e muito dura da periferia de Salvador.

A gente tem que andar porque tem que levar que a vida é essa ai mesmo, não tem outra.

Sendo já mãe de cinco filhas, a última coisa que Luciana imaginava (e desejava) era engravidar. Ela estava tomando pílula anticoncepcional, mas quando acabou a médica substituiu por uma injeção de três meses: “Não era pra eu tomar, ai peguei gravidez”. Quando ela descobriu que estava grávida, ficou muito nervosa e fez de tudo pra tirar essa criança,

Tomei muita coisa pra tirar. Tomei citotec, tomei seis citotecs, botei quatro, tomei dois mas não consegui. Tomei chá, muita coisa, muita.

O contexto de desemprego, tanto dela quanto do companheiro, o fato de já ter cinco filhas e cuidar de todas sozinha era a justificativa de Luciana para não desejar a gravidez. “Não fiquei feliz, não vou mentir que quando descobri não fiquei feliz.”. Quando ela descobriu que estava grávida, já tinham se passado quatro meses e foi apenas no sexto que ela foi buscar, pela primeira vez, uma consulta de pré-natal. Foi neste momento que ela descobriu que era diabética, “fiquei desesperada, chorei muito porque nunca imaginei que fosse acontecer logo comigo”. Essa nova situação foi recebida muito negativamente e ela acabou descontando na criança que estava por chegar, “Eu xingava muito ele (o filho) com raiva. Eu tinha muita raiva e descontava nele.”.

Ela dizia que em nenhuma outra gestação tinha acontecido isto, principalmente a privação de alguns alimentos que fazem parte do tratamento diabético. Para ela o mais difícil era conseguir se alimentar com a dieta integral. Para ela a comida não tinha gosto e a ideia de mudar sua dieta e introduzir esses alimentos a deixava muito indignada.

Eu não gosto não de ficar comendo essas coisas integral, eu não acho legal não, não acho mesmo. Essa coisa integral... tudo que eu gosto de comer mesmo não to comendo nada, a farinha, a pimenta, o fato, essas coisas que eu gosto e não vou poder comer nada.

“Quando é uma vida que a gente gosta, a gente se cuida mais”. Sempre com a cabeça baixa e com pausas longas na fala, a tristeza com que ela falava sobre si mexeu muito comigo. A gestação não era desejada e a diabetes veio para reforçar o desgosto desta maternidade e desta vida: “tem que

seguir a regra mesmo... não é a vida que a gente quer mas é a única que Deus deu, então a gente tem que seguir mesmo, né?”.

Seguir a dieta do hospital se tornou um grande desafio para Luciana, e ela dizia que tava sendo muito difícil se adaptar a “essa comida sem graça”,

Não sei se vou me adaptar não, posso até tentar, mas eu não sei se vou seguir a linha não.

E ela ia seguindo da forma que encontrava, lado a lado com o medo. Medo da “diabetes falsa”, de sofrer crises de hiper ou hipoglicemia e de morrer, igual à sua mãe:

Minha mãe mesmo ela faleceu porque não seguia as regras. Porque ela era diabetes e ela não podia comer açúcar e ela comia, não podia beber e ela bebia, doce, nada. Então isso aí que eu vi minha mãe fazendo eu não vou fazer porque eu tenho coisas na minha vida.

As coisas que Luciana tinha eram suas filhas e agora esse filho que “eu mesmo não queria isso não, mas Deus que quis, veio né?”. Assim ela percebia que tinha que se cuidar porque todos eles precisavam da mãe:

Eu que tenho que cuidar das outras e sou eu sozinha, porque já tem minhas filhas que dependem de mim e esse aqui agora, então eu já vou aprender pra não fazer errado, porque agora são seis crianças aí não vou fazer nada que eu fazia, não vou correr o risco porque eu não posso.

Ela dizia que sua mãe havia “se jogado na cachaça” e não se cuidava, “comia doces, tudo que não podia”. Aos 49 anos ela faleceu e o medo deste enredo se repetir fez com que Luciana começasse a tomar algumas decisões:

Eu saía e chegava tarde, comia tudo, ia pra festa e bebia e agora não vou mais poder fazer porque tenho que me cuidar para cuidar de minhas filhas e do meu filho que vem. [...] Agora vai ser tudo diferente.

Como ela sabia que em casa não ia conseguir seguir o tratamento, seja por falta de condições financeiras ou por não conseguir se adaptar a esta nova dieta de forma tão inesperada e imediata, ela decide ficar internada até o dia do parto, que aconteceria dentro de alguns dias, a fim de garantir um cuidado neste momento crítico.

A todo instante durante a narrativa, Luciana resgata a ideia de que não desejava o filho, tornando muito mais difícil pensar em alternativas para lidar com essa situação. “Quando a gente quer ter filho, que planeja uma gravidez é uma coisa. Mas quando a gente não quer ter filho é muito mais difícil”. As atitudes dela frente a essa situação é de muita resiliência e conformidade, sendo que as estratégias que ela desenvolve para enfrentar este fato são aceitar a situação mas sem alternativas de mudanças, muito devido a sua situação financeira. Mostrando a resistência em aderir a dieta em casa, e o desinteresse pela criança Luciana consegue retratar bem o seu envolvimento nesta trajetória da maternidade.

O que eu queria era não ter filho, mas o que a gente pode fazer? Agora criar, dar o melhor, né? O melhor não, dar o possível porque lá em casa a gente faz o que pode.

Desta forma, Luciana vai levando a vida, já que “não tem outro jeito, não vai mudar, porque tem isso mesmo e agora eu vou ter que seguir uma nova mãe, né? Não é porque não quis que agora vou deixar”. E com longas pausas de reflexão ela afirma a necessidade da mudança já que ela tem uma vida a seguir, filhos pra cuidar e um marido ausente, podendo contar apenas com a sua força. “Mas não que eu teja feliz...”.

Revelando o pó: O papel do (im) parceiro

“A tristeza se fez presente a todo o momento, no olhar, no silêncio, no tom das palavras que eram ditas de uma maneira naturalmente desesperançosa.” (Diário de campo. Anotações de 06 de setembro de 2012). À medida que Luciana ia revelando sua história, a presença, mesmo que ausente, do marido ia se tornando clara. Pai de apenas uma das cinco filhas colaborava muito pouco com as despesas tanto da casa quanto das crianças e, por estar envolvido com drogas ilícitas, começou a pegar as coisas da casa, como bujão de gás, televisão e DVD o que a obrigou a tomar uma decisão de sair: “ Eu não podia mais... tudo que eu comprava ele ia e vendia, até que peguei minhas filhas e fui embora.” .

Todavia, devido à falta de dinheiro, já que ela estava desempregada, vivendo apenas do auxílio do bolsa família, ela não conseguiu pagar o aluguel, sendo obrigada a voltar a viver com o marido:

Ninguém sabe o que eu passo, 33 anos nas costas, desempregada, cinco filhas e mais esse aqui, e a situação, eu sem trabalhar e o pai dele sem trabalhar também... é muito

difícil. Eu tava morando em uma casa, mas ai não tive como pagar o aluguel, fiquei devendo seis meses ai tive que voltar pra casa do pai da minha filha mais nova e desse aqui, mas ele é viciado em drogas, por isso eu não queria voltar, não queria mesmo, mas agora já foi.

A falta de cooperação nas obrigações da casa ou das meninas, no dia-a-dia, por parte do marido gerava um “aperto do peito forte”, porque Luciana queria sair daquela situação que para ela “não me faz bem, nem uma roupa nem nada e agora tá dando pra vender a nossa comida também.”. Só que as limitações financeiras a impossibilitavam, obrigando ela a aceitar esta realidade “até eu me ajeitar e sair”.

Toda a falta de carinho que Luciana demonstrava para com o filho que estava pra nascer não deixava de ser uma expressão da vida sofrida que ela levava. O contato com o mundo violento das drogas em sua casa a obrigava a criar uma armadura para proteger tanto suas filhas como sua própria vida, o que acabou enrijecendo alguns sentimentos de amorosidade, mas que pelo grande sorriso que ela tinha e os olhos grandes que brilhavam ao falar das filhas, acredito que esta criança que chegará poderá representar uma luz no meio da escuridão que existe (Diário de Campo. Anotações de 06 de setembro)

“Sei que vai ser difícil, mas eu vou chegar lá, vou dar a volta e chegar lá”.

3.4. Entre a luz e a escuridão: Júlia e seu percurso solitário

Eu fui apresentada a Júlia por uma gestante que estava internada no mesmo quarto que ela. Quando a vi, com uma touca na cabeça, de roupão verde, um leve sorriso no rosto com as mãos apoiadas sobre a cama na qual estava sentada, conversando com as outras gestantes do quarto, pensei: “O tom com que falava e a espontaneidade dos gestos me revelavam muita simpatia e alegria” (Diário de campo. Anotações de 13 de Setembro). Essas foram as primeiras impressões que tive de Júlia, uma mulher negra, 33 anos, residente de Jacobina, casada, mãe de uma menina de seis anos e com pouco estudo formal.

Há quatro anos começou a sentir umas mudanças no seu corpo. Primeiro muita sede: “eu acordava várias vezes na noite para tomar água, tomava água demais.”. Depois passou a sentir uma dor forte nas pernas “parecendo que tinha passado a noite em pé”, ai ela começou a achar

estranho e foi procurar o médico. Quando chegou ao posto, o médico solicitou uns exames de sangue, dentre eles a glicemia de jejum e quando o resultado saiu ele disse: “Olha, você está com diabetes”.

Na hora eu nem assim, com calma perguntei se não tinha sido uma coisa na dieta, ele disse que não, que quando descobri estava mesmo diabética [...] Iai eu não tinha o que fazer não, a gente não tinha muita informação do problema.

Júlia disse que o diabetes não mudou muita coisa na sua vida, que ela seguia “uma vida normal”, talvez pela falta de informação ou pela invisibilidade dos sintomas, já que ela não se sentia doente. Em janeiro de 2012 ela percebeu que sua menstruação não veio mas imaginou que era “alguma coisa com o meu açúcar alto” porque ela fazia uso de pílulas contraceptivas. Passaram-se mais dois meses e Júlia ficou preocupada e, ao se consultar com a médica descobriu que estava grávida:

Eu já sabia que era diabética há quatro anos, então já não pensava em ter outro filho porque eu já sabia que seria de risco, mas mesmo tomando o anticoncepcional quando descobri já estava grávida.

Esse novo cenário que se descortinou no mundo de Júlia trouxe muita aflição, tanto pelo fato de ser uma gravidez de risco, e o próprio nome risco refere-se a uma vigilância e um cuidado preventivo, quanto pela solidão em que se encontrava:

[...] e aí que eu viajo muito sozinha, venho pra cá sozinha sempre, pra fazer meus exames, pra ficar internada, sem ter ninguém, sem ter visita, sem ter alguém pra conversar... Ai a dificuldade é bem mais difícil.

O marido de Júlia é caminhoneiro e estava sempre viajando, então ela já estava acostumada com a ausência dele. Mas a família, tanto a mãe quanto os irmãos, moravam muito perto dela, então ela sempre ia pra casa da mãe quando a saudade apertava. “Agora eu me sinto... ai... eu me sinto carente, sabe?”. A necessidade de estar viajando para fazer as consultas de pré-natal e consequentemente as internações para traçar o perfil glicêmico a privavam da companhia dos seus familiares e ela sentia que lhe faltava apoio. Essa situação a deixava muito angustiada e triste e, como as emoções interferiam na glicemia, os três dias de internação previstas se triplicavam, o que a deixava mais sensível, e esse ciclo se repetia constantemente sendo que a menor internação dela foi de 10 dias.

As restrições que passaram a vigorar no seu cotidiano tornava aquele momento muito difícil:

Não posso comer coisa assim doce, mas fora isso fica mais difícil mesmo, é restrição demais. Eu acho... eu não consigo, de jeito nenhum. É bem complicado, viu?

Júlia falava que os médicos e a nutricionista chegavam pra ela e diziam o que ela podia comer e o que deveria ser retirado da dieta: “você não deve comer isso aqui e aquilo outro”. Mas pra ela conviver com essas proibições era muito difícil, “não vou mentir que eu não fazia, não fazia mesmo”. Depois de um tempo a médica conversou com ela e explicou sobre a importância de retirar alguns alimentos para controlar o açúcar e evitar complicações tanto pra ela quanto para o bebê: “Foi ai que eu passei a ter mais esse cuidado”.

Daí a coisa que eu fico com mais medo é isso, eu fico pensando que as vezes tem crianças que já nascem com o açúcar alto, porque pra uma pessoa adulta perceber que não pode, que não deve já é quase impossível, uma criança? Pior ainda! Ai eu fico com muito medo.

Esse medo que Júlia tinha de que seu filho nascesse diabético gerava nela um compromisso em seguir a dieta, já que ela era a responsável pela saúde do bebê. Assim ela tentava se cuidar, mesmo que pra ela fosse muito difícil. Todavia, em alguns momentos quando os desejos passaram a visitar o corpo e a mente dela, toda essa firmeza foi suspensa e a vontade incontrolável pelo alimento proibido era justificada como “coisa do bebê, parecia que ele queria”.

É como eu tava dizendo, não como doce, e não é fácil não porque as vezes você até sabe dos riscos daqueles desejos que você tem, eu mesmo tenho tantos desejos...

Antes da gravidez, Júlia nunca tinha tido um desejo, inclusive ela achava que isso era “coisa de mulher assim, que gosta de ter um caprichinho e usa a gravidez pra conseguir o que quer, sabe?”. Quando ela começou a senti-lo que foi revelado o verdadeiro sentido do desejar algo, no caso dela mesclado com uma proibição, o que tornava aquela vontade muito mais arriscada e, para ela, necessária.

Eu tinha de qualquer forma que comer aquele mingau, iai eu cheguei a chorar mesmo porque a menina não podia, ela ficou com pena, coitada, ai ela disse: ‘eu não posso dar porque não tá com adoçante’. Ai ela trouxe um com adoçante porque ela não podia se prejudicar por causa de mim e eu entendia [...] Ai minha colega de cama pegou o mingau dela e trocou comigo porque eu queria porque queria o açúcar mesmo. Ai fui e tomei.

Após esse episódio, a repreensão da equipe de saúde foi generalizada e o sentimento de culpa e de irresponsabilidade se tornaram muito fortes para Júlia, reforçando o medo de prejudicar seu bebê e a angústia por mais dias internadas, devido à alteração do perfil glicêmico, “Eu só vou sossegar quando ver o meu filho, saber que ele tá bem que eu consegui me cuidar né? Mas eu tento não prejudicá-lo de jeito nenhum, mas é muito difícil...”.

Como Júlia já estava pra ter bebê, faltando apenas duas semanas para a data prevista do parto, ela se sentia aliviada, porque as restrições iam acabar já que “o pior já passou, de tá vivendo com aquela vida sempre limitada”. Isso porque ela sabia que estava seguindo a terapia proposta com a finalidade de cuidar do seu filho e não dela, porque pra ela sozinha, a única proibição era o açúcar:

Eu acho que depois que meu filho nascer eu vou fazer as mesmas coisas, evitando o açúcar, mas as outras coisas num vou exagerar mas... não vai ser tão fácil não, porque é difícil.

Júlia estava ansiosa pela chegada do filho e com um grande sorriso disse que estava contando os dias que faltavam:

Mas aí é isso, eu acho que eu não fiz tudo tanto tempo mas assim, eu acho que o que eu fiz eu contribui com minha parte e agora é esperar meu filho e ver o resultado.

Aprendendo a lidar com a solidão

Quando Júlia começou a falar sobre a sua vida, sobre como estava experienciando este momento, ficou claro que a ausência de seus familiares a deixava muito triste e que isto estava interferindo na sua trajetória gestacional. Quando ia chegando a data prevista para a consulta do pré-natal ela já ficava chorando em casa, pensando nos dias que estaria sozinha, já que a internação já era certa.

Ela conta que a primeira vez foi muito difícil, primeiro porque ela não fazia uso de nenhuma medicação para controlar o diabetes, apenas retirou o açúcar e às vezes usava um hipoglicemiante “quando minha cabeça ficava doendo, que eu já sabia que o açúcar tava alto”; e também porque ela nunca imaginou que precisaria ficar internada tantos dias:

Ai da primeira vez que eu vim ela (a médica) falou preu ficar internada cinco dias pra fazer o perfil aí eu descobri que tinha que usar insulina, que eu não tomava insulina, tomava só medicação oral às vezes. Ai a médica disse que tinha que tomar insulina, dai

os cinco dias que ela falou preu ficar internada acabei ficando 15 dias. Ai fiquei no desespero e tive que ir pra psicóloga pra poder me acalmar porque a glicose dava alterada e não podia me liberar sem que a taxa se insulina ficasse boa pra alguém me levar em casa.

Júlia não queria saber de nada, só queria ir pra casa logo. A sua angústia era traduzida em alteração glicídica e o desespero, o desamparo e a tristeza passaram a conviver diariamente com ela. Um médico a encontrou sentada na entrada da enfermaria e conversou com ela sobre a importância dela ficar, do cuidado com seu bebê e aos poucos ela foi aceitando a ideia, conseguiu relaxar, permitiu a aplicação da insulina e foi melhorando, até que retornou para casa.

Porém toda vez que ela ia para a maternidade fazer o pré-natal e se internava a solidão não a deixava tranquila. Ela se sentia muito sensível, carente e sozinha devido à falta de sua família e de seu marido, “mas eu entendo a distância e tem minha mãe que me dá bastante força, meu irmão, meu marido. Mas é porque eles não estão aqui comigo, ai eu sinto falta...”. No caso de seu marido, a saudade era muito mais sentida e expressa em tristeza, porque ela dizia que estava passando por um momento difícil, internada e a presença dele a confortaria:

Meu marido mesmo trabalha sempre viajando, hoje numa cidade, amanhã em outra, iai eu to sempre sozinha, até em casa eu to sempre sozinha, sem ele. Ai assim, minha mãe e meu irmão que me dá todo apoio mas nunca é a mesma coisa, né? Mas como eu to lhe dizendo, eu não estou sozinha porque ele não quer tá comigo mas é o trabalho dele, ai vou fazer o quê? Tem dias que eu falo mais, que eu choro, me desespero, a gente sente, mas depois passa, é só um momento.

A vontade de que essa gestação terminasse logo e ela pudesse “voltar a sua vida normal” era o que dava força para ela seguir, sozinha, mas na espera de seu filho, quem ela depositava toda a esperança de mudança, seja porque refletiria o seu empenho e dedicação ao cuidado dele, ou porque ele se tornaria sua companhia futura, já que sua filha fica mais na casa da avó do que na sua.

E eu espero que as coisas melhorem porque o tempo que eu tiver meu filho acho que as coisas vão melhorar mais ainda, essa situação, mas assim, é bem difícil, é difícil mesmo.

Enquanto este filho ainda não veio, ela vai encontrando formas de driblar a saudade e a ausência de casa e cada vez mais ela se permite acessar, no caso as outras gestantes, desenvolvendo

amizades que fortalecem a sua tranquilidade e o período de internamento, “eu percebi que o pessoal daqui é muito legal”. Mesmo com esta abertura e com a vontade de criar novos laços, ela ainda sente-se frágil, mas busca encontrar formas de normalizar a sua situação:

Mas no mais eu acho que eu consegui, tá com tudo encarando de uma forma quase normal, as vezes uma mulher grávida fica com muito cuidado com o filho e com o açúcar alto fica mais ainda, fica com mais atenção, tem mais apoio em tudo e eu to conseguindo levar muito bem, sozinha mesmo.

3.5. Quando um sonho se torna realidade: Bárbara e o desejo único de ser mãe

Quando eu vi aquela mulher, com um sorriso tão delicado e um jeito tão inocentemente infantil ao mesmo tempo que transparecia uma maturidade traduzida na vontade de estar ali [no hospital], uma grande alegria dominou meu corpo e minha mente, sendo refletida num abraço carinhoso que será difícil esquecer da linda energia que senti (Diário de Campo. Anotações de 27 de setembro).

Essa foi a primeira impressão que tive de Bárbara, uma mulher de 44 anos, moradora de um bairro popular de Salvador, casada, dona de casa e cujo sorriso transbordava a alegria que ela sentia de estar ali, grávida. O diabetes já a acompanhava a mais de três anos, porque ela relatava que se sentia muito mal, com dores no corpo, na perna, na cabeça, “era uma agonia de noite que eu não queria que ninguém me falasse nada”. Ela comia muito e bebia muita água, dizia que nada saciava a sua fome e começou a perder muito peso:

Ai como minha mãe é diabética eu conversei com minha mãe e ela disse: ‘você tá com o mesmo problema que no início eu tinha, né?’ Ai eu fui encaminhar pro médico pra saber.

Depois que foram feitos os exames comprovou-se a diabetes, “eu só fui descobrir mesmo tem uns três anos, mas bem antes eu já sabia que tinha”. Como seus pais e seu irmão já tinham diabetes, as orientações sobre os cuidados ela já tinha porque “minha mãe falava pra mim que é muito difícil, que a gente tinha que ter muito cuidado, muito”. Então as mudanças foram ocorrendo de forma tranquila e consciente, pois Bárbara já tinha presenciado algumas situações ruins relacionadas ao descontrole glicêmico:

Eu já vi alguém morrer por causa disso, tem a família dela, no começo alguns já foram por causa de diabetes, já vi alguém amputar a perna, essas coisas, entendeu?

Por isso, ela seguia uma dieta que tinha sido recomendada pela nutricionista e mantinha um controle rígido na sua alimentação. Ela já tinha se acostumado com essas novas regras alimentares e “não tinha do que reclamar”. Com a gravidez, imaginei que a dieta ia sofrer alguma alteração, ou ela ia ficar mais restritiva, mas Bárbara disse que “pra mim tá de boa”, que às vezes tinha alguma coisa que ela comia, como o pão de sal, mas que já nem compra mais, “nem entra na minha casa, meu marido também não compra, entendeu?”.

Bárbara sempre desejou ter um filho mas tinha muita dificuldade de engravidar tanto pela idade quanto pelo mioma que ela tinha, “fiquei um ano, dois anos tentando engravidar mas eu não conseguia engravidar ai fiquei desesperada”. A sua vontade de ser mãe era tão grande que ela seguia todos os conselhos que davam.

Os amigos falaram que se eu tivesse tomando remédio pra diabetes que eu não engravidava, que eu abortava, que meu remédio era abortivo.

Quase dois anos sem tomar o hipoglicemiante oral e nada de gravidez. Foi ai que Bárbara decidiu buscar ajuda médica, desacreditando que ainda fosse possível engravidar. O médico disse que ela poderia ter filho sim e passou um creme vaginal que estimulava a ovulação, mas não funcionou:

Ai com um mês eu voltei de novo e ele disse que eu não tava sabendo usar, vou passar mais. Ai ele passou pra mim usar e nada. Ai ele foi e falou: ‘olha, você tem condições de engravidar, você já teve filho?’ Eu disse não. ‘E seu esposo?’ Ai eu disse: ‘ele já tem uma filha de 18 anos. Ai ele disse: ‘O problema pode ser nele e não em você’

O médico passou um espermograma para o marido de Bárbara fazer, porque ele não entendia como ela não engravidava se pelos exames tudo estava bem. Nessa mesma semana a menstruação dela não chegou:

Ai eu disse: ‘meu amor, dê um tempo, como ela vai descer essa semana, dê um tempo pra você fazer pra semana’. Ai na semana que eu ia fazer, eu esperei descer e não desceu. Não menstruei. Ai eu dei mais um tempo, ai não desceu. Eu comecei a sentir cólica, a sentir cólica a ficar enjoada, ai eu disse: ‘vou fazer uma ultrassom pra mim vê se eu to grávida’. Ai eu fui fazer a ultrassom e quando chegou eu já tava com cinco semanas de grávida.

Assim que descobriu a felicidade foi explosiva: “Eu não podia acreditar que agora tinha um bebê dentro de mim, meu sonho tava se tornando realidade”. Daí ela foi fazer os exames de rotina e

viu que as taxas de açúcar estavam altíssimas, ai o médico disse: “ó Bárbara, você tá grávida e seu açúcar tá muito alto, então eu não sou um profissional para o seu caso de gravidez”, e ela foi encaminhada para procurar ajuda no Hospital das Clínicas de Salvador. Chegando lá ela encontrou muita dificuldade em marcar horário, em buscar informações ai sua cunhada que também era diabética e já tinha passado por esse itinerário aconselhou ela: “Vá no IPERBA que é bom pra você e tal, tem profissional que cuida da gravidez de risco. Ai eu vim aqui e comecei a ser acompanhada pela equipe”.

Quando ela realizou os exames do pré-natal, no mesmo dia foi encaminhada para a enfermaria de gestantes de risco para realizar o perfil glicídico, e desde este dia até hoje, sempre que ela vem se consultar ela fica internada:

Ai venho, ai quando eu venho fazer o pré-natal ai ele manda, dependendo do resultado, né? Ele manda eu me internar. Eu fico internada... Então, mas isso eu gosto de ficar internada, porque aqui eu sinto que to controlada porque eu não entendo mesmo, né? Ai quando venho eu fico controlando e eu gosto de ficar aqui.

Como Bárbara passa a maior parte do tempo sozinha em casa, porque seu marido trabalha, ela fica muito preocupada com as reações do seu corpo, devido ao medo grande que ela tem de perder esse bebê, “se o neném mexe, eu: ‘ai tá mexendo demais’, se para de mexer: ‘ai parou de mexer’”. Desconhecendo os sinais que o corpo emite, ela não consegue discernir entre o que é “normal” e o que é “anormal”, ou seja, o que deve acontecer numa gravidez ou o que é sintoma de algum desequilíbrio glicêmico:

Às vezes quando eu sinto em casa que eu não to me sentindo bem eu fico sem saber se é o açúcar... Porque eu não meço o açúcar em casa, ai eu fico sem saber se ele tá alto ou se ele tá baixo. Ai eu fico com medo do meu bebê, porque se abaixar será que não é ruim e se aumentar demais será que ele ta bem? Entendeu? Eu fico assim...

Por isso, quando ela está sendo acompanhada pela equipe de saúde ela fica mais tranquila, consegue dormir e não se sente tão nervosa: “Ai quando eu to aqui fico mais tranquila, venho passar essa temporada, entendeu?”. Para Bárbara, estar internada significa ser cuidada por profissionais que estudaram sobre aquilo, “que podem instruir a gente que não conhece muito”, então ela confia no tratamento e se despreocupa com os riscos que existe tanto para ela, quanto para o seu bebê. “Ai quando eu venho eu fico controlando e eu gosto de ficar aqui”.

Devido ao risco existente, Bárbara segue o tratamento exatamente como é sugerido pelos profissionais de saúde: “Por aqui também minha alimentação eu mudei tudo, eu quase que o que aqui eu me alimento eu me alimento em casa.”. Ela segue direitinho a dieta o que não exige muito esforço pois ela já o fazia antes mesmo de saber que estava grávida:

Então não é só por causa do meu neném que agora eu vou ter mais... eu acho assim, eu posso ter mais cuidado agora porque também tem uma coisa que precisa ter mais cuidado ainda com o neném, né? Mas eu acho que tá igual, meu cuidado antes dela e agora com ela eu acho que tá igual. Pode tá mais um pouquinho, não é? Mas eu acho que tá igual.

Ela conta que na casa dela não tem mais comida que não seja da dieta ou se o marido gosta muito eles tentam evitar ou, caso ela goste do alimento, como biscoito recheado, ela pede pra ele esconder, “pra eu nem cair em tentação”.

Bárbara vai levando essa situação com muita alegria, apesar dos medos, do nervosismo, das angústias, porque esse é um sonho que está se tornando a cada dia mais próximo da realidade.

Tá tudo ótimo, bom demais e nessas 31 semanas eu to me sentindo muito bem porque até o momento meu bebê tá bem e eu to só esperando minha hora chegar, é hoje que eu vou ver o sexo! Eu quero saber como é, que eu não sei. To doida pra pegar, olhar a carinha e é isso, tá bom!

De mãe para mãe

Bárbara contou que sempre teve o sonho de ser mãe, desde pequena, só que não poderia ser com qualquer pessoa, tinha que ser com um homem especial, que despertasse nela a confiança e o apoio para ser o pai do seu filho. “Pra mim, aos 44 anos já era pra eu tá né? Sendo avó já”. A idade para ela começava a incomodar principalmente porque sua mãe dizia que ela era muito velha para ser mãe. Mesmo assim Bárbara optou pela maternidade pois “encontrei um homem que vale a pena”.

Casada há seis anos, ela acredita que além de ter encontrado o homem de sua vida ele é o apoio que ela precisa nesse momento de tanta fragilidade. “Meu marido me apoia muito, em tudo ele tá do meu lado”. Ela contou que desde que se mudou para Salvador, há 20 anos atrás, sempre teve a vontade de ser mãe, “mas nunca pensei em ter um filho com qualquer homem e sem um futuro”. Por isso ela começou a trabalhar, juntou dinheiro e toda a vida na busca desse pai:

Eu quero ter um filho, que meu filho estire a mão pra dar bênção: 'bênção meu pai' e o pai: 'bênção meu filho'. Isso porque ter um filho de qualquer uma pessoa isso eu não quero. Ai por isso que eu só vim engravidar agora. Porque achei a pessoa certa.

Quando ela enfim consegue engravidar, que vai compartilhar a alegria com a família ela percebe que o seu sonho não era mais vivido e sentido por eles, como o era há uns anos atrás. A idade e a doença agora eram fatores que preocupavam seus pais, principalmente porque ambos eram diabéticos e sabiam das complicações que poderiam ser geradas tanto para Bárbara quanto para seu bebê.

Quando eu era mais nova era bem sonho mesmo, bem sonho. Porque minha família toda apoiava, né? Hoje eu me acho assim, porque eu não acho minha família tanto me apoiando.

Mesmo ela sabendo que o marido e a família dele a apoiava, o fato de seus pais não estarem tão presentes e não se alegrarem com a gravidez a deixava triste, principalmente a sua mãe, “porque ela já foi mãe e sabe como esse momento a gente fica mais sensível”. Bárbara é resistente em acreditar que sua mãe não está feliz com a sua felicidade e com o neto que virá, “não sei se é por causa da doença que a mesma que eu tenho ela tem ai as vezes ela pode ficar mais nervosa e falar isso, entendeu?”. Mas esta atitude interfere muito na sua trajetória gestacional e na construção da sua maternidade:

Porque eu fico dentro de mim: será que minha mãe não tá aceitando? Ela não me fala, né? Mas eu fico me perguntando, será que ela não tá aceitando? Ai meu Deus, porque eu deixei que acontecesse isso agora, ai eu fico pensando assim [...] Também ela nunca chegou pra mim pra dizer assim: 'ah, mas eu não gosto, eu não quero'. Mas eu sinto, eu queria mais apoio, eu queria que ela...às vezes quando eu fico aqui ela não liga, ai eu fico: 'ah, porque a minha mãe não me liga? Eu grávida, com diabetes e minha mãe não me liga pra saber como é que eu to. Ai eu fico assim meio preocupada, mas depois eu volto e amanheço meio nervosa, não sei o quê. Ai isso é o que eu sinto, entendeu? Porque eu acho que eu queria mais apoio.

A vontade que Bárbara tinha de conversar com sua mãe, pedir conselhos, compartilhar suas angústias e suas alegrias não se realizava devido à “falta de interesse dela com eu e meu filho”. Além disso, a ausência do seu pai é somado à este cenário de desinteresse porque “ por uma questão dele ser velho também, de estar doente também.”.

Essa falta de apoio sentida por Bárbara se reflete em insegurança frente à gestação e o medo de alguma complicação com ela e com seu bebê se torna cada vez mais presente, já que as palavras de sua mãe são sentidas como que “parece que tá *agorando*⁶ meu filho” e, por mais que ela diga que “vai levando na brincadeira”, que “estou muito feliz com esse bebê que vai chegar”, ela sente o risco e se preocupa com ele.

O apoio do marido e da família dele, dos amigos e do irmão ajudam Bárbara a se acalmar e a saber que ela não está sozinha, o que permite que ela “vá levando, eu digo que pra mim tá ótimo, apesar de tudo isso”.

Brinco, dou risada, num choro, tento não pensar muito nisso, que nada, que nada, vou levantar sim! Eu não quis isso? É assim, entendeu? Não acho tão... pra eu baixar a minha cabeça e chorar e ficar se lamentando da vida, isso não. Pra mim tá bom (risos). To muito feliz, quero que nasça logo.

3.6. Repensando a maturidade: Clara e seu harén

Clara era uma mulher madura, 42 anos, mãe de duas crianças e esperando a terceira menina, pra continuar a “formação do harén”, segundo foi contado por ela, entre muitas gargalhadas. O bom humor, sempre acompanhado de lindos sorrisos e gestos engraçados descontraíam a entrevista, revelando a beleza interior que aquela mulher possuía:

Clara tinha uma leveza de espírito que me encantou. Mesmo com as dificuldades que ela relatava, o amor às filhas, ao marido e aos amigos era muito bonito de se sentir. No final da entrevista compartilhamos um grande abraço e ela me revelou que contar sua história despertou nela muita gratidão à Deus por a ter presenteado com uma família maravilhosa e reviver a alegria de ser mãe, e o amor que já sentia pela bebê que estava por vir, ‘Maria vai se chamar’ (Diário de Campo. Anotações de 17 de outubro de 2012).

Clara descobriu que tinha diabetes há dezesseis anos, quando estava fazendo um tratamento para retirada da tireoide, em que seu “organismo começou a dar essa mudança, mas foi de 10 anos pra cá que realmente ficou comprovado que eu tinha diabetes”. Três anos depois dessa descoberta ela ficou grávida de sua filha Ana e, como a taxa de açúcar estava muito alta, ela teve que iniciar o tratamento com insulina. “É um choque logo de primeira porque eu já fazia só a dieta, não tinha necessidade de tomar medicação nem insulina”, mas hoje ela tá “numa boa”, inclusive já

⁶ Agorando é um termo popular usado na Bahia que significa desejar o mal ao outro.

consegue se auto aplicar, o que há uns anos atrás era motivo de desmaios, “todo dia era aquela coisa, ter que me furar, e eu não conseguia ver a agulha que já me dava até tontura. Um dia até desmaiei porque vi o sangue”.

Clara e seu marido tinham decidido parar de ter filhos há algum tempo, já que estavam se sentindo mais velhos e com uma filha de 17 anos e outra de 7 anos, então pensaram em iniciar um tratamento de vasectomia. Durante este intervalo ela descobriu que estava grávida de dois meses:

Ai meu Deus, e agora? Com 42 anos, com esse processo já, não tenho tireoide, pressão alta, tomo medicação, diabética, já faço controle, então tudo isso leva também a questão do emocional.

Clara conta que “demorou pra cair à ficha” por vários motivos, sendo os mais relevantes pra ela a questão da idade, “eu to com 42 anos, não é mais idade pra ter filho!”; das doenças que ela possuía; e das dificuldades financeiras, “que você sabe que não pode ter outro filho porque a situação tá apertada”. Todavia, o que mais chocou ela foi o (“jamais esperado”) internamento:

De primeira ele [o médico] me deu logo um internamento: meu Deus! Fiquei desesperada, 16 dias internada aqui e assim, minha vida, eu trabalho com doces, faço bolo decorado de casamento, então meu ganha pão é esse. Ai o que mexeu mais comigo foi isso que eu tinha que ficar presa.

Para Clara o internamento significava estar longe de casa, sendo que este momento que ela se sentia frágil, a presença da família era o que reconfortava ela, e um declínio financeiro já que ela trabalha com encomenda de doces e bolo, de forma autônoma, em que se ganha quando se produz, “e agora eu fico assim: pego e não pego, trabalho e não trabalho, porque hoje mesmo eu não sei o que ele [o médico] vai me dizer... Posso nem voltar [para casa].”. Ela conta que sua família está passando por um momento financeiro difícil, pois seu marido está aposentado por doença, já que “ele tem um problema na coluna” e ela sem condições de aceitar muito trabalho por não saber se cumprirá os prazos, pois “eu posso ficar internada dois dias, como posso ficar igual a vez passada que foi dezesseis”.

Esta situação interfere diretamente no tratamento de Clara, já que ela diz que não tem condições de seguir a dieta como é proposta porque “a questão é que a alimentação já é mais cara, não é uma alimentação barata”.

A alimentação às vezes, o valor, tem semanas que eu não posso comprar pão integral. Iai, eu vou comer o quê? Tem semanas que tem frutas, tem semanas que não tem fruta. Então tem todo esse processo que a gente tem que aprender a lidar, né? porque é difícil.

Além disso, no internamento, as restrições alimentares ficam ainda mais fortes, e Clara disse que até conversou com a nutricionista da maternidade sobre essa questão:

Ai quando a gente chega aqui fica internada, meu Deus! Tem toda a restrição é bem restrito, tudo direitinho. Eu já estou sendo acompanhada pela nutricionista daqui e ela disse que ia ter uma conversa com o pessoal com relação a esse controle com as grávidas diabéticas.

A questão do alimentar-se é algo que Clara retoma a todo o momento na sua fala, principalmente o alimento associado a um processo restritivo, “porque não é fácil a restrição”. Para ela, a princípio foi um choque, porque muitas coisas que ela gostava teve que parar de comer, “o mais difícil foi o chocolate”. Logo no início, quando “você é pego de surpresa é horrível”, mas hoje ela já lida muito melhor. “Não que seja fácil, mas já sei lidar melhor com essas restrições”.

Todas essas proibições, restrições e negações foram sendo sentidas por Clara e internalizadas, de forma que ela mesma se restringiu da vida, evitando sair pra “não cair na tentação” e devido à falta de vontade, “eu prefiro ficar em casa aqui, não tenho vontade de sair”. Às vezes ela ia no shopping, só que lá era um lugar que despertava a vontade dela comer tudo que não podia: “ai eu vou lá pra quê? Se eu não posso comer nada que tenho vontade... aquele cheiro do shopping já abre meu apetite. Por isso não saiu muito mais de casa e isso tá gerando em mim ficar muito fechada, não é bom também”. Quando ela tem coisa pra resolver na rua ela pede pro seu marido fazer e “ai eu fico no meu mundinho lá”.

Esse final de semana passado eu tive bolo pra fazer, ai eu me empolgo, faço e tal, mas vai passando os dias ai eu fico querendo ficar em casa, sabe? Eu não fico querendo ver o mundo. Eu sai... tem o quê, meu Deus? 11 dias que eu não vou na rua mesmo, 4 a 5 dias que eu nem saio, fico dentro de casa direto. [...] Então eu acho que to me restringindo demais, não é fácil não.

Todas essas questões envolvem o lado emocional e Clara sabe que quanto isso interfere nas taxas de glicemia, mas os seus olhos expressam o quanto é difícil se controlar até no que sente: “Tem essa ansiedade que a gente fica, por conta de todos esses problemas e isso mexe muito com o

emocional. Eu sei que tenho que me cuidar.” O que ameniza essa situação e onde Clara busca consolo e força é no seu seio família. “Graças a Deus eu tenho uma estrutura de família muito boa, um marido muito bom, que me ajuda muito, entendeu?”. Porque ela diz que se fosse depender da atenção e cuidado dos médicos para encontrar um apoio seria “muito complicado essa questão do atendimento individualizado aqui”:

O que é mais difícil pra mim às vezes é essa questão de às vezes esse atendimento. Por exemplo, eu acho que às vezes o médico atende você como mais uma e às vezes você vem naquela dificuldade, querendo falar eu acho que isso é uma porta aberta pra gente, pra falar dizer assim, poxa eu to sentindo isso, tem muitas que sentem muito mais. Eu, graças a Deus eu to lidando melhor, entende? Porque eu tenho minha família, que eu acabo lidando com essa parte emocional melhor, mas tem outros que não tem isso, tá grávida e o marido nem tá perto, ai já lida com a diabetes já lida com a restrição, ai né? Eu vejo isso como um ponto muito difícil a do acompanhamento, principalmente em mulheres que ficam internadas... eu já vi muitas ai que ficam, o marido nem vem, né? Ficam todos esses dias né? Ai tem esse lado emocional eu acho que mexe muito na taxa do açúcar também.

Clara conta que essa gravidez está sendo muito difícil pra ela, em relação ao cuidado, a sentir-se velha, à questão do financeiro, mas que ela está superando, “principalmente quando você tem a força maior do que todas que é Deus na sua vida. Eu to com ele na minha vida 24 horas e eu acho que é por isso que esse processo tá sendo mais fácil pra mim”.

A vida em família

“Então é uma menina, Eu já descobri, a terceira! Eu disse ao meu marido que vamos formar um harém em casa”. Entre sorrisos e gargalhadas Clara brinca com a situação, pois sabe que o que torna essa trajetória menos difícil pra ela é a sua família, “o que me dá forças hoje em dia pra eu acho que é mais a segurança familiar que eu tenho, né?”.

Mãe de uma adolescente de 17 anos e uma menina de 7, Clara e seu marido conseguiram criar um ambiente harmonioso e com muito amor, onde ela pode chamar de seu lar:

É bom quando a gente sai daqui do hospital e chega em nossa casa. Assim, eu digo por mim né? Porque sei que vão estar me esperando lá de braços abertos, minhas filhas e meu marido. Amo muito eles sabe? E sei que eles me amam também (risos).

O seu marido é o seu grande companheiro de todas as horas e quem ela conta para tudo: “meu marido tá aí o tempo todo, que me acompanha, que me ajuda no alimento [...] então isso me ajuda muito né?”. 52 anos, recentemente aposentado do trabalho de caminhoneiro, devido um problema na coluna que o impossibilitava de dirigir, ele é quem fica com Clara ajudando-a no que é necessário. Com tempo livre, ele é quem cuida, além dela, da casa:

[...] graças a Deus eu tenho uma estrutura de família muito boa, um marido muito bom, que me ajuda muito entendeu? Que olhe, eu acordo, ele acorda bem cedinho. Eu tenho 6h da manhã pra tomar insulina. Ele me dá a insulina no meu braço, ele me dá o remédio e eu fico dormindo. Ele leva a menina na escola aí quando ele chega eu vou, tomo meu café vou cuidando das coisas e assim, ele me ajuda muito, também contribui pra hoje eu tá me sentindo bem melhor.

Quando Clara descobriu que estava grávida levou um susto e pensou que o mundo ia desabar na sua frente: “Eu já tava com 42 anos, já com a vida praticamente formada, é...dificuldades financeiras e você sabe que não pode ter outro filho, aí vem...”. Quando ela contou pro seu marido, que foi o primeiro a saber, ele começou a pular de felicidade e alegria e disse: “vamos ficar juntos, a gente tá aí!”. Aí eles foram contar para as filhas e, para surpresa de Clara, as duas começaram a gritar e correr pela casa de alegria:

Eu fiquei quase uma hora sentada no sofá parada assim e elas lá, brincando, pulando, dando risada, aí eu: meu Deus, porque elas tão dando tanta risada se quem vai passar pelo processo todo sou eu?

Em pouco tempo ela começou a sentir sua barriga mexer e, de repente, ela já estava acariciando sua “Maria”, sorrindo e brincando junto com os outros: “Bastou sentir ela mexer... Que alegria senti no meu coração! Daí veio todo mundo correndo abraçar Maria, foi uma felicidade só”.

Eu só tenho a agradecer a Deus por ter me dado uma família tão boa! Ela que me ajuda muito... Se não fosse meu marido, minhas filhas e meus amigos também que me ligam, perguntam como eu to, dizem: ‘eu to aí, to com você, né?’ seria muito mais difícil passar por isso que to passando. Porque não é fácil não. Não é fácil, na gravidez não é fácil não. Porque você vê um bando de coisa assim que você não pode fazer que é difícil demais. Mas eu to levando...[...] Maria chega final de novembro pra começo de dezembro, tenho um quarto pra arrumar ainda, tenho que chegar em casa pra comprar logo as coisas, e é isso.

3.7. *Fechando as portas para a vida: Leidiane e o triste casulo*

Leidiane, 35 anos era casada e essa era sua primeira gestação. Suas expressões eram duras, mulher de poucas palavras e poucos sorrisos, a princípio não quis participar da entrevista, só depois de duas semanas que se aproximou de mim e pediu para conversar. Antes mesmo de iniciar a gravação seus olhos começaram a brilhar e lágrimas brotavam sem parar pelas faces rumo ao peito.

Ao ver aquela mulher chorando na minha frente, senti que muita coisa estava precisando ser posta para fora e as lágrimas era uma prévia das palavras que seriam ditas: transparentes e salgadas. (Diário de Campo. Anotações de 16 de Outubro).

“Se eu soubesse que tinha diabetes eu não teria engravidado”. Leidiane nunca desejou ser mãe e a gravidez veio de forma inesperada, sendo um choque para ela. Uma semana após a descoberta ela teve uma crise e foi parar na emergência do hospital:

Eu tive uma raiva e dessa raiva eu tive um sangramento. Ai foi ai que meu esposo me levou pra uma emergência e quando chegou na emergência demorou em me atender ai eu passei mal. Quando eu passei mal ai o menino pegou e falou assim, o enfermeiro fez: ‘você já fez o teste de glicemia?’ Ai eu: ‘não’. Ai ele: ‘ah, deixa eu fazer’. Ai ele foi que descobriu que eu tava com o açúcar muito alto. Então isso tudo de uma vez, né? Se eu não tivesse tido essa raiva, esse sangramento eu acho que nem saberia que tava diabética.

O resultado da glicemia deu 340⁷ revelando diabetes muito descompensada. Leidiane levou um choque e seu maior desejo na hora era não estar grávida: “Ai foi o susto, mas daí já tava grávida ai não tinha como mais, né? Interromper minha gravidez, por causa da diabetes.”. Foi a partir daí que se iniciaram as dificuldades na vida dela. Internação mensal pra fazer perfil glicêmico, mudanças na alimentação, “ter que parar de comer tudo que em toda minha vida eu comi”, perda da autonomia “porque agora eu não consigo mais fazer nada”, somado ao não desejo de ser mãe, “Eu nunca tive aquele sonho sabe? De ser mãe”.

E eu to... tem crises, ai é assim, um dia tá bem, outro tá mal [...] eu não gostei não... A minha experiência é essa, não é boa não [...] De bom não tem que falar nada. Que vou falar de bom? Não tem nada de bom não.

⁷ O normal é <100.

O fato de Leidiane não querer ser mãe torna esta gestação ainda mais sofrida, já que agora, além de mãe ela é diabética. “Quando você não tem vontade de ser mãe e aí a gravidez veio já com esse problema, tudo isso mexe com você, entende?”. Ela conta que teve que abrir mão de tudo por causa dessa situação, “tive que mudar minha vida toda”:

Abri mão de tudo. Hoje não trabalho, hoje eu não faço nada, tudo que eu faço agora é pensando na gravidez e na diabetes. Na gravidez mais porque se eu tivesse diabética eu poderia trabalhar normal, mas esperando filho eu não posso fazer todo tipo de trabalho. E aí eu fico aqui, aquilo tudo mexe comigo.

Essa sensação de impotência se revela em outras esferas, da vida de Leidiane, seja nos trabalhos domésticos, nas saídas de casa, na ida à maternidade. O desconhecimento do seu corpo e as alterações que ele sofria ainda eram indecifráveis para ela. As dores, tonturas, desmaios, enjoos, ela não sabe dizer se é devido à diabetes ou à gestação, mas ela percebe o quanto isto interfere negativamente em sua vida cotidiana:

“Aí hoje eu não consigo fazer as tarefas de casa mais, como fazia antes. começo a lavar minhas roupas tenho que parar, dá um cansaço nos braços, nas costas, tudo isso, aí tenho que parar, não consigo mais. Tem dias que eu não tenho força pra me levantar, quero ficar o dia todo na cama... e antes eu tinha disposição, trabalhava, cuidava da casa, fazia tudo. Hoje não, hoje amanheço o dia e tem dias que não levanto, fico na cama o tempo todo aí levanto só pra dar uma olhada no feijão mesmo e pronto, deito de novo. E aí... é difícil, é muito difícil.

Leidiane conta que agora não podia mais sair sozinha, sempre dependendo de alguém para acompanhá-la seja ao médico, seja num passeio, porque a qualquer momento ela sentia que pode desmaiar. Além disso, como ela vive no interior, em Entre Rios, para ir às consultas é necessário solicitar o carro da prefeitura e, devido ao mal estar que ela sente, normalmente as viagens são interrompidas causando constrangimento:

Pra vim pra aqui de entre rios eu dependo de um carro da prefeitura pra vim pra aqui, fazer isso aqui. Aí eu tenho que ficar ligando, pedindo um carro. tudo isso me deixa assim irritada. Às vezes eu venho no carro da prefeitura e quando chega um determinado momento me dá um mal estar, eu passo mal, aí o rapaz tem que parar o carro, eu tenho que descer, pra eu respirar... tanta coisa e aí eu acho que isso tudo tá assim sabe? É como se eu num...num... é aquela coisa que você não quer mas você tem que lutar por aquilo. Talvez seja isso que me deixa assim nervosa.

Esse nervosismo se revela tanto nas relações que ela desenvolve com a família, quanto no dia-a-dia, sendo reflexo das mudanças impostas pra ela e que está sendo difícil aceitá-las. “Muda tudo, tem que tá todo dia tomando insulina, se controlando, e sem contar com os cuidados mais assim sabe?”. A diabetes ressignificou a vida de Leidiane pois, devido às restrições e os cuidados alimentares que ela tinha que seguir, a sua vida social passou a ficar comprometida já que, com essa “nova vida” ela ficou impossibilitada de manter seu antigo padrão de comportamento:

Mudou toda a minha vida. Eu tinha uma vida diferente, eu tinha uma vida assim: eu saía com minhas amigas, com meu marido, eu curtia da balada, bebia e ai depois disso eu tive que mudar tudo. Não pude mais sair assim pra balada, pra beber, eu tive que... meus amigos também não são mais os mesmos, a alimentação... eu tive que parar de comer praticamente tudo. Hoje você sai e tudo aquilo que você gosta não pode comer, a verdade é essa. Você tem que abrir mão de tudo, de doce, da gordura, de tudo que você quer ali, os olhos veem, você quer e ai você sabe que não pode e sempre tem que ter alguém ali perto de você pra dizer: ‘não, você não pode’. É muito difícil.

Mesmo que Leidiane não queira ser mãe, ela sente a responsabilidade de carregar um filho na barriga e diz que ele é o motivo maior dela estar seguindo a dieta e todas as restrições que são postas:

Só quero o meu bebê com saúde e que eu possa me cuidar, que ele não venha a ter nenhuma sequela também, porque tudo que eu faço mais assim, apesar de não ser uma gravidez desejada que eu não quero e tudo, hoje eu não quero que venha com sequela, então se eu procuro me cuidar mais, essas coisas é pra que não venha faltar problema pro bebê. Porque o que eu evito hoje é por causa do bebê, porque talvez se fosse só por mim eu não vivesse assim nessa dieta que eu vivo.

Aceitar a situação era a estratégia que Leidiane usava para seguir adiante, com cabeça erguida “sem ficar me lamentando por aí”.

Eu acho que tudo também tem sua vantagem, se não fosse a gravidez eu não ia saber que tava diabética e tudo isso. Acho que tudo veio na hora certa. Ai pronto. Ai eu to ai. Vou ganhar neném e talvez quando ganhar neném, eu não sei, mude tudo, né?

“Nunca tive o sonho de ser mãe”

“Eu não tive o sonho de ser mãe, eu não vou falar isso assim porque mesmo que eu falar é o que meu coração tá dizendo”. Cada palavra dita por Leidiane revelava muita sinceridade, ao mesmo tempo que seus olhos também mostravam o quanto era difícil pra ela toda essa situação. Ela não pensou em interromper a gestação, por mais que não a desejasse, mas ao mesmo tempo não conseguia se acostumar com a ideia de ser mãe:

Às vezes eu falo pro meu esposo assim: ‘ah, porque se eu não tivesse grávida as coisas seriam diferentes, eu não taria aqui desempregada, sem trabalhar, querendo que você me dar as coisas. Ai ele fala: ‘ah, então você está arrependida?’. Ninguém entende que eu não sou feliz com a maternidade? Não sou, ainda não tive essa ideia de ser mãe, é uma coisa que eu não consigo, entendeu?’

Esta falta de compreensão coletiva, junto aos conflitos que ela está passando durante esta trajetória da gestação de risco gera um nervosismo nela, além de desânimo, tristeza e dor. “Tem dias que eu choro demais, é muita coisa”. Quem acaba sofrendo mais com o temperamento de Leidiane é sua mãe e seu marido, que sofrem as crises de nervosismo dela, tudo isso “por causa da gravidez, porque não foi uma gravidez desejada”.

Essa semana mesmo eu tratei minha mãe super mal, mal, mal que depois eu vim e me arrependi, entendeu? E sabe aquele momento que você mesmo sente que você foi dura e ela tava preocupada comigo, com o que eu tava sentindo, mas na hora eu tava tão mal que eu tratei ela mal e depois eu voltei, comecei a chorar e fiquei muito arrependida. Eu vi que ela não merecia aquilo e eu com tudo isso, né? Inclusive por não querer ter uma coisa e você ter que aceitar. Eu trato meu esposo mal também, depois me arrependo, peço desculpas. E é aquela coisa, quando você não tem vontade de ser mãe e ai a gravidez veio já com esse problema, tudo isso mexe com você, entendeu?

Lidar com a repreensão dos outros é o que mais machuca Leidiane, pois além de sofrer os seus conflitos, do seu mundo vivido, algumas pessoas a julgam por não estar feliz com a maternidade. Ela diz que tem pessoas que falam para ela “ai que você parece que não tá feliz com a maternidade, que você não queria filho, você não tem nada pra ser mãe, que não sei o que”. Ai isso a deixa além de chateada por estar escutando de pessoas que não compreendem a sua vida um julgamento culpabilizando-a por não desejar e desfrutar desta situação; ela se entristece ao

saber que “no fundo no fundo a verdade é essa”, que ela não consegue fingir que está bem sendo que “no fundo eu to preocupada... (suspiro) é isso aí”.

Não que seja uma gravidez: ‘ah, eu quero, que não sei o quê, era o que mais queria era ser mãe. Isso me deixa muito triste porque eu não tive planos de ter bebê... mas veio e deixa ver o que vai dar. Deus sabe o que é melhor pra gente e deixa ver...

CAPÍTULO 4. (CON)VIVENDO COM UMA GESTAÇÃO DE RISCO: EXPERIENCIANDO A MATERNIDADE DIABÉTICA

*"A esperança não murcha, ela não cansa, também como ela não sucumbe a crença.
Vão-se sonhos nas asas da descrença, voltam sonhos nas asas da esperança".
(Augusto dos Anjos)*

Neste capítulo estarão presentes alguns temas que apareceram de forma recorrente nas falas de todas as gestantes entrevistadas, sendo que busquei transparecer aqui a análise dos sentimentos, expressos através das palavras e dos gestos, por perceber que o indizível complementava o entendimento do mundo vivido e percebido pelas entrevistadas. As categorias que enfocarei mais serão: medo, incerteza, temporalidade, negação, rejeição, insatisfação, superproteção, solidão, insegurança, a fé e esperança, o amor, feminilidade, dentre outras que surgirão enquanto complementares a estas. Cabe ressaltar que esses sentimentos encontram-se, de tal forma, entrelaçados nos discursos que, buscando ordená-los, senti muitas vezes que as categorias reapareciam em movimentos ondulares revelando o seu caráter circular. Por isto, optei pela fluidez da escrita, sem deter-me especificamente aos temas separadamente.

“Se eu soubesse que tinha diabetes, eu não teria engravidado” (Leidiane, grávida, 35 anos).

Esta fala de Leidiane reflete bem a situação em que dois eventos disruptivos, a gravidez e a doença, convergem numa mesma trajetória, gerando sentimentos de angústia, medo, susto e choque frente às incertezas futuras. A gestação é um momento de transição da vida de uma mulher, já que há uma mudança de papel desempenhado socialmente, em que o eu-filha vai sendo substituído pelo eu-mãe, associado a uma ideia de consolidação da fase adulta.

Para Zittoun (2009), todo momento de transição implica em uma ruptura entre o indivíduo e o seu mundo vivido, ou seja, há sempre uma quebra no seu cotidiano. A ideia de transição e ruptura caminham juntas no sentido de que o indivíduo passa a reestruturar seu cotidiano buscando criar um senso de integralidade e continuidade, reestabelecendo, assim, a linearidade do curso da vida, que foi quebrada no momento da transição.

A gestação, mesmo sendo um evento esperado socialmente na trajetória das mulheres, representa um ponto de confluência de muitos sentimentos como ansiedade, fantasias, temores e expectativas, exigindo mudanças físicas e psicológicas no mundo vivido das gestantes, para a concepção desta vida que está sendo gerada. Quando associada a uma doença, estas emoções sentidas se tornam mais intensas e o medo muitas vezes passa a prevalecer frente aos prazeres que poderiam advir com a gravidez. Desta forma, os significados que a doença passa a assumir na

história de vida das gestantes têm implicações na vida cotidiana das mesmas, já que elas passam a ter de conviver com, e apesar da doença (CONRAD, 1987).

Falar em gestação faz o imaginário recorrer imediatamente a uma imagem de mãe feliz e protetora, imagem social que cada mulher, a partir de sua história, vai reconstruindo ou reforçando este papel cultural. Segundo Quevedo (2006), o imaginário feminino pode ser visto como constituído por imagens sobre a maternidade, imagens que são engendradas por significações psicológicas e sócio-culturais configuradas durante o seu desenvolvimento. Todavia, apesar das especificidades deste ser-mãe, a gestação é um evento esperado, natural, sendo assim, normativo, já que faz parte da trajetória linear de “toda” mulher.

Assim, revela-se como um momento de concretude e assimilação deste ser-mãe, sendo um evento marcante na vida das mulheres. Mesmo que não planejada, o desejo pelo filho após a descoberta da gravidez e o amor que muitas diziam já sentir pelo “bebê que ainda não nasceu” estavam presentes na fala de cinco gestantes:

Então hoje é uma menina, eu já descobri, a terceira! Eu disse ao meu marido que vamos formar um harén em casa (risos) [...] Hoje eu lido bem melhor, estou muito feliz com a chegada dela. (Clara, grávida, 42 anos).

No estudo realizado por Stasevskas (1999), ela observou que no grupo de mulheres entrevistadas, o ser mãe era percebido como um destino natural da mulher, e esse destino poderia representar uma mudança no *status quo* tanto em seu aspecto objetivo, que significa sair do seu papel de filha para o papel de dona-de-casa e mãe, como subjetivamente, significando um amadurecimento, um “tornar-se verdadeiramente mulher”, o que demonstra que a construção da identidade está fortemente vinculada à maternidade.

Há forte vinculação entre o significado de mulher e mãe, e isto passou a prevalecer no imaginário comum da sociedade. “A maior expectativa dirigida à mulher é que ela seja mãe e ela precisa ser mãe para se sentir mais mulher” (TAKEI, 2008).

Segundo Vieira (2004), essa adequação ao papel do que é ser feminina tem uma força na subjetividade das mulheres, as quais, apesar de inseridas em uma sociedade que luta pela igualdade de poder entre homens e mulheres, na hora de mudarem do status de mulher para o de mãe, a posição de mãe tem um peso maior na hierarquia social, em detrimento do papel de mulher.

Nas falas das mulheres, pude perceber que elas têm uma história, com experiências diferentes, mas anseios únicos que é o cuidar-se para cuidar do seu filho, sendo este o verdadeiro “papel desempenhado pela mãe”, como descreveu Bruna.

Mas isso num deixou de, de eu deixar de amar meu filho, sabe? Pelo contrario, esse é o que vou amar mais ainda porque assim, eu não quero que ele passe, eu não quero que ele passe por dificuldade, não quero que ele fique com problema nenhum, entendeu? (Bruna, grávida, 33 anos).

Segundo Badinter (1985), a associação entre a palavra *amor* e a palavra *materno* traz embutido um valor, ao mesmo tempo, natural e social. De maneira geral, todos pensam que o amor materno é inato à natureza feminina: primeiro a mulher tem que ser mãe e depois tem que amar infinitamente seu filho, e isto é um dos propulsores da natureza para a preservação da espécie e do bom encaminhamento da sociedade.

O “ideal” de mãe que prevalece nos discursos das mulheres ocidentais foi fruto das transformações sociais dos significados da maternidade e, desta forma, este conceito não deve ser reduzido a um caráter estritamente biológico (SORÉ e PARELLA, 2004). Carrol (2000) traz a ideia de que as construções culturais dominantes acerca da “mãe ideal” ou “boa mãe” sugerem que as mães devem estar intensamente e completamente focadas na criação de seus filhos.

Quando a gravidez é desejada e planejada, a felicidade é o sentimento predominante, considerado aquele que representa o significado de ser mãe, como expressa Bárbara:

Brinco, dou risada, não choro, tento não pensar muito nisso, que nada, que nada, vou levantar sim! Eu não quis isso? É assim, entendeu? Não acho tão... pra eu baixar a minha cabeça e chorar e ficar se lamentando da vida, isso não. Pra mim tá bom (risos). To feliz. Quero que nasça logo (Bárbara, grávida, 44 anos).

Costa (2002) pôde perceber em seu estudo sobre o significado da maternidade para gestantes de risco que a maioria das gestantes estava confiante e muito feliz com a gravidez, mesmo sabendo da existência do risco gravídico. A vontade de ser mãe, implícita nas falas das gestantes, mostrava o quanto as mesmas se cobravam para ter um filho e o quanto a “mitologia da gestação”⁸ estava inserida na vida da mulher.

⁸ Entendida por Badinter (1985) como uma tradição que acompanha a vida da mulher, desde os primórdios dos tempos, sendo que a sociedade, ou muitas vezes a “própria mulher” se cobra para ser mãe.

O caso de Bárbara ilustra bem o fato do desejo pela maternidade superar qualquer obstáculo do campo vivido – sentido através da doença crônica e da idade avançada- e do imaginário – através das incertezas, medo e do risco:

[...] fiquei um ano e 2 meses tentando engravidar mas eu não conseguia engravidar ai eu fiquei desesperada. Todo mês eu esperava a gravidez e nada. Ai depois eu me consultei com o médico, ginecologista lá do meu bairro ai eu perguntei pra ele se eu ainda tinha condições de engravidar [...]. Ai ele disse que eu tinha oportunidade ai ele me passou creme vaginal, eu usei e não engraidei [...]. Ai ele foi e falou: olhe, você tem condições de engravidar, você já teve filho? Eu disse: não. E seu esposo? Ai eu disse: ele já tem uma filha de 18 anos. Ai ele disse: então, já tem 18 anos, o problema pode ser nele e não em você. Ai ele disse: então vamos fazer isso, eu vou pedir pra você conversar com ele, pra ele fazer uma...é... fazer um espermograma, né? [...] Ai na semana que eu ia fazer, eu esperei descer e não desceu. Não menstruei. Ai eu dei mais um tempo, ai não desceu, eu comecei a sentir cólica, a sentir cólica a ficar enjoada. Ai eu disse: vou fazer uma ultrassom pra mim vê se eu to grávida. Ai eu fui fazer a ultrassom e quando chegou eu já tava com cinco semanas de grávida. (Bárbara, grávida, 44 anos)

Ao longo dos séculos a fertilidade sempre foi considerada uma bênção, um prêmio, sendo que para a maioria das mulheres, o desejo de ter filhos é tão forte, que o sentido da vida passa a ser a busca da concretização deste desejo através de um casamento (BANDEIRA, 2002). Stasevskas (1999) traz a idéia de que se ver ao lado de um companheiro contribui na construção da identidade feminina, desde muito cedo. A ideia de buscar um companheiro parece corresponder a uma tentativa de construir uma estabilidade familiar, ou seja, consolidar-se enquanto mãe nos moldes tradicionais de família nuclear, com mãe, pai e filhos. A questão de ser mãe sem a presença de um companheiro e o fato de ter de trabalhar para obter o sustento parecem fragmentar a identidade feminina desta mulher, como visto na fala abaixo:

Eu nunca pensei em ter um filho com qualquer homem e sem um futuro. Porque vim pra cá pra salvador, sou do interior, têm uns 20 anos que eu to aqui. Ai eu vim nova pra trabalhar ai eu disse: eu quero ter um filho, que meu filho estire a mão pra dar benção: benção meu pai e o pai: benção meu filho. Isso porque ter um filho de qualquer uma pessoa isso eu não quero. Ai por isso que eu só vim engravidar agora, porque achei a pessoa certa. (Bárbara, grávida, 44 anos)

Para algumas gestantes, o sonho de ser mãe é algo que existe e cujo significado está ancorado no imaginário feminino, como exposto acima. A situação de risco não as impedem de realizar o sonho, todavia, quando deparadas com a possibilidade real de perda/morte do bebê, surge o medo de que este desejo de ser mãe não se concretize.

Quevedo (2001) em sua pesquisa com gestantes diabéticas verificou que o diabetes melito era representado por elas como uma doença não fatal e que apesar dos incômodos que provocara, era possível adaptar-se a ela. Esta representação da doença não fatal associada ao desejo de ser mãe potencializou a vontade de Bárbara engravidar, já que a vida dela só passa a adquirir o “real sentido” após a gestação, por realizar um sonho e agora desempenhar seu papel de mulher:

Eu já tinha diabetes antes, aí eu tomava remédio pra diabetes só que eu não voltei a engravidar, queria engravidar, mas aí eu falava com os amigos e os amigos falavam que se eu tivesse tomando remédio pra diabetes que eu não engravidava, que eu abortava, que meu remédio era abortivo. Só que eu não me consultei com médico nenhum, eu fui e parei o remédio. [...] Agora sim eu posso ficar tranquila porque enfim serei mãe. Já tava muito preocupada porque já to com 44 anos e ainda não tinha conseguido ter meu filho. (Bárbara, grávida, 44 anos)

A pressão social e a exigência de que as mulheres estejam felizes com a maternidade que está por vir diverge do descontentamento que Leidiane e Luciana sentem da maternidade, revelando a outra face do ser mãe: a desconstrução do papel da mulher mãe a partir do não desejo da gravidez expresso em ações- através das tentativas de aborto ou manifestações de raiva do bebê - e sentimentos como tristeza, raiva e indignação, presentes nas falas e no corpo:

Não tem nada de bom não. Eu não tive vontade nenhuma na gravidez, em relação... Se você for falar com o pessoal, como te falei, se eu soubesse que era diabética eu não teria ficado grávida. Eu não gostei da experiência. [...] Eu não tive o sonho de ser mãe, eu não vou falar isso assim, porque mesmo que eu falar é o quê o meu coração tá me dizendo. Eu não tive vontade de ser mãe, em momento algum eu fiz nada pra interromper a gravidez, mas aquele sonho assim de ser mãe não teve comigo ainda. Até hoje eu não to acostumada não. (Leidiane, grávida, 35 anos)

Eu não queria, eu não queria veio – pausa - eu não queria, porque quando a gente quer, que planeja a gravidez é uma coisa, mas quando a gente não quer ter filho é muito difícil. (Luciana, grávida, 33 anos)

Segundo Badinter (2010), até a década de 1970, casar-se e ter filhos era parte do curso “natural” das coisas. Todavia, quando as mulheres passaram a controlar sua própria fecundidade e começaram a protagonizar suas trajetórias reprodutivas, a maternidade tornou-se uma decisão para a maioria delas.

A mesma autora afirma ainda que, depois que as mulheres passaram a controlar sua fecundidade, quatro fenômenos foram observados nos países ditos desenvolvidos: um declínio da fertilidade, um aumento na idade média com que as mulheres decidiam ter filhos, uma argumentação das mulheres em prol do trabalho fora de casa e da diversificação dos modos de vida femininos e o aparecimento de um novo modelo de casal sem filhos, ou da mulher solteira sem filhos. Portanto, tornar-se mãe deixou de ser uma questão de negócios ou de destino, de forma que a maneira com que as mulheres percebiam a maternidade mudou, tendo em vista que novos significados acerca do que é ser mãe emergiram (*ip cit.*).

Chaves (2011), em seu estudo com mulheres que optaram por não terem filhos, mostra que as mulheres que voluntariamente não têm filhos sofrem algum tipo de preconceito e são consideradas socialmente desviantes. Este evento não-normativo é incompreendido e muitas vezes não aceito pela sociedade, imprimindo nestas mulheres uma imagem de “desumanas”, que choca e gera mágoas, tornando esta transição ainda mais difícil:

Aí você chega até e depois tem gente que chega pra mim e fala: ai que você parece que não tá feliz com a maternidade, que você não queria filho, você não tem nada pra ser mãe, que não sei o quê. Ai eu fico chateada de ouvir assim, mas no fundo no fundo a verdade é essa, entendeu? (pausa) mas no fundo eu to preocupada... (suspiro) é isso ai.(Leidiane, grávida, 35 anos)

Para Badinter (1985), uma mulher ou um casal sem filhos sempre parecerá uma anormalidade a ser questionada. Eles são constantemente chamados a se explicar porque não tiveram filhos e quais seriam as razões viáveis para isto. Carroll (2000), ao entrevistar mulheres que optaram por não terem filhos, observou que as reações sociais relacionadas a esta decisão eram a suposição de que a mulher mudará de idéia, a de que a mulher se arrependerá de decisão, além da acusação de egoísmo. Segundo a autora, as mulheres que tinham certeza de sua decisão consideravam essas alegações extremamente frustrantes, pois sugeriam que elas não sabiam o que estavam dizendo, que seus julgamentos eram falhos, que elas não eram maduras o suficiente para tomarem tal decisão.

Cabe ressaltar que a descoberta da diabetes, tanto para Leidiane como para Luciana, ocorreu no momento do pré-natal, intensificando os sentimentos de negação e de inconformidade frente à situação, já que nas outras mulheres a negação da diabetes era ao menos contrabalanceada pelo desejo de ser mãe:

Quando eu descobri que tava com diabetes eu tava numa semana da gestação e aí eu não sabia. Quando fui fazer o exame no pré-natal vi que tava 340 [a glicemia]. Aí foi o susto, mas daí já tava grávida, aí não tinha mais como, né? Interromper minha gravidez por causa da diabetes. (Leidiane, grávida, 35 anos)

No sexto mês fui fazer os exames do pré-natal aí fui ver que tava diabética. Aí fiquei desesperada, chorei muito porque nunca imaginei que fosse acontecer logo comigo. (Luciana, grávida, 33 anos)

Um estudo realizado por Winkvist e Mogren (1996) mostrou que a experiência de ser diagnosticada com diabetes e vivê-la durante a gravidez pode ser entendida como um processo "de choque para o equilíbrio gradual". Quando a descoberta ocorre, elas sofrem um processo de ruptura ou quebra da continuidade biográfica, passando a repensar e reestruturar seus valores e suas crenças em diferentes esferas da vida.

As narrativas conduzem-me a concordar com o pensamento de Bury (1991) a respeito da doença crônica quando ele diz que é “uma experiência na qual as estruturas da vida cotidiana, seus significados e as formas de conhecimento em que se apoiam sofrem rupturas, conduzindo o enfermo a mobilizar recursos de diferentes ordens para enfrentar a nova situação, que inclui o repensar a sua biografia e a sua auto-imagem”.

Mudou tudo, mudou... e essa mudança não tá sendo muito legal pra mim porque... não tô conseguindo ainda me adaptar [...] Mas tem hora que é difícil e você chora mesmo, você chora mesmo, você que tá acostumada a ter sua dieta sadia, saudável, fazer tudo que você gosta, de repente ter que parar, mudar, né? (Bruna, grávida, 33 anos)

Percebe-se nas falas das gestantes os diversos sentidos atribuídos à diabetes e como eles são percebidos de formas singulares, para algumas é um retrocesso, uma reaprendizagem do viver, como revela Bruna: “Tá como se eu tivesse aprendendo a andar novamente”. Outras já sentem que não houve muita mudança e continuam seguindo a vida normalmente:

Eu levo uma vida normal, normal, normal mesmo. Eu vou pras festas, pras coisas e nunca parei desde o começo, levo minha vida normal mesmo. Assim, normal daquele

jeito, tendo que tomar a medicação certinha, que eu não posso tá tomando qualquer coisa. Mas fora isso não me interferiu em nada, uma vida normal mesmo, totalmente normal. Não tive que mudar nada, mudar nada por causa da gravidez com esse problema do açúcar alto. Não interfere não, de jeito nenhum. (Júlia, gravida, 33 anos).

Com o surgimento da enfermidade crônica, como aponta Lopez (2010) em seu estudo com indivíduos leucêmicos, diversas esferas da vida cotidiana se desestruturam, já que agora eles devem ressignificar o seu mundo para adaptar-se ao viver doente em uma sociedade “saúdável”. Esse pensamento é compartilhado por Castellanos (2011) que observou que a descoberta do diabetes implica em momentos de desestabilização do cotidiano, de forma que os pacientes devem, além de assimilar a doença individualmente, integrar essa nova condição em suas atividades diárias e suas redes sociais.

Para Bury (1991), o momento de ruptura biográfica representa uma reavaliação tanto âmbito individual, devido à perda dos significados atribuídos à sua identidade, como no coletivo, devido aos efeitos implicados na vida, no trabalho e nas redes sociais.

Mesmo que cada indivíduo perceba e signifique a descoberta do diabetes de maneira distinta, há uma tendência a negá-la inicialmente, tanto devido a experiências anteriores (relacionadas ao medo e perdas na família), seja porque surge como uma realidade inesperada, obrigando os portadores do diabetes a lidarem, de forma repentina e intensa, com essa nova condição de doente (CASTELLANOS, 2011).

Quando o diagnóstico do diabetes é dado junto com a notícia de uma gravidez (indesejada ou não planejada) a negação ocorre de maneira mais intensa, como visto no caso de Luciana que lidou com a descoberta da diabetes de forma muito dura e punitiva consigo e com seu filho, demonstrando o descontentamento frente à notícia:

Minha vida. Eu não podia ficar doente, tem os meus filhos, né? E eu to sozinha... (pausa longa). Tem muita coisa, muita coisa mesmo... eu xingava muito ele [o filho] com raiva, eu tinha muita raiva e descontava nele (pausa longa). Ninguém sabe o quê eu passo... 33 anos nas costas, desempregada, 5 filhas e mais esse aqui e a situação, eu sem trabalhar e o pai dele sem trabalhar também... é muito difícil. (Luciana, grávida, 33 anos)

O diabetes pode provocar uma diversidade de sentimentos, como angústia, medo, depressão, inferioridade, revolta, raiva, dentre outros, e que os possíveis fatores desencadeantes estão relacionados com a forma como é dada a notícia e as relações (e reações) familiares e dos amigos. Tudo que foi exposto acima influenciará no controle da doença. Brüggemann (2001) acredita que o medo, a ansiedade e as expectativas têm origem nas experiências vividas anteriormente pela mulher e nas informações recebidas.

Nas sete narrativas analisadas, o risco evidenciado a todo momento nas falas, através dos medos e ameaças que elas sentiam, influenciava a maneira como cada gestante passava a se perceber no mundo e sentir este momento de transição:

Mas tenho medo de meu filho nascer que nem eu, entendeu? Com o mesmo problema que eu. Aí, eu to com medo.(Milena, grávida, 18 anos)

Tem a coisa da gravidez que eu penso muito entendeu? Aí eu penso na diabetes, penso na gravidez, penso na minha idade que o pessoal fica dizendo que é gravidez de risco, aí eu sempre fico é... com medo assim. (Bárbara, grávida, 44 anos)

Para interpretar, dar sentido e lidar com a maternidade de risco, ou seja, lidar com o medo da morte, as mulheres se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas de referência interiorizadas, que depende dos grupos sociais e culturais aos quais estão inseridas, bem como em experiências individuais com a doença, principalmente do contato anterior, em especial os casos familiares.

A diabetes pode trazer a morte, né? Porque minha mãe mesmo ela faleceu porque não seguia as regras. (Luciana, grávida, 33 anos)

Na minha família os dois lados da família já tem, o lado de pai e o lado de mãe. E aí eu não tinha o que fazer, não. A gente não tinha muita informação do problema. Eu mesmo, minha mãe me levou pro médico, até porque ela não teve assim, quem tinha era a mãe dela, meu pai também não, quem tinha era a mãe dele, e aí eles não tinham tanta informação também. Agora eu não sei se eu tendo já meu filho pode vir a ter também, nascer já assim, entendeu? Mas depois que eu passei a saber das coisas que eu começo a ter assim essa preocupação. (Júlia, grávida, 33 anos)

Bruna narra seu relato com muito pesar e tristeza, devido à recente perda de sua mãe pela diabetes. Por ter sido sua cuidadora, ela conviveu com o sofrimento, a progressão dos sintomas e

as dificuldades enfrentadas pela sua mãe e também por outros familiares, gerando muito medo e receio das incertezas e malefícios decorrentes da doença.

Aí foi aquela historia de família, né? Que minha mãe era diabética, foi atingida a vista, perdeu a visão com aquela diabetes alta, o rim, o pulmão. Ela fazia hemodiálise, né? Que ela tinha insuficiência renal crônica, né? E pulmão, atingiu o coração e o pulmão, que a minha avó, mãe dela que é diabética também, feriu o pé e ficou logo de cama. Tudo que ela pensava que era pomada, remédio ela botava e aí em vez de ficar fechar foi abrindo, abrindo a ponto que virou uma... Uma úlcera. Essa úlcera quando o médico começou a fazer um exame mais sério, ele pensou que tava fazendo câncer, ela teve que amputar a perna. [...] Aí minha tia, a irmã dela que tá com 39 anos, 3 filhos e tá também com diabetes que tá atingindo também a visão. E meu irmão, que tem anemia falciforme, agora também descobriu que é diabético e tá tomando já insulina. E veio que me acabo..., já de família, hereditário e que agora eu preciso mais me cuidar, mais ainda, né? (Bruna, grávida, 33 anos)

A mulher que tem conhecimento de pertencer a um grupo de alto risco devido a sua história familiar também está propensa a desenvolver um perigoso desgaste psicológico. Este desgaste ou estresse psicológico advém do medo ou ansiedade e das incertezas do dia-a-dia na convivência com “um fantasma” que está sempre a ameaçar sua saúde (VIEIRA, 2004). Caso similar foi experienciado por Bárbara, o que torna compreensível o seu cuidado e o medo que ela sente da morte, expresso através do seu corpo e na sua fala:

Porque a doença eu já sei como é que é, entendeu? Eu já vi a dificuldade de minha mãe e meu pai também tem, meu pai e minha mãe e agora vem eu. Eu tenho um irmão também e eu sei que é difícil, minha mãe já falava pra mim que é muito difícil que a gente tinha que ter muito cuidado, muito cuidado. E eu já vi também alguém morrer por causa disso, tem a família dela, no começo alguns já foram por causa de diabetes, já vi alguém amputar perna, essas coisas, entendeu? (Bárbara, grávida, 44 anos)

O estudo realizado por Silva, Santos e Parada (2004) observou que no grupo de gestantes de alto risco os principais temores das gestantes eram aqueles relacionados à doença e ao bebê. Vários autores argumentam que existem fatores físicos e emocionais que influenciam as modificações psicoafetivas da gestante e, assim, são comuns os receios relativos ao parto e estado do bebê ao

nascer, de perdas e malformações, prematuridade, enfim, de que a gestação não alcance um bom resultado. Esses sentimentos entre as gestantes de risco podem estar exacerbados.

Assim, sentimentos conflituosos e confusos passam a interferir no significado do *ser mãe* para as gestantes de risco, expressos na ambivalência entre o desejo da maternidade e o medo das complicações que este evento pode trazer tanto para sua saúde quanto para de seu bebê.

*Não sei (chorando), [...] por mim eu estou bem. Mas tenho medo de meu filho nascer que nem eu, entendeu? Com o mesmo problema que eu. Aí eu to com medo.(pausa)
(Milena, grávida, 18 anos)*

Tenho que fazer isso porque ou eu faço ou o prejuízo vai ser muito mais pra mim, né? É minha vida que ta em risco, minha saúde, né?(Clara, grávida, 42 anos)

O que se percebe é que cada mulher tem uma história, com experiências diferentes, anseios únicos e, quase sempre, repletas de incertezas e medos. O risco iminente reforça esses sentimentos, como descrito por Montgomery (1997, p.152):

As fantasias de risco de morte durante o parto ou de deformidade do bebê, são tão reais para as mulheres de hoje quanto para as que viveram séculos atrás. Isso, com certeza, acontece porque em uma situação de perigo real ou imaginário o nosso instinto predomina sobre a nossa razão. Ou seja, o nosso psiquismo não acompanha com a mesma velocidade as modificações sociais, técnicas e científicas.

Segundo Zampieri (2001), a vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade. Não é apenas um evento biológico, uma vez que envolve transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez.

O fantasma da morte convive diariamente no imaginário destas gestantes e uma relação íntima com o medo e a angústia se estabelece. Se pensarmos na variedade de sentidos (até mesmo em um sentido pejorativo) que podem ser atribuídos à palavra risco (complicação, alteração, anormalidade, evolução desfavorável), se torna mais fácil compreender o medo de Bárbara e das outras gestantes e a ambiguidade de sentimentos que o diagnóstico de risco pode evocar na mulher.

Segundo Vachod e Santos (1996), a gestante de alto risco percebe o feto de várias maneiras: como vida, possibilidade de morte, amor, dificuldades e como algo estranho (que representa o medo do desconhecido).

Agora eu to mais perto assim, só quero o meu bebê com saúde e que eu possa me cuidar, que ele não venha a ter nenhuma sequela também. (Leidiane, grávida, 35 anos)

Daí a coisa que eu fico mais com medo é isso, eu fico pensando que tem às vezes crianças que já nascem com o açúcar alto, porque pra uma pessoa adulta perceber que não pode, que não deve já é quase impossível, uma criança? Pior ainda! Aí eu fico com muito medo. (Júlia, grávida, 33 anos).

A ideia de cronicidade que advém da diabetes traz à tona a questão da temporalidade que é sentida em todas as narrativas, o que intensifica a resistência à aceitação da enfermidade, como sentido por Bruna e expresso através destas palavras: “Eu sei tudo isso; que vou passar a vida inteira com essa diabetes”. A iminência constante de complicações que podem irromper inesperadamente e a crise latente que é um traço inerente às doenças crônicas (CANESQUI, 2007), acompanham o curso do diabetes, provocando incerteza quanto aos acontecimentos futuros.

Para Good (1994), a perda de horizonte temporal, devido o surgimento de uma enfermidade crônica, torna difícil avaliar e compreender os sintomas da enfermidade e seus eventos, pois a falta de um “final”, devido às incertezas futuras provocadas pelo surgimento da doença, gera um problema central em relação às narrativas: elas estão sempre buscando um sentido. Assim, a narrativa da enfermidade é construída a partir da possibilidade de um final novo ou diferente, o que significa que a enfermidade é sempre ambígua, uma negociação contínua. Isto pode ser notado nas falas das gestantes em que os sentimentos de desejo, medo, incerteza, felicidade, resiliência, abnegação convivem mutuamente reforçando a tentativa que cada uma tem de buscar um sentido ao que estão experienciando:

Eu to mais levando porque não tem outro jeito, não vai mudar. porque tem isso mesmo e agora eu vou ter que seguir uma nova mãe, né? [...] vou ter que ter um novo ritmo, me adaptar a essas novas coisas que vou ter que fazer e seguir agora essas regras, pro meu bebê [...] mas sei que vai ser muito difícil, mas eu vou chegar lá, vou dar a volta e vou chegar lá.[...] a gente tem que andar porque tem que levar que a vida é essa aí mesmo, não tem outra.(Luciana, grávida, 33 anos)

Então assim, eu não sei daqui pra frente... Aí é assim, um pouco complicada, mas eu to tentando encarar, eu não vou encarar ela como uma doença (é...) sem cura, uma doença incurável, porque é assim... a gente fala que se você não pode (é...) vencer o inimigo, se alie a ele.(Bruna, grávida, 33 anos)

Eu percebia na fala das entrevistadas que a incompreensão acerca do que as levaram a adoecer gerava muito desconforto e ansiedade, num conflito interno em buscar aceitar algo que para elas era naturalmente negado. Para Adam e Herzlich (2001), os doentes crônicos buscam um sentido à sua enfermidade através de perguntas como: “por que isto está acontecendo?”, “por que comigo?”, “por que agora?”, na tentativa de encontrar respostas às suas incertezas.

As explicações causais do diabetes incorporam parte daquelas veiculadas pela medicina oficial, mas não sem um trabalho reflexivo de ressitua-las e complementá-las. A hereditariedade, por exemplo, aparece nos depoimentos receosos, referindo-se aos fatores herdados, mas que não respondem o “por que tocou a mim?” o que reflete a busca de sentido para o fato de ter desenvolvido o diabetes em meio a outros familiares que não apresentam a enfermidade.

A falta de coerência entre as várias explicações causais, quando aplicadas a um caso concreto, pode fazer com que o adoecido tome o aparecimento do diabetes como inevitável (QUEVEDO, 2006).

Ai meu Deus, porque eu deixei que acontecesse isso agora, ai eu fico pensando assim. (Bárbara, grávida, 44 anos).

Eu fico toda hora pensando por que eu? O quê que eu fiz pra merecer isso? (Bruna, grávida, 33 anos).

Estas dúvidas geram negações frente a esta experiência, o que torna esta trajetória muito sofrida e uma busca incessante de respostas. Soifer (1992) afirma que toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre uma tentativa maternal e outra de rejeição (desejo e contra-desejo). O mecanismo de defesa mais útil para resolver o conflito é a negação. Outro estudo realizado na Suécia por Johansson, Ekebergh e Dahlberg (2008) mostrou que quando o desequilíbrio corporal é sentido como diabetes, essa nova condição pode ser reconhecida e por fim ser aceita, mas a aceitação é possivelmente uma reconciliação ilusória ou falsa que os sujeitos encontram para conseguirem seguir em frente. Apesar de terem sido diagnosticados com diabetes, os sujeitos do estudo queriam continuar seguindo as mesmas rotinas e vidas, embora agora carreguem uma doença.

Mas também foi muito difícil porque eu ainda não to aceitando essa diabetes.(Bárbara, grávida, 44 anos)

Eu ainda não falei assim, eu não abri a boca pra falar assim: eu sou uma pessoa diabética. Ainda não consegui encarar isso, ainda não consegui chegar pra falar isso. (Bruna, grávida, 33 anos)

Em diabéticas, a gestação acaba intensificando alguns sintomas da doença e a relação com o corpo passa a se estabelecer desde um sentido de doença e não de normalidade. O mergulho num mundo seu, íntimo, que é o seu corpo, passa a representar um espaço desconhecido e de muita vigilância já que sensações que são experimentadas e que são familiares, agora são percebidas enquanto sintomas da doença, imprimindo risco ao bebê.

O fato do diabetes ser entendido, simultaneamente, como *doença/não doença*, se reforça por requerer tratamento, ser considerado grave (por profissionais e leigos), perene e irreversível; ao mesmo tempo em que é silenciosa, assintomática e invisível, em alguns períodos. Esse caráter “virtual”, no entanto, é quebrado pelos mal-estares ocasionais, pelas complicações evidentes (cegueira, amputação), pela objetividade dos exames, pelas idas regulares ao médico, pela vigilância imposta em situações de sociabilidade em que é comum o compartilhamento de alimentos; contribuindo para dar visibilidade ao problema (OLIVEIRA, 2008; QUEVEDO, 2006; BARSAGLINI, 2006).

Dessa forma, o diabetes se apresenta como categoria ambígua (DOUGLAS, 1976) localizada em domínios diferentes e incompatíveis, às margens das normas, causando estranheza, insegurança, inquietação e ameaça podendo se converter em fonte de perigo. Nesse sentido, Barsaglini (2006) observou em seu estudo que as entrevistadas se referiam ao diabetes como uma doença *ingrata porque deixa seqüelas se a pessoa não cuidar* ou *traíçoeira, que está quieta e quando você menos espera pode complicar*, o que embute a crise latente e a constante incerteza quanto aos acontecimentos futuros, ainda que o sujeito esteja sob tratamento. Neste estudo, pôde-se perceber isto através da associação que algumas gestantes fizeram da diabetes com a falsidade, imprimindo uma ideia de armadilha e perigo advindos da doença:

Porque as meninas falaram que a diabetes é muito falsa, meu medo é isso, tenho muito, muito medo. (Luciana, grávida, 33 anos)

Porque assim, a gente se sente outra pessoa, porque foi tão simples a tontura que eu senti e... se ela não tivesse falado: 'Bruna, qualquer coisa que você sentir mande me

chamar'. Eu não ia nem saber que tava com açúcar alto, eu ia pensar que era uma tontura normal por causa da gestação mesmo. Mas não era, era açúcar alto. Daí ontem de noite eu senti tontura de novo, mas ela tava baixa, tava em 95, entendeu? Então assim... a diabetes ela é falsa, ela é.. eu falo assim, eu chamo ela de uma doença falsa porque um sintoma que você sente, você acha que pode não ser nada e já é ela baixando ou aumentando. E aí é que no meu caso, meu risco de perder o bebê é muito fácil, viu? (Bruna, grávida, 33 anos)

Na sua relação com o mundo, a gestante percebe as modificações no seu corpo através dos sentidos, do contato direto com as coisas, por meio do olhar, do toque, enfim do corpo como um todo. Agora grávida, esse corpo sente as mudanças, o desconforto físico, as sensações intensas e a presença concreta do bebê. O corpo é o meio de nossa comunicação com o mundo. À medida que experimentamos a vida fluir no tempo, nosso corpo vai se refazendo, se reconstituindo durante a existência. Ou melhor, o corpo está sempre sendo.

Segundo Lopez (2010), através da experiência da enfermidade, o corpo manifesta sofrimento. Se a saúde é percebida como a ausência de qualquer dor ou mal-estar no corpo, pode-se dizer que o corpo é o mediador entre o ser e sua enfermidade. Dessa maneira, o corpo é entendido como o entrecruzamento entre a natureza e a cultura, desempenhando um papel de colocar os sujeitos em contato com o mundo.

Entre as entrevistadas pode-se perceber que as mudanças percebidas e sentidas no e pelo corpo revelam também uma atenção ao corpo dos outros, já que os significados e as percepções do corpo dessas mulheres são, além de subjetivas, intersubjetivas. Desta forma, o corpo passa a revelar-se distinto do habitual e desperta sensações desconhecidas, passando a ser desvelado à medida que a gestação e o diabetes vão dando os seus sinais, convertendo o corpo em um objeto de intervenção e cuidado.

Cabe ressaltar que esse corpo está metamorfoseando-se, juntamente com as gestantes, e a percepção de uma vida intrauterina vai se tornando cada vez mais sensível e despertando diversos sentimentos. O nosso corpo percebe as nossas intenções, ele diz muito dos nossos pensamentos, por meio das palavras e dos gestos. Ele nos permite vivenciar o tempo e tornar real o espaço. Na gravidez, a percepção do corpo possibilita à mulher ir concebendo a existência do bebê, através dos movimentos fetais, das mudanças fisiológicas sentidas no seu corpo.

Se o neném mexe eu: ai tá mexendo demais. se para de mexer: ai que parou de mexer. Meu marido que fica me acalmando: se acalme... não é bem assim... você não tem

experiência ainda, entendeu? Mas... pra mim tá ótimo (risos). (Bárbara, grávida, 44 anos)

Essas alterações corporais, que são interpretadas como sintomas da doença, e suas influências na normalidade vivida por estas gestantes são intensificadas durante o período de internamento, já que todas são “pegas de surpresa”, como expressou Milena, sendo este evento um importante marcador e legitimador do estado de enfermidade e risco, que por muitos momentos eram mascarados ou negados pelas entrevistadas.

Ta sendo difícil [o período da gestação] porque sei lá, não... eu mesmo não imaginaria que eu ia precisar ficar internada pra poder... porque assim, a médica falou que eu poderia engravidar tudo normalmente, mas não sabia que precisava ficar internada, pra controlar açúcar, entendeu? (Milena, grávida, 18 anos)

De primeira ele me deu logo um internamento: meu Deus!! fiquei desesperada, 16 dias internada aqui e assim, minha vida, eu trabalho com doces, faço bolo decorado de casamento, então meu ganha pão é esse. Aí o que mexeu mais comigo foi isso que eu tinha que ficar presa. Eu trabalho com contrato, então nesse período eu não pude fazer nada. (Clara, grávida, 42 anos)

A gravidez de alto risco associada à hospitalização prolongada é considerada um estressor psicossocial. A internação constitui-se em um evento importante para a gestante e sua família. Dessa forma, a hospitalização adquire um papel central na concepção do ser doente, em que as gestantes passam a experienciar o risco real que vivem, deixando para trás o mundo circundante que lhes é tão familiar. De acordo com Tedesco (1999), a hospitalização pode ser tomada como o principal dos cuidados obstétricos dispensados à gestante de alto risco, mas devido ao seu caráter intrinsecamente estressante, representa verdadeiro desafio adaptativo à grávida e à sua família, isto porque representa a conscientização da doença e suas consequências.

Pessoa (2008), mostra em seu estudo com gestantes diabéticas que, ao vivenciarem o mundo hospitalar, se torna necessária uma outra apropriação do seu *ser* neste mundo em que ela passa a desenvolver mecanismos que possibilitem viver consigo mesmas, aceitando o seu estado patológico e com os outros, desenvolvendo laços de cumplicidade e de transferência entre as hospitalizadas.

Eu ficava com muito medo de ver, porque ela [Izadora] é tão legal com a gente, tão doce, então ela foi e eu chorei, né? Porque assim, sabe? Eu falava assim: ô Iza, e não

quero que você tenha alta antes de mim. Eu quero saber que você saiu. Porque eu tenho medo de eu sair e você não achar uma colega de leito que cuide de você. Ela: poxa, Bruna, você é a irmã que Deus colocou no meu caminho. (Bruna, grávida, 33 anos)

Eu tinha que de qualquer forma comer aquele mingau, [...] aí a minha colega de cama pegou o mingau dela e trocou comigo que eu queria porque queria o açúcar mesmo. Aí fui e tomei. (Júlia, grávida, 33 anos)

Por essas falas nota-se que muitas vezes essas mulheres ancoram-se umas nas outras como estratégia para buscar força e seguir em frente. Todavia, esse contato íntimo no hospital pode desencadear medos decorrentes de experiências negativas vividas por alguma gestante, como foi o caso de Milena que presenciou um aborto espontâneo da sua companheira de quarto e isso marcou sua experiência:

Com as coisas que a gente ver aqui, principalmente no quarto que eu tô agora, já teve 3... 3 mulheres perderam o bebê. Ai fica com aquilo na mente da gente também, perder o nosso... Entendeu? Ontem mesmo teve uma que teve no vaso, teve no vaso... e a gente viu ai ficou com aquilo na mente, na mente, na mente. Ai dá um medo da gente tá aqui e perder o nosso também. (Milena, grávida, 18 anos)

Oliveira (2008) em seu estudo com gestantes de risco observou que o contato com o ambiente hospitalar e com outras gestantes que tem o mesmo problema de saúde e que tiveram perdas gestacionais, gera uma transferência de identificação e apropriação das perdas por elas, “ou seja, instaura-se a lógica de que ‘se aconteceu com outra gestante pode acontecer comigo também’”. O medo, então, passa a presentificar-se de maneira sutil ou de forma marcante na vida destas mulheres, roubando delas a paz, o sossego, a tranquilidade.

Na tentativa de buscar respostas para aliviar o medo e diminuir as incertezas, colaborando no processo de construção de significados e de sentidos à maternidade, fica claro nas falas das entrevistadas o papel dos profissionais de saúde, que ganham espaço e credibilidade, especialmente no que tange ao sentido do *risco* que já está impresso no rótulo dessas gestantes:

Ai a médica disse: ‘não fica assim não, fica assim não, vai ser melhor pra você’. Ela perguntou se eu tava sentindo alguma coisa. Realmente eu não sentia alguma coisa, eu falei não. ‘Porque você já tava tendo hipo, tá vendo se eu liberasse você, com o açúcar dando 44, quem garante que você caia e ia conseguir acordar?’ Porque realmente eu não sentia nada e deu 44. Ai ele falou: ‘se o seu açúcar dá 44, como é que deve ta o seu

filho? Porque quando seu açúcar tá baixo o dele tá mais baixo do que o nosso'. Ai tudo bem, eu entendi. (Milena, grávida, 18 anos)

As doenças sendo tomadas como objetos concretos, esvaziados de significado social, cultural ou psíquico, fazem com que frequentemente o médico (e os profissionais de saúde, por extensão) as veja de modo diverso das preocupações dos pacientes. Porém, como esses, os profissionais veem o mundo informados por elementos ideativos, simbólicos que permeiam a sociedade e o tempo em que vivem, de modo que na sua prática podem adotar condutas próprias nas quais as evidências teóricas são filtradas, simultaneamente, pela sua experiência e representações, muito embora estejam sempre “protegidos” pelo escudo da racionalidade científica (BARSAGLINI, 2006).

Como aponta Camargo Jr. (2003), apesar do discurso generalizante, o tratamento continua sendo uma instância individual, quer se pense em médico (cada médico tem a sua conduta), quer se pense em paciente (para cada paciente a conduta de um mesmo médico pode ser variável).

Todavia, a *ordem médica* impõe-se por si mesma, estando presente em todos os estágios e momentos da nossa vida, com autoridade legal, pois, “mais que a eficácia da medicina, é a sua cientificidade que constitui lei. Ninguém contesta que o saber médico, ao menos em parte, seja verdadeiro e verificável; à maneira de uma crença que, mesmo transfigurada, ultrapassa de longe a crença em qualquer religião que seja” (Clavreul, 1983: 40-1, *apud* BARSAGLINI, 2006).

Os discursos evidenciam a confiança que essas gestantes depositaram nos profissionais de saúde. Outro aspecto visualizado diz respeito à importância das informações que essas gestantes receberam para minimizar suas dúvidas e ansiedades a respeito de sua condição de risco.

Aí, eu assim, chamei ela, doutora Melina, e conversei com ela. Falei assim: doutora, qual o risco que eu tenho com meu bebê? Ela disse: mãe, o risco que você tem é alto, porque se você tinha hipoglicemia, seu açúcar vai baixar e aí a gente pode controlar com você, a gente pode tá aplicando glicose e aí seu açúcar subir, mas o bebê vai ser muito mais difícil a gente saber como é que ele tá, se o açúcar dele tá bom, se tá alto, se tá baixo, aí pode acontecer de seu bebê falecer no útero, assim sem saber, sem a gente perceber. (Bruna, grávida, 33 anos)

Gomes (2001) alerta para a necessidade de se abordar a gravidez de risco sob uma perspectiva interdisciplinar. A gravidez em si já coloca a mulher numa situação de fragilidade sujeita ao processo de medicalização, visto quase sempre apenas como uma ação centrada na condição orgânica em si. Quando acrescenta a este fato a idéia de risco, reforça-se a medicalização e a

passividade da mulher frente a algo que possivelmente pode lhe ser adverso, mas necessariamente não será.

O desenvolvimento da ciência e da medicina atrelada a ela teve consequências ao cuidado das doenças e à condição dos doentes de hoje, pois “estar doente significa ‘estar sob cuidados’: o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamentos que o paciente deve fazer condicionam a sua cura e, também, estruturam sua percepção e experiência da doença” (ADAM E HERZLICH, 2001, p.44).

O discurso médico e as experiências anteriormente vividas por essas gestantes torna o medo mais presente devido ao sentido atribuído ao risco que deixa de permear o campo abstrato do imaginário e passa a adquirir sentido real,

Agora eu não sei se eu tendo já, meu filho pode vir a ter também nascer já assim, entendeu? Mas depois que eu passei a saber das coisas, que eu começo a ter assim essa preocupação. (Júlia, grávida, 33 anos)

É importante considerar que, referindo-se ao cuidado da doença, os sujeitos produzem e reproduzem conhecimentos e práticas médicas existentes no meio sócio-cultural ao qual formam parte e, na sociedade contemporânea há uma tendência à valorização de um saber biomédico, focalizado mais nos impactos fisiológicos, dissociando o corpo das emoções.

As diferentes vozes que atuam nesse cenário de risco/controlado (sejam os profissionais de saúde ou os familiares, por exemplo), influenciam no comportamento assumido por essas mulheres, no que se refere, principalmente, ao cuidado de si. O discurso dos profissionais acerca do cuidado está pautado na lógica da medicalização do corpo, refletindo a dimensão fisiológica da gestação de risco. Já na família geralmente o cuidado se expressa mais através da dimensão simbólica, pois a representação do “cuidado de mãe” relaciona-se muito aos sentidos e aos aspectos sócio-culturais, não descartando a possibilidade de haver interação com o discurso biomédico. Então, estas diferentes vozes estarão atuando e interagindo dialeticamente com o campo simbólico da gestante, gerando um novo posicionamento enquanto mãe/filha/paciente, em que há uma re-significação, a partir da sua condição de risco, do seu cuidado.

A doença e a experiência que ela representa transcendem em muito a simples esfera do médico e cumprem o papel de todos os lugares da vida social. Isto é particularmente verificável no caso dos doentes crônicos que, para poder lidar com sua condição, não encontram apenas os médicos em seu caminho, mas uma multidão de outros atores disseminados em todos os lugares da vida social. (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 121)

Segundo Bastos et al. (2011), “o cuidar possibilita e implica integralidade, constrói as subjetividades e suscita a autonomia”. Esses autores relatam em seu estudo que o cuidado está se tornando cada vez mais técnico, fragmentado e médico-centrado, havendo a perda da relação de horizontalidade entre a equipe de saúde e o paciente diabético. Eles apontam que o cuidado deve atender às demandas subjetivas do sujeito, perpassando a dimensão objetiva da medicina.

Os profissionais de saúde, através de discursos marcados por ordens e ditames que visam transferir a responsabilidade do cuidado de si e do bebê para as gestantes, corrobora com a culpa e o constante estado de vigília frente ao seu corpo e aos seus desejos, tornando mais difícil este momento. Aliado a isto, a introdução da insulina reforça o estado de doente e o medo frente à situação de risco concreto.

Como agora eu mesmo to, eu to com medo de ficar dependente da insulina porque já... Eu não precisei tomar insulina. Já agora eu tomei e assim em jejum a insulina deu 97 ai em jejum já deu 130 que foi quando diagnosticou a diabetes, sabe? E assim... na sexta-feira a médica aumentou a dosagem que eu tava tomando 10 de manhã e 5 à noite, ela aumentou a dosagem, né? (Bruna, grávida, 33 anos)

A sociedade ocidental vem sofrendo um processo de medicalização, cujos efeitos podem ser percebidos no campo político, econômico, social, cultural, ideológico, etc., revelando-se mais complexo do que apenas um aumento de ofertas de serviços e tecnologias médicas (DONNANGELO, 1979; TESSER, 2006). O saber médico passou a normatizar diversos setores da vida individual e coletiva e, assim, a institucionalizar a dor e o adoecimento através da legitimação da saúde e da doença. “A partir desse momento, nos países desenvolvidos, estar doente significa ‘estar sob cuidados’: o diagnóstico, as receitas do médico, os exames e tratamentos que o paciente deve fazer condicionam a cura do paciente, mas também estruturam sua percepção e experiência da doença” (ADAM E HERZLICH, 2001, p. 44).

No entanto, no caso das gestantes diabéticas, há algumas esferas do campo social, relacionadas ao simbólico, que resistem a esse pensamento hegemônico do cuidado médico, ocasionando conflitos entre o desejo e o controle. Isto ocorre nos cuidados focados, principalmente, nas práticas alimentares, já que, mesmo que haja uma conscientização acerca da necessidade de seguir um controle rígido da alimentação, o sentimento que prevalece é de ambiguidade entre o *querer* fazer e o *poder* fazer, repercutindo, às vezes, de forma negativa na gestação.

Segundo Delfino et al. (2004), as ações de saúde que são desenvolvidas nos espaços hospitalares não propiciam um acolhimento aos anseios e sentimentos de ansiedades e temores, associados à gestação e intensificados numa gestação de risco. Dessa forma, os profissionais de saúde passam a conduzir suas terapias e atendimentos de maneira intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade.

O que é mais difícil pra mim às vezes é essa questão desse atendimento. Por exemplo, eu acho que às vezes o médico atende você como mais uma e às vezes você vem naquela dificuldade, querendo falar eu acho que isso é uma porta aberta pra gente, pra falar dizer assim, poxa eu to sentindo isso, tem muitas que sentem muito mais. Eu, graças a Deus eu to lidando melhor, entende? [...] Eu vejo isso como um ponto muito difícil a do acompanhamento, principalmente em mulheres que ficam internadas... (Milena, grávida, 18 anos)

Oliveira (2008) diz que em situações de risco e o consequente internamento, faz com que as gestantes saiam de si e passem a habitar um mundo de estranhamento, de incertezas, de fragilidades. Toda esta fragilidade é sentida e internalizada o que muitas vezes pode complicar o estado de saúde dessas mulheres, já que existe uma tendência em haver um descontrole emocional interferindo diretamente no controle fisiológico, o que dificulta a saída delas do hospital.

Mas eu acho que é essa questão da ansiedade que a gente fica, isso mexe muito no emocional ne? (Clara, grávida, 42 anos)

É como os médicos falam que tem hora que eles falam assim comigo: ela disse: mãe se você ficar triste seu açúcar pode subir, seu açúcar pode baixar porque isso mexe tudo com o psicológico, mexe com nosso corpo e... uma diabetes emocional você nunca sabe quando é que você pode ta bem. E é, pelo que to vendo, a sua é desse tipo. (Bruna, grávida, 33 anos)

A internação constitui um trauma importante para a gestante e sua família. Grande parte das angústias destas gestantes se refere aos outros filhos e os cuidados de sua casa. Controlar os sentimentos é uma tarefa muito difícil de ser cumprida devido a tantos fatores que influenciam diretamente no campo emocional destas gestantes. Marcelino e Carvalho (1998), estudando sobre a relação entre o estado emocional e sua associação com a diabetes concluiu que o emocional influencia no controle da doença, uma vez que o diabetes exige um controle intenso

para evitar complicações. Alguns estudos mostram que a diabetes é uma doença psicossomática sendo assim influenciada pelo descontrole emocional.

Sabe-se que o emocional é constituído por aspectos mais profundos e inconscientes, e quando relacionados a um internamento e ao estado de risco enfrentado por estas gestantes, os sentimentos de medo, angústia, ansiedade se tornam fortes e prevalentes no cotidiano das entrevistadas, sendo de difícil controle. “As emoções (medo, ira, amor) são situações novas frente às quais o organismo se desequilibra e se prepara para descarregá-las através dos músculos voluntários do corpo. Porém, muitas vezes, as emoções não são descarregadas, expressas, talvez pela imposição da sociedade para reprimi-las” (MARCELINO E CARVALHO, 1998).

Eu sei que eu tenho que me controlar, que não posso ficar chorando e sofrendo porque meu açúcar vai subir. Mas o medo, a angústia que a gente acaba sentindo, acaba deixando a gente oprimida, com medo e é isso que a gente não pode deixar. Mas é difícil porque a gente sente né? Às vezes não tem como controlar não. (Bruna, grávida, 33 anos)

Segundo Marcelino e Carvalho (1998) o emocional também influenciará no controle da doença, uma vez que o diabetes exige um controle intenso para evitar complicações. Diante deste controle o paciente torna-se escravo do tratamento. Cabe ressaltar que a hospitalização interfere em muitas esferas da vida das gestantes, como expresso por Clara a sua dificuldade financeira decorrente da internação:

De primeira ele me deu logo um internamento: meu Deus!! fiquei desesperada, 16 dias internada aqui e assim, minha vida, eu trabalho com doces, faço bolo decorado de casamento, então meu ganha pão é esse. Ai o que mexeu mais comigo foi isso que eu tinha que ficar presa. Eu trabalho com contrato, então nesse período eu não pude fazer nada. [...] Eu tava aqui internada, passei 16 dias. Então minha vida deu uma declinada financeiramente por causa de todo esse processo. E agora eu fico assim: pego e não pego, trabalho e não trabalho, porque hoje mesmo eu não sei o que ele vai me dizer.(Clara, grávida, 42 anos)

A esfera do trabalho possui vários significados, tanto de sustento da casa, percepção de divisão de responsabilidades e a autonomia destas mulheres. Para autores como Kramer et al (1986), a hospitalização faz com que se manifeste o conflito entre a dependência imposta pela perda da autonomia e a autonomia anteriormente encorajada.

Segundo Vargas (2006), ocorreram algumas mudanças nas concepções de gravidez e de maternidade nos dias de hoje, e mesmo sendo concebidas como uma experiência singular que transforma a pessoa, ela passa a agregar valores positivos na construção da identidade feminina, como já foi exposto anteriormente. “A dimensão da maternidade baseada na experiência corporal se articula, segundo esta autora, com uma outra dimensão da identidade feminina apoiada na idéia de autonomia e “empoderamento” (empowerment) social das mulheres – condição alcançada pela inserção destas no mercado de trabalho”. Assim, a maternidade contém elementos de afirmação de liberdade de escolha e auto-realização (TAKEI, 2008; VOLKMER, 2009).

Assim, lidar com a dualidade entre a autonomia que cabe às gestantes e a perda da mesma, enquanto uma gravidez de risco, gera angústia e reforça a negação, por parte de algumas entrevistadas, em aceitar a enfermidade.

Eu não posso sair sozinha, não posso sair sozinha, sempre tenho que ta dependendo de alguém pra me levar no médico, pra sair comigo, pra ir na rua, comprar uma coisa, não posso sair sozinha mais. E eu sei que vai ser só nesse período agora da gestação depois muda, né? Mas mudou. Eu moro no interior, eu não sou daqui de Salvador, eu moro no interior, em entre rios. Pra vim pra aqui de entre rios eu dependo de um carro da prefeitura pra vim pra aqui, fazer isso aqui. Ai eu tenho que ficar ligando, pedindo um carro. Tudo isso me deixa assim irritada. Às vezes eu venho no carro da prefeitura e quando chega um determinado momento me dá um mal estar, eu passo mal, ai o rapaz tem que parar o carro, eu tenho que descer, pra eu respirar... Tanta coisa e ai eu acho que isso tudo tá assim sabe? (Leidiane, grávida, 35 anos).

Mas assim, já to me preparando antes porque é difícil mesmo, é difícil mesmo você poder fazer suas coisas sozinhas, poder caminhar, poder fazer tudo, de repente, por causa de uma doença você simplesmente perde sua vida, entendeu? Fica dependente de tudo. (Bruna, grávida, 33 anos)

A impossibilidade de trabalhar e de realizar as tarefas domésticas também interferia na construção da imagem de mulher-mãe independente e cuidadora, já que para elas isto era uma “tarefa básica de uma mulher”. O papel social que a mulher desempenha e se apropria para a construção do seu próprio significado de feminilidade está imbricado nas tarefas do lar e a impossibilidade de realizá-las a tornam frágeis e dissociadas de suas funções na sociedade, interferindo no seu processo de construção do eu-mãe.

Às vezes eu falo pro meu esposo assim: ah, porque se eu não tivesse grávida, as coisas seriam diferentes, eu não taria aqui desempregada, sem trabalhar, querendo que você me dá as coisas. Hoje não trabalho, hoje eu não faço nada, tudo que eu faço agora é pensando na gravidez e na diabetes [...] Muita coisa mudou. Aí hoje eu não consigo fazer as tarefas de casa mais, como fazia antes. Começo a lavar minhas roupas tenho que parar, dá um cansaço nos braços, nas costas, tudo isso, aí tenho que parar não consigo mais. Tem dias que eu não tenho força pra me levantar, quero ficar o dia todo na cama... e antes eu tinha disposição, trabalhava, cuidava da casa, fazia tudo. Hoje não, hoje amanheço o dia e tem dias que não levanto, fico na cama o tempo todo aí levanto só pra dar uma olhada no feijão mesmo e pronto, deito de novo. E aí... é difícil, é muito difícil. (Leidiane, grávida, 35 anos)

Esse desempoderamento de suas vidas levava ao isolamento social, em que o desejo de compartilhar com os demais era suprimido e transformado em um desejo de refugiar-se, sentindo-se segura no seu lar, evitando as “tentações” às quais estava restrita. Em outras palavras, “ocultar para preservar-se e evitar os prejuízos”, como colocado por López (2010) em seu trabalho com sujeitos que experienciavam a Leucemia Mieloide Crônica.

Segundo Barsaglini (2006), o adoecido pode ser levado, num esforço defensivo e de adaptação de convívio com a enfermidade, a esconder a sua condição ou isolar-se com o intuito de evitar ou neutralizar possíveis situações discriminadoras (reais ou antecipadas) que evidenciarium uma identidade deteriorada pela doença.

Hoje eu em dia eu não saio muito, eu não saio mais. Eu fico no shopping que é um lugar que dá vontade de você comer tudo, não saio muito mais de casa e isso também tá gerando em mim ficar muito fechada, não é bom também. Ao mesmo tempo tô ficando muito fechada, tô ficando mais em casa, só fico em casa, tem às vezes coisas pra fazer, aí eu quero que ele vá fazer e aí fico no meu mundinho lá, eu acho que tô me fechando no meu mundo, por enquanto. (Clara, grávida, 42 anos)

Quando eu descobri que eu tinha diabetes eu já, tipo foi um choque pra mim, realmente eu parei de fazer tudo que eu fazia, parei de estudar, porque (chorando) eu... tinha vergonha. Até na escola a médica mandou um papel pra escola e a minha merenda não é igual a dos meninos não, entendeu? Aí um dia, sei lá, parei de estudar, (pausa) fiquei dois anos sem estudar, quando descobri, parei meu curso que eu tava fazendo pela metade. (Milena, grávida, 18 anos)

A busca de estratégias para evitar o contato com o mundo exterior e suas relações sociais pode ser lida enquanto uma resposta às ameaças que a doença crônica, e no caso estudado, associada à uma gestação de risco, traz às relações que essas mulheres desenvolveram consigo, com seu corpo e com sua saúde.

A “perda de si mesmo”, como colocado por Charmaz (1983) é vista enquanto um conflito entre a identidade construída durante toda a trajetória de vida e a sua perda, associada aos momentos disruptivos sofridos pelas entrevistadas. As imagens que elas constroem de si mesmas passam a ser desvalorizadas, como observado no caso de Milena, e a vergonha de si prevalece sobre a sua aceitação.

Em outros casos, como no apresentado por Clara, as crises derivadas da gestação de risco, relacionadas ao campo financeiro, de atividades laborais, e de valorização do ser-mulher a fazem optar por isolar-se em “seu ninho”, evitando assim o contato com a realidade social que está sofrendo desconstruções e, conseqüentemente, se apresenta não-familiar para ela.

O compartilhar e (com) viver com os outros permite uma maior interação e aceitação da sua condição de enfermo e a reconstrução da identidade, outrora perdido ou oculto em meio aos conflitos internos vividos. Heidegger (2001) nos coloca que *ser-aí-com* é uma forma de se tornar presente, de se assumir perante o mundo e perante a si-mesmo, tornando-se manifesto, entendido e conhecido para o ser humano. “É uma característica essencial do ser, sem a qual a vida não teria sentido para nós, é uma maneira de se relacionar e de viver que significa ser junto, na presença do outro” (OLIVEIRA, 2008).

Nota-se que, quanto mais próximo do momento do parto, mais as gestantes vão depositando expectativas no desfecho da gravidez. Devido às incertezas que as cercam, seja em relação à saúde do bebê, que está intimamente ligada aos cuidados realizados por elas, seja em relação ao parto em si, se será prematuro ou no tempo devido, seja em relação à continuidade de sua doença, manutenção dos medicamentos, dentre outros, as gestantes vivenciam este período de instabilidade e de espera sendo o temor, consciente ou não, à morte algo muito vivido.

Por isso que enquanto meu filho nascer eu não vou tá tranquila. Por causa disso: porque eu quero me cuidar direitinha se não ele vai ter essa quantidade de açúcar... aí me dá medo. Não é fácil, de jeito nenhum. E eu me cuido por causa disso, porque tenho medo que meu filho venha a ter isso também aí eu fico já... muito preocupada com isso (Júlia, grávida, 33 anos).

A gestante fica na expectativa, aguardando o desfecho da gravidez, numa espera quase sempre angustiante, fundada em suposições, probabilidades, promessas e esperanças. A mulher vivencia nessa fase, uma situação constante de tensão, se sente vulnerável, e embora tenda a esperar pelo que deseja, sente medo do inesperado.

Como é que eu vou ficar fazendo. E se essas coisas vão prejudicar meu bebê, se ele vai ficar com diabetes. Porque eu já sou mais velha, aí eu... entendeu? Eu sei que é difícil, como eu vou lidar com o bebê, eu e o meu bebê diabético? Aí eu fico pensando será que eu vou aguentar? [...] então não é aquela coisa assim, vai nascer porque você é diabética, seu neném vai nascer. Aí tudo a gente né? Vai... (risos) se controla através disso aí, né? Que a gente nem sabe ainda, é tudo surpresa de Deus! (Bárbara, grávida, 44 anos)

Aí que sem estudo, que se vier acontecer alguma coisa ruim pra mim tipo: eu não sei a possibilidade dele nascer diabético, por isso tenho que cuidar da minha família, como é que vai ser minha vida daqui pra frente? Então eu sei que tudo isso depende de mim. Eu fico frágil ao mesmo tempo tenho que buscar força em alguma coisa que é pra poder superar (Bruna, grávida, 33 anos)

Silva, Santos e Parada (2004), no estudo com gestantes de risco observou que a vivência da gestação de alto risco é uma experiência que se estende ao companheiro, família e sociedade. Em estudo sobre o apoio que gestantes adolescentes receberam durante a gravidez, evidenciou-se que, segundo elas, o suporte familiar era composto por explicações, conselhos, carinho, apoio moral e ajuda financeira. Arruda e Marcon (2007) referem em seus estudos que o suporte familiar e conjugal torna-se importante para a manutenção da saúde mental, bem como enfrentamento de situações estressantes.

Poder contar com o apoio dos familiares é realmente uma das estratégias que pode ajudar as gestantes a enfrentarem esse momento de dificuldade em sua vida. Muitas vezes, por perceberem que os familiares estão envolvidos com sua gravidez e com expectativas de um resultado feliz, a própria gestante começa também a acreditar que tudo acabará bem. Esse envolvimento da família, principalmente do marido, com a gravidez ajuda a gestante a aceitar as condições do risco gravídico.

O que me dá forças hoje em dia eu acho que é mais a segurança familiar que eu tenho, né? De meu marido tá aí o tempo todo, que me acompanha, que me ajuda, no alimento, me ajuda a trazer, então isso aí me ajuda muito mesmo, né? (Clara, grávida, 42 anos)

Como se pôde observar na fala de Clara, a hospitalização pode gerar apreensão e sofrimento, pois representa um afastamento daquilo que lhe é familiar, trazendo com isso vivências de isolamento, sensação de abandono e rompimento de laços afetivos e sociais. A família e as pessoas próximas são influências expressivas para um viver mais saudável, concluiu Francioni e Silva (2007) ao estudar sobre o processo de viver saudável de pessoas com diabetes melito através de um grupo de convivência, pois a família atua como um pilar forte para continuar na luta de enfrentamento de uma doença que traz limites, mas contando com o apoio e o estar junto é sempre possível viver de forma mais saudável e ter melhor qualidade de vida.

A família constitui-se, assim, a principal fonte de apoio das mulheres que enfrentam uma gestação de alto risco, sendo que os laços podem ser estreitados ou reatados em função da criança e da doença da mãe. Assim, a gestação de alto risco atinge toda a rede familiar e a ausência deste suporte familiar torna a hospitalização muito sofrida e o sentimento de desprezo e fragilidade se afloram dificultando a aceitação da hospitalização.

Ai que sempre eu viajo muito sozinha, venho pra cá sozinha sempre, pra fazer meus exames, pra ficar internada, sem ter ninguém, sem ter visita, sem ter alguém pra conversa, [...] iai a dificuldade é bem mais difícil. (Júlia, grávida, 33 anos)

Júlia mostra o quanto se sente desamparada e sozinha, devido à falta do marido. Murphy e Robbins (1996) enfatizam que a outra inadaptabilidade psicossocial da gestação está relacionada à falta de membros familiares para ajudar em seu atendimento ou no outro extremo, a passividade e excesso de confiança nos membros da família são sinais de dificuldade em se adaptar à gestação. A sensação de vulnerabilidade que está explicitamente posta com o internamento reforça as mudanças sentidas que vão além das mudanças no corpo físico, sendo expressas através das lágrimas derramadas durante a entrevista, reflexo da carência afetiva que elas estão vivenciando nesta fase da gestação e que, muitas vezes, se transvestem em sentimentos de tristeza, desamparado e fragilidade frente aos desafios postos.

É o que eu to lhe dizendo. Eu me sinto... ai... Eu me sinto carente sabe? Porque... Mas eu entendo que a distância e tem minha mãe que me dá bastante força, meu irmão, meu

marido. Mas também é aquela questão, meu marido mesmo trabalha sempre viajando, hoje numa cidade, amanhã em outra, iai eu to sempre sozinha, até em casa e to sempre sozinha, sem ele. Ai assim, é minha mãe e minha irmã que me dá todo o apoio mas nunca é a mesma coisa né? Mas é como eu to lhe dizendo, eu não to sozinha porque ele (o marido) não quer tá comigo, mas é o trabalho dele ai vou fazer o que? Tem dias que eu falo mais, que eu choro me desespero, a gente sente. Mas depois passa, é só um momento. Mas como eu já sei que não é uma coisa opcional é pro nosso futuro e eu continuo sozinha mesmo. (Júlia, grávida, 33 anos)

A solidão quando se faz presente dificulta muito o enfrentamento da situação, como exposto na fala de Júlia. A falta de amparo num momento de muita fragilidade repercute negativamente na aceitação do internamento. Ao investigar a fonte do sentimento de solidão, Melaine Klein (1975) distingue o estar só (privado da companhia externa) do sentir-se só (estar só, mesmo cercado de gente), e acredita ser esse estado de solidão interna, “resultado de um anseio, por uma disposição interna sempre perfeita e nunca atingível” (KLEIN, 1975 *apud* OLIVEIRA, 2008, p. 54).

Pode-se perceber na fala da gestante que, mesmo em companhia de sua mãe e seu irmão, mesmo recebendo atenção deles, a falta da presença do marido a fazia sentir-se sozinha. Rogers (1986, p.68) diz que, “[...] a solidão não decorre do fato de não haver ninguém interessado em nós, mas da incapacidade de comunicar as coisas que nos parecem importantes [...]”.

Barsaglini (2006) aponta em seu estudo que os indivíduos buscam diversas maneiras de gerenciar o diabetes que envolvem categorias desde individuais e subjetivas, até intersubjetivas, considerando o contexto vivido e os diversos atores que influenciam a tomada de decisões das gestantes.

Costa (2002) observou em seu estudo que a crença religiosa pode, muitas vezes, contribuir para o enfrentamento das dificuldades advindas da condição de risco gravídico e dentro desse contexto deve-se incentivar as gestantes às suas praticas religiosas, não perdendo de vista a questão da necessidade espiritual. Buscar força para poder superar a situação vivida por essas mulheres é algo que está colocado em todas as falas e nas atitudes das gestantes, sendo a principal estratégia para enfrentar esta situação o apego ao Divino.

E aí eu to passando, por esse processo todo aí, né? Não é muito fácil não, mas eu acho que dá pra superar. Principalmente quando você tem a força maior do que todas que é Deus na sua vida. Eu to com ele na minha vida 24h e eu acho que é por isso que esse processo tá sendo mais fácil pra mim (Clara, grávida, 42 anos)

Confiar em Deus e buscar nele a força necessária para seguir é o que fortalece interiormente estas mulheres e desde onde renasce a esperança e confiança de que “no final tudo dará certo”. Aquino e Zago (2007) em seu estudo com doentes graves percebeu que as pessoas em situações de gravidade e onde o fantasma da morte permeia os corpos físicos, mentais e espirituais dos indivíduos, acabam voltando-se para Deus pela primeira vez, ou mais frequente e intensamente do que antes, pois para quem tem fé, Deus sempre ajuda. Assim, os sujeitos passam a buscar apoio na religião, por meio de práticas rituais ou pela invocação a Ele, como uma estratégia para aliviar o espírito das incertezas e dos medos provocados pela doença.

Todas as gestantes demonstraram uma devoção à Deus, em intensidades diferentes, porém com a firmeza na crença de que um amor supremo, onipotente estava guiando-as.

Pode ser que a tristeza bate, mas eu tenho a confiança, eu confio muito em Deus e eu acredito que meu sangue não nasceu, eu não nasci com o sangue diabético, então to nessa fé, sabe? (Bruna, grávida, 33 anos)

A fé aparece neste momento, como um princípio orientador do pensamento e da ação. De início, a gestante manifesta uma idéia aparentemente imatura de “Deus como uma força exterior”, depositando, muitas vezes, seu destino nas mãos Dele, talvez por se sentir desamparada e fragilizada. Quando se sentem mais seguras, são capazes de desenvolver um sentimento de competência e maturidade, como descreve Fromm (1995): “[...] a mãe deve ter fé na vida, não ficando, portanto, excessivamente ansiosa [...] passando a se referir a Deus, num sentido mais poético e simbólico”.

Aí que eu fui tomando remédio, aí tentei de tudo pra tirar. Aí depois me arrependi, porque se Deus me deu é porque é pra vim (Luciana, grávida, 33 anos)

Diabete é uma doença seria, mas se a gente tem amor pela nossa vida a gente consegue. A gente consegue encarar ela, certo? Então assim, eu falava pra minha mãe: a senhora te ama, entendeu? E mesmo que a pessoa ainda se estresse ainda te despreze na família a gente tem nosso amor próprio, né? É até bíblico isso, que se fala: quando seu pai e sua mãe te desamparar, Deus nunca vai te desamparar, entendeu? Então se todo mundo colocasse no coração, não tem amor, não tem doença, não tem barreira, não tem nada que desanime, né? (Bruna, grávida, 33 anos).

Tedesco (1997) traz a leitura do nosso corpo desde o âmbito físico, mental e espiritual. Ele nos mostra que o corpo mental é o canal de expressão do pensamento, seja racional ou abstrato,

portanto é através dele que o homem compara, analisa, critica, classifica e calcula, mas também cria, planeja e sonha. Já o campo espiritual é onde se canalizam as ideias elevadas, altruístas, desapegadas, sendo manifestadas através dos valores universais, traduzidos enquanto amor incondicional, verdade, justiça, responsabilidade, doação e esperança. “Dessa forma, o Homem torna-se o resultado da interação dos corpos físico, energético, emocional, mental e espiritual, e passa a ser visto como ser integral ou holístico” (PESSOA, 2008).

Na situação colocada, a maternidade e a redescoberta da força e do poder feminino através da vida uterina, torna o momento propício para o florescimento do ser-mãe integral, mesmo que por vezes os sentimentos de medo, tristeza e ansiedade possam permear o corpo mental. Todavia, a certeza e segurança de que isto “é obra de Deus” permite que essas mulheres resgatem a sua força interior e sigam firmes os propósitos da vida.

Se eu pudesse falar pra todo mundo isso eu falaria: nunca encare uma doença como a pior coisa do mundo. Você é mais forte, né? Porque tudo vem de força de vontade, se você falar assim: eu to com esse problema, pode ser uma aidética, né? Se ela falasse: eu vou sobreviver, vou sobreviver a tudo isso. Vou me cuidar e fazer tudo o que os médicos disserem que eu posso mal de saúde que é bom pra mim e eu sei que é bom pra mim vou fazer ‘preu’ me curar, entendeu? Eu sei tudo isso que vou passar a vida inteira com essa diabetes. Mas, porém eu também tenho a certeza que ela não vai me vencer. Eu não vou deixar em momento nenhum, eu podendo perder minha vida, perder meu rim por conta dela. Eu não vou deixar, não vou admitir, sabe? (Bruna, grávida, 33 anos)

Pense em alguma coisa que te faz bem e busque naquilo, busque força essa semana naquilo pra você superar porque essa doença, até agora não sabe cura pra ela, mas tem tratamento, tem cuidado só depende de cada um. Se você fala: eu amo minha vida, eu amo o que sou, você fica bem com ela, você convive com ela bem, mas só depende de cada um, né? (Clara, grávida, 42 anos)

O bebê representa a vida e, para as mães, é sentido como o seu próprio renascimento, onde o encontro com seu interior se dá de forma concreta através da chegada do filho. Desta forma pude perceber na fala das mulheres o quanto elas depositavam na criança o desejo de transformar o seu mundo-vivido, trazendo alegria e reencontro com a sua identidade, outrora perdida ou ofuscada em meio ao caos interior.

Mas eu acho que tá chegando no final, né? Eu acho que por causa da gravidez e de se eu ganhar neném acho que tudo vai mudar. Tudo vai melhorar... Eu acho, né? Mas Deus é quem sabe. (Leidiane, grávida, 35 anos)

Eu espero que as coisas melhorem porque o tempo que eu tiver meu filho acho que as coisas vão melhorar mais ainda, essa situação. (Júlia, grávida, 33 anos)

Beland e Passos (1978) afirmam que muitas pessoas quando ficam doentes voltam-se para a religião em busca de conforto. O profissional precisa saber o que é importante para a paciente de modo a poder prever suas necessidades religiosas. Por outro lado, deve também fazer todo o possível para aliviar o sofrimento do paciente e manter viva a sua esperança.

“Cada pessoa nasce com um espaço em aberto, livre de expectativas e desapontamento, de ambição e embaraço, de medo e preocupação, um lugar umbilical em estado de graça onde cada um de nós foi pela primeira vez tocado por Deus. É esse lugar que exala paz. [...] Conhecer esse lugar de interiorização é conhecer quem somos, não por indicações superficiais de identidade, como com o que trabalhamos, o que usamos, ou o modo como gostamos de ser tratados, mas por sentir nosso lugar em relação ao infinito e por habitá-lo. Essa é a tarefa árdua e vitalícia, pois a natureza do tornar-se é estar constantemente recobrando o lugar onde começamos, ao passo que a natureza do ser é uma constante erosão do que não é essencial” (NEPO, apud REMEN, 1998).

**CAPÍTULO 5. AMBIVALÊNCIA ENTRE O DESEJO E O PODER:
SIGNIFICADOS DA COMIDA NUM CONTEXTO DE RISCO**

*Cansei de ouvir abobrinhas
vou consultar escarolas
prefiro escutar salsinhas
pedir consolo às papoulas
e às carambolas
(Abobrinhas Não- Itamar Assumpção)*

Neste capítulo trabalharei com os diversos significados que são atribuídos ao alimento pelas gestantes num contexto de enfermidade e risco. Tratamento, prazer, desejo, culpa, dever, cuidado, medo são algumas das categorias que surgiram no decorrer da análise das entrevistas e que são sentidas e dão sentido à comida e ao comer, muitas vezes gerando conflitos, outras soluções, mas sempre num processo dialético entre as vontades das mulheres e as obrigações de mãe.

Para as entrevistadas o risco era algo presente tanto objetivamente, já que a hospitalização era recorrente, o controle rígido ao qual eram submetidas reforçava seu estado de enfermas e as estranhezas físicas e emocionais que os corpos grávidos transmitiam tornavam o risco um inconveniente aliado; além da presença subjetiva, já que o rótulo de gestantes de risco criava representações no imaginário que afetava diretamente as emoções e o sentido da vida. As incertezas frente ao cenário vivido e o por vir provocava uma busca incessante por respostas com o objetivo de minimizar os conflitos e repensar os caminhos traçados.

Já me explicaram o que é gravidez de risco, porque o bebê cresce, né? O bebê cresce, a coisa que eu não entendi ainda é se o açúcar aumenta é perigoso mais pra ele ou quando abaixa. Isso aí eu não sei ainda. Acho que os dois... os dois, né? Isso aí que eu fico com medo porque às vezes quando eu sinto em casa que eu não to me sentindo bem eu fico sem saber se o açúcar... (Bárbara, grávida, 44 anos)

A ideia de risco permeia o campo da saúde, cujo uso tem se destinado a cercar o cotidiano dos sujeitos de um campo de práticas que vislumbram sedimentar modos de vida saudáveis. Desta forma, constrói-se uma relação de oposição (ou atenuação) entre práticas ditas saudáveis àquelas arriscadas. No caso do diabetes, as gestantes lidam constantemente com uma negociação entre o saudável e o risco, repensando seus significados e valores a depender das situações e dos contextos vividos, sendo que no tratamento estas negociações vão tomando sentido real e revelando seus múltiplos aspectos significativos.

O tratamento proposto para as gestantes diabéticas ocorre, geralmente, por duas vias: uma, por vezes dispensável, através de medicalização com utilização de hipoglicemiantes orais e/ou aplicação de insulina; e outra através da alimentação, com o seguimento de uma “dieta de alto risco”, que muitas vezes é percebida como restritiva e de difícil adaptação, já que, recorrendo aos pensamentos de Luz (2003), essa prática do alimentar-se que anteriormente conotava prazer, lazer, passa a ser resignificada a partir de comportamentos e modos de ser saudável, já que a sua não realização é percebida enquanto agravante de um risco.

Neste cenário de risco, há um predomínio do pensamento dietético, normatizador, pautado na ideia de que uma dieta equilibrada mediante restrições ou incentivo de determinados nutrientes possibilita um controle alimentar com vista à prevenção dos agravos e, assim, uma gestação mais tranquila. Assim, a lógica no nutrir sobressai-se e o alimento passa a ser atomizado, visto enquanto efeito médico e desde suas propriedades bioquímicas. Isto se deve em parte devido à modernidade científica que opera pela via do “racionalismo” gerando esta fragmentação do alimento em termos de seus nutrientes, com vistas a intervenções no campo da saúde (SOARES, 2011).

Pautada nesta lógica, insere-se o discurso biomédico que passa a legitimar e regular as ações alimentares com vista à saúde, através de protocolos e regimes dietéticos, sendo esta resumida ao controle e prevenção dos sintomas físicos que podem ser gerados numa gestação de risco.

Eu já tinha uma dieta em casa porque eu fui consultada por uma nutricionista, aí ela me explicou tudo, tenho até um relatório lá que ela me deu, me explicou como é que era e depois da minha alimentação, através da nutricionista minha de lá que eu já tinha passado e por aqui também minha alimentação eu mudei tudo. Eu quase que o que aqui eu me alimento eu me alimento em casa. Minha dieta eu faço tudo direitinho. (Bárbara, grávida, 44 anos)

A ciência da nutrição, como o próprio nome revela, colabora com o discurso racional e biológico do alimento, utilizando o “relatório” como instrumento para controlar a alimentação, aqui vista enquanto ato de nutrir-se de Bárbara. Seguindo este raciocínio, Santos (2008) aponta também para a concepção farmacológica em que os nutricionistas, nutrólogos e os cientistas da alimentação e nutrição constroem acerca da ideia de alimento como remédio ou droga usado para o tratamento e prevenção de doenças.

Este pensamento nutricional é reforçado através dos meios de comunicação, alcançando diversas esferas sociais e atuando sobre o imaginário alimentar, desconstruindo a ideia de alimento íntegro

que vai sendo substituído pela sua composição nutricional, ou seja, fala-se cada vez mais da vitamina C presente no limão, do feijão rico em ferro, das proteínas da carne, do peixe que é rico em Ômega 3 e assim por diante, sendo este discurso incentivado em diversos setores da sociedade, como nas escolas, nos hospitais e nos espaços públicos. Desta forma, as gestantes se apropriam de termos técnicos para se referir à sua dieta, revelando o quão predominante e legítimo é o discurso biomédico.

Então ela [a médica] falou que eu, meu organismo não tá absorvendo tanto açúcar, então depende hoje de mim, da minha alimentação hoje. Se eu continuar controlando minha alimentação possa ser que meu açúcar não aumente mais que isso, não eleve. Aí eu tenho que controlar os carboidratos, porque ela disse que eles têm açúcar, aí não posso comer massa, pão, essas coisas. Tem que ser fruta, né? As comidas integrais. (Bruna, grávida, 33 anos)

A dieta lida com o alimento e este é algo familiar. Todos nós necessitamos comer e o fazemos desde sempre, seja para fortalecer o corpo físico ou tranquilizar as emoções. Por isso, há um grande interesse em torno desta temática e os múltiplos discursos sobre o que faz bem pra saúde e o que a coloca em risco interferem fortemente nas escolhas alimentares das gestantes. Cabe ressaltar que muitas vezes estes discursos divergem entre si e a distinção entre alimento bom e mau torna-se fugaz e mutável, como retrata João Ubaldo Ribeiro em uma crônica escrita ao jornal *A tarde*, reforçada pela fala de Leidiane:

E todo dia, nos jornais, alguém anuncia que tal ou qual alimento faz mal, para, algum tempo depois, a afirmação ser desmentida, num eterno vai e vem, a que já nem presto atenção, desde o episódio do ovo, que agora pode ser consumido, ao da margarina, que agora é melhor não consumir (João Ubaldo Ribeiro)

A banana quando vem madura demais eu não como não... tem muito açúcar, chega dá formiga quando a gente não come. Mesmo que a enfermeira diga que não tem problema eu não como que depois quem passa mal sou eu, né? (Leidiane, grávida, 35 anos)

Segundo Arnaiz (1996), múltiplas informações sobre os alimentos presenciam os cenários de nossas vidas a todo instante. A mídia tem exercido papel fundamental enquanto mediadora desta temática e dos múltiplos discursos em relação à comida e ao comer. Todavia, outros atores revelam sua importância enquanto propagadores de pensamentos e discursos alimentares sejam eles os profissionais de saúde, o Estado, as indústrias de alimento e o meio social, através das experiências culturais e tradições histórico-familiares.

Desta forma, as práticas envolvendo o alimento estão mergulhadas nas dimensões simbólicas da vida social, envolvidas nos mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais, conferindo a elas menos objetividade do que se espera ao abordá-las por meio de fatores de risco e controle de doenças (GARCIA, 2005).

Eu amo comer! Amo. Me bote aquela coxinha saindo quentinha da hora pra vê se eu não como? Como e com gosto! [...] é muita felicidade que sinto comendo aquele bolo de chocolate, aquela gordurinha... Vou até parar de falar que chega tá me dando aquela vontade (risos) (Júlia, grávida, 33 anos)

Compreendendo a complexidade em torno da temática alimentar e a situação de risco real vivida pelas gestantes entrevistadas, percebe-se que muitas vezes as representações sobre as práticas alimentares que elas constroem vão manifestar conflituosamente as oscilações do comportamento alimentar ora construídas pela preocupação com a saúde, ora por outros valores. Todavia, cabe acentuar que este conflito não está necessariamente pautado numa dicotomia e oposição, já que, como aponta Canesqui (2007), o conhecimento produzido pelo campo científico sobre alimentação não desfaz representações e crenças sobre o ato de se alimentar. Em realidade, para esta autora há uma certa convivência entre este conhecimento e as representações socioculturais sobre o alimento o que se traduz, para as gestantes, em conflitos e ambivalência, já que elas convivem com o desejo de comer e a necessidade do nutrir, gerando angústia e dificultando a adaptação à dieta.

Na diabetes agora que eu to grávida tem que mexer mais no açúcar, só que eu gosto de comer farinha, gosto de comer massa e massa me disseram que é açúcar, aí depois da gravidez foi que a médica veio me orientar que não podia, que às vezes a massa era pior do que o açúcar, aí que eu fui ficando, fui aceitar. Aí depois que ela me mostrou os riscos que meu filho corria foi que eu parei, mas tá difícil... Tá muito difícil. (Júlia, grávida, 33 anos)

A dificuldade em seguir o tratamento dietético sentido pelas gestantes foi também observado no estudo de Quevedo (2006), em que ela percebeu que em alguns relatos das gestantes de risco entrevistadas, evidenciou-se a dificuldade no seguimento da dieta prescrita pelos profissionais, frequentemente associada a uma imagem negativa, já que seguir o esquema alimentar prescrito por um período de tempo prolongado era uma tarefa extremamente difícil. Isto porque a relação do adoecido com o alimento, a alimentação e as dietas alimentares prescritas, incluídas no

gerenciamento do diabetes, não se pautam exclusivamente por critérios racionais, como pretendem os saberes médico e nutricional científicos mais ocupados com os conteúdos funcionais da “nutrição” do que com a “comida” que, segundo Garcia (2005), recupera elementos da experiência pessoal e social do consumo de alimentos.

A dificuldade expressa na fala de Júlia acima é reflexo de um sentimento compartilhado por todas as entrevistadas revelando o quanto o alimento está intimamente ligado com a esfera dos sentidos, sendo um agregado de valores que desperta prazer, autonomia, sociabilidade, lembranças.

No caso das gestantes diabéticas, alguns estudos têm demonstrado que é frequente o descuido alimentar em momentos de estresse ou, paradoxalmente, de melhor compensação. Isto se deve em medida porque, muitas vezes “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. Há um sistema de valores, de símbolos e significados que estão associados à dimensão do comer e que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, para maior eficácia das ações com gestantes submetidas a rigoroso controle alimentar (PERES, FRANCO, SANTOS, 2006).

Não é fácil. De comer mesmo a ansiedade vem e eu não vou mentir o médico, a nutricionista chegou pra mim e disse: ah, você não deve comer isso aqui e aquilo outro. Não, não vou mentir que eu não fazia. Eu não fazia mesmo (Júlia, grávida, 33 anos)

Para o ser humano tudo tem um sentido e, assim, revela um significado único, impregnado de emoções. Segundo Nascimento (2007), a comida pode desempenhar diversos papéis, companheira, aliada, inimiga, amiga, consoladora. “Não é raro problemas na ordem pessoal tirarem o apetite ou o detonarem, independentemente das necessidades de reposição de energia do corpo”. (*op. cit.*, p. 31)

Ao refletir sobre a alimentação humana, Claude Fischler chama a atenção para a relação íntima que o ato alimentar contém: “Comer: nada de mais vital, nada de tão íntimo”. Incorporando os alimentos, nós os fazemos aceder ao auge da interioridade. Assim, a alimentação é o domínio do apetite e do desejo gratificados, do prazer, mas também da desconfiança, da incerteza e da ansiedade. (Fischler, 2001, *apud* MACIEL, 2002).

No caso das gestantes diabéticas, esta relação íntima que existe entre o alimento e o sujeito pode ser traduzida a partir do arquétipo da mãe cuidadora, que tem uma ligação íntima com o

imaginário alimentar, já que através do seu seio sairá o leite que alimentará seu filho e “ingere com o leite amor, carinho, segurança e bem-estar” (NASCIMENTO, 2007, p. 72).

O papel da mãe, cuidadora, protetora, responsável pela saúde de sua cria, que é socialmente construído, está cristalizado no imaginário das gestantes e se revela através das palavras, quando assumem que algumas condutas dietéticas serão seguidas apenas pelo filho, porque ele precisa ser alimentado e o cordão que une a nutrição dele parte da mãe.

Tá difícil comer arroz integral sem sal, tá difícil comer feijão sem sal, tá difícil tomar café com adoçante, com leite desnatado que eu não to acostumada com isso. Tem horas que cê come ali mesmo pedindo a Deus pra que desça, né? Não é isso? É do tratamento, eu tenho que preservar minha saúde, a dos meus filhos, tenho que lembrar que tenho outros filhos me esperando. (Bruna, grávida, 33 anos)

É isso, nas minhas outras gestações nunca teve isso, de não poder comer, sei lá, nunca teve isso. Mas eu tenho que seguir porque isso foi um filho que Deus me deu e eu não posso fazer nada, né? (Luciana, grávida, 33 anos)

Essa responsabilização pelo autocuidado é reforçada a todo instante, tanto pela equipe de saúde, quanto pela família, causando muito estresse e angústia já que o tom com que a responsabilidade do cuidado é transmitido para as gestante revela uma exigência e, logo, sentimentos de vigilância e culpa passam a prevalecer quando ocorre um desvio de conduta.

Tudo dela [a mãe] é pro neto dela, ela fala: ‘não, você não vai comer isso por causa do meu neto’. Ai eu: ‘ai mãe, mas eu quero’. ‘Não, mas não vai comer por causa dele’. Ai tem verduras que eu não gosto que ela me obriga a comer. ‘Vai comer por causa de Miguel’. Tudo dela é por causa de Anderson. (Milena, grávida, 18 anos)

Meu marido também já segue direitinho a dieta, ele já sabe, né? Ai ele diz: não, não vou nem comprar as coisas pra você não tá vendo. (Bárbara, grávida, 44 anos)

A médica chega e fala: ‘Bruna, você não pode, você não pode comer mais isso porque você deve comer aquilo, sua alimentação é essa aqui, ó’ (Bruna, grávida, 33 anos)

Segundo Barsaglini (2006), a permanente vigilância, própria do diabetes e de outras doenças crônicas é exercida tanto pelo próprio adoecido (autovigilância) como por outras pessoas (heterovigilância) com quem se relaciona (diabéticos, parentes, vizinhos, colegas de trabalho e de lazer, profissionais de saúde). Segundo Soares (2011), a regulação do comer é pautada no futuro,

um controle e uma vigília que visa minimizar os efeitos dos riscos do amanhã. Desta forma, as gestantes se policiam, pois sabem que os desvios de hoje podem interferir na gestação e, assim, tanto na saúde delas quanto do bebê.

Nesse sentido, a vigilância e o controle estão intimamente ligados, sendo estas categorias centrais à experiência das gestantes diabéticas, significando uma forma de (com) viver com esta situação de cronicidade e risco que envolve negociações e ajustes com alguns hábitos anteriores, principalmente o alimentar. Todavia, há momentos em que o controle é dificultado pela vontade e as recaídas ocorrem, seguidas de culpa e autopunição.

Izadora comia tudo... A vida de Izadora e ela ficava brincando com a nutricionista ó: eu quero carne do sol hoje, carne do sol com aquela gordurinha legal, traz aquela farofinha de manteiga bem molhadinha... e isso ela comia em casa. Era o mesmo problema que ela tá hoje com prótese, certo? Ela já fez cirurgia nos olhos por causa também do açúcar alto e em casa ela continuava comendo a mesma coisa, viu? Então assim, eu dizia a ela: o que você quer de sua vida? Porque não é possível que uma pessoa que praticamente com uma perna e meia, com esse problema que você tem e continua comendo tudo. Ela: Bruna, eu não consigo, eu não consigo deixar de comer as coisas que eu to habituada a comer. E é isso que tava matando ela, entendeu? (Bruna, grávida, 33 anos)

Segundo Barsaglini e Canesqui (2010), a falta de controle do sujeito sobre a sua vontade aliada às falhas no dever de cuidar da própria saúde implicam em autopunição, podendo provocar desconfortos morais nos sujeitos como componentes do sofrimento. Os conflitos entre o querer e não poder, comer e culpar-se, seguir ordens e questioná-las, desejar e reprimir vão sendo negociados a todo momento porém a permanência do desassossego emocional impossibilita a firmeza e clareza nas tomadas de decisão, sendo os desvios de conduta constantes mas sempre com justificativas que sirvam para diminuir a culpa que essas ações geram.

Algumas gestantes resistem ou rejeitam as prescrições alimentares dos profissionais de saúde em que prevalece o discurso imperativo do dever mudar sem considerarem o significado do “vivem para comer”, sendo a comida neste caso “temperada” de aspectos morais e simbólicos que refletem a pluralidade de fatores culturalmente marcados (DAMATTA, 1987; MACIEL, 2002). Com isso, algumas entrevistadas passaram a substituir o imperativo do controle dietético, negociando-os e ajustando-os aos seus padrões e preferências alimentares. Nota-se que algumas expressões como “tentar”, “diminuir”, “evitar” vão sendo substituídas pelo proibido

simbolizando formas de gerenciar a alimentação na condição do diabetes atenuando, portanto, o caráter punitivo das transgressões, com permissibilidade. (BARSAGLINI, 2009).

Aí vou ter que fazer o quê? Tipo, to fazendo churrasco, eu não vou fazer um churrasco com aquelas carne que eu gosto que é aquelas gordurinhas, sabe? Eu evito porque eu não vou poder comer. (Bruna, grávida, 33 anos)

Agora eu como, mas evito porque ele tá comendo aquilo que ela manda comer, realmente não é nem por causa de mim, mas pelo meu filho. (Milena, grávida, 18 anos)

Não sei se vou me adaptar não, eu posso até tentar, mas eu não sei se vou seguir a linha, não. (Luciana, grávida, 33 anos)

Para Wang e Fenske (1996) os familiares têm papel relevante no tratamento do diabetes. O núcleo familiar pode ajudar o paciente diabético no envolvimento com as mudanças dos hábitos e para que aceite mais a sua doença. Desta forma, a família pode colaborar de diversas maneiras, seja ajudando financeiramente, no cumprimento cumprir horários de refeições, na mudança dos hábitos alimentares, melhorando a qualidade da relação entre a dieta e a gestante e o cuidado tanto físico quanto emocional, associado à esfera da atenção.

Assim, as entrevistas deixaram claro como a presença da família se faz necessária enquanto suporte tanto financeiro quanto emocional, demonstrando o quanto as gestantes se sentem mais seguras e fortes quando as mudanças alimentares exigidas são incorporadas pelo núcleo familiar.

Tipo como meu marido falou: eu vou comer com você, pra poder você não comer sozinha, que eu sei que assim, é muito bom, né? Tipo assim, você tem um problema e aquela pessoa tá lá conta com você pra tudo, né? E já pensou se Paula não vai comer a mesmo comida que eu, entendeu? Mas só assim o fato dele tá ali perto de mim, porque essa hora que eu como ele não vai poder comer, por mais que não seja a mesma coisa. Mas só assim, o carinho, né? A palavra: mô na hora que a gente for comer, vamos comer juntos, vou te estimular, né? E eu sei que ele fala e acontece mesmo. E é mágico mesmo um arroz integral, ele nunca comeu e tudo pra que eu me sinta bem. Então eu tenho esse privilégio, sabe? Que eu tenho uma pessoa que eu sei que me ama e que vai me ajudar nessa. Em outros casos é um pouco mais difícil. (Bruna, grávida, 33 anos)

Às vezes a mulher quando tá numa situação, essa de idade já de 40, 42 anos já pensa em tudo: pensa na parte financeira, eu já tenho outros filhos, graças a Deus eu tenho uma estrutura de família muito boa, um marido muito bom, que me ajuda muito, entendeu?

*[...] ele me ajuda muito, também contribui pra hoje eu tá me sentindo bem melhor.
(Clara, grávida, 42 anos)*

Em contrapartida, a ausência de um companheiro ou de alguém que esteja presente, apoiando e assegurando quanto à importância das mudanças alimentares, dificulta a adaptação e aceitação do novo padrão alimentar.

Izadora: 'Bruna, eu não consigo, eu não consigo deixar de comer as coisas que eu to habituada a comer'. E é isso que tava matando ela, entendeu? Ai eu não conseguia, não tinha ninguém pra tá apoiando ela, entendeu? (Bruna, grávida, 33 anos)

A falta de amparo sentida pelas gestantes reforça o medo que elas sentem pelas incertezas futuras frente à sua saúde e de seu bebê. Muitas vezes com lágrimas nos olhos, outras com rouquidão nas palavras, elas revelam o quanto sofrem com essa situação, pois “só depende de mim” o desfecho positivo, ou seja, um parto sem problemas e um bebê saudável.

É isso, é difícil se adaptar a essa comida sem graça, mas eu sei que tenho que comer essas coisas porque o açúcar pode subir e eu nem sentir porque as meninas falaram que a diabetes é muito falsa, meu medo é isso, tenho muito, muito medo. É isso, nas minhas outras gestações nunca teve isso, de não poder comer, sei lá, nunca teve isso. Mas eu tenho que seguir porque isso foi um filho que Deus me deu e eu não posso fazer nada né? (Luciana, grávida, 33 anos)

É, assim, é tipo assim, você faz isso ou você morre, ou você faz isso ou vai se prejudicar mais ainda, entendeu? Eu to, eu tenho duas grandes responsabilidades agora, é minha vida e essa criança que eu to esperando, entendeu? Então assim, muda tudo (Bruna, grávida, 33 anos)

Para conseguirem seguir a dieta e as restrições, mesmo com tantos deslizos e dificuldades, elas passam a desenvolver algumas estratégias para enfrentar essa situação. Como alguns alimentos que são muito desejados devem ser evitados, as gestantes encontram diversas formas de não acessá-los e manter firme o compromisso delas para com elas mesmas e o filho.

Eu evito coisas, tipo biscoito recheado, essas coisas que meu marido gosta dessas coisas eu mando ele tirar e esconder de mim 'preu' não tá vendo, porque se tá na minha presença, como eu já comi e gosto pode eu ir... aí eu digo: não! é melhor ficar escondido ou nem comprar. (Bárbara, grávida, 44 anos)

Aí... eu tenho que me habituar de qualquer forma a passar por essa dieta como eu puder, eu não to acostumada. Ou eu faço isso ou eu coloco nossas vidas em risco, né? Mas eu vou superar (suspiro) meu filho vai superar. É uma dificuldade, mas eu vou superar, né? Eu já falei com a nutricionista: quando eu chegar em casa vou comprar a macarrão integral, tudo integral, tudo que eu puder comprar integral, né? Desnatado. Mas vou fazer minha lasanha light, de verdura, vegetariana e vou comer minha lasanha gostosa, com muito esforço, vou botar na boca como aquela coisa mais gostosa do mundo. Ela disse: gostei Paula, gostei de ver! É por aí. Vou fazer lasanha em casa normal pra família, mas a minha vai ser mais deliciosa que a deles, viu? Eu vou ver o que ela vai ser né, Paula, mais saborosa, mas porém se eu não levar isso, se eu não encarar isso dessa forma eu vou me deprimir, sabe? (Bruna, grávida, 33 anos)

Por fim, mas não menos comum, é o uso do recurso religioso para auxiliar no controle do diabetes ou para explicar as complicações, a despeito dos cuidados empreendidos pela adoecida, podendo a gravidade da enfermidade ser suavizada pela intervenção divina. As orações marcam presença nos depoimentos, bem como os relatos de graças alcançadas em relação à saúde; além da confiança e esperança nos desígnios divinos.

De acordo com os resultados encontrados por Barsaglini (2009), a interferência divina representa uma força suprema, pertencendo à Deus a decisão final sobre as condições de saúde, doença e cura; podendo fazer retornar ou manter a saúde; castigar com doenças; fortalecer para tolerar as dores sendo fonte de resignação, solução ou atenuação ante o sofrimento.

Determinadas a seguir adiante, ao menos nesse período de gestação, ancoram-se nos familiares, em Deus e na sua firmeza interior, conquistando a força necessária para mudar.

Então agora é a experiência que eu já tive com essa diabetes, eu acho que é mais fácil de eu encarar ela, sabe? E eu sei que vou achar apoio em muitas pessoas e eu vou levar adiante, eu.. É isso. Então a tristeza bate, eu sei que a gente não é de ferro, a gente chora, desabafa, joga, tem que jogar ela pra fora que se ficar presa é pior. Mas eu tenho certeza que eu vou conseguir, vou conseguir mudar esse hábito alimentar meu, eu já to tentando aqui e eu sei que Ele vai me ajudar, vai me dar forças. Tem que confiar em Deus e ter fé que a gente consegue. (Bruna, grávida, 33 anos)

5.1. “Tenho que parar tudo e tipo recomeçar tudo de novo com uma coisa que... Eu num tenho hábito, sabe?”

*"Os caminhos não estão feitos,
é andando que cada um de nós faz o seu próprio caminho."
(José Saramago)*

“Eu parei minha vida”. Esta fala de Bruna descreve bem o sentimento de rompimento com uma linearidade imaginada que seria vivida durante o processo de gestação, já que a restrição alimentar é entendida como uma restrição da vida. Desta forma, a exigência de mudanças para evitar complicações durante essa trajetória se torna evidente e é fortemente sentida pelas mulheres.

Cabe ressaltar, como aponta Santos (2008), que uma dieta representa uma reestruturação da vida cotidiana, a partir da adoção de uma nova filosofia de comer, que está mais próxima de uma negação, já que é vista enquanto restrição, do que uma afirmação de uma nova prática. Para as gestantes, não se trata apenas de uma decisão diária, é uma escolha constantemente negociada sobre o quê, como e quando se deve ou não se deve comer, envolvendo um controle permanente dos desejos, sensações de prazer, autonomia, ou seja, uma reconstrução do gosto alimentar que, muitas vezes, desestrutura o cotidiano vivido.

*E a comida mudou tudo. Eu não posso mais comer farinha, pimenta, as coisas que eu mais gosto não vou poder comer nada. Pra mim tá sendo muito difícil, até me acostumar, o organismo também acostumar a essa comida vai ser muito difícil (ênfase). Não sei se vou me adaptar não, eu posso até tentar, mas eu não sei se vou seguir a linha não. É isso, é difícil se adaptar a essa comida sem graça, mas eu sei que tenho que comer essas coisas porque o açúcar pode subir e eu nem sentir porque as meninas falaram que a diabetes é muito falsa, meu medo é isso, tenho muito, muito medo.
(Luciana, grávida, 33 anos)*

Na diabetes agora que eu to grávida tem que mexer mais no açúcar, só que eu gosto de comer farinha, gosto de comer massa e massa me disseram que é açúcar, aí depois da gravidez foi que a médica veio me orientar que não podia, que às vezes a massa era pior do que o açúcar, aí que eu fui ficando, fui aceitar. Aí depois que ela me mostrou os riscos que meu filho corria foi que eu parei. (Júlia, grávida, 33 anos)

A experiência do comer é fundadora da identidade tanto individual quanto coletiva. DaMatta, em seu livro *O que faz do Brasil, Brasil* (1986) traz a ideia da comida enquanto um marcador de

identidade. “Comida se refere a algo costumeiro e sadio, alguma coisa que ajuda a estabelecer uma identidade, definindo, por isso mesmo, um grupo, classe ou pessoa. Comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido como também aquele que o ingere” (*op. cit.*, p.56).

Assim, as gestantes diabéticas ao relatarem as dificuldades em adaptar-se ao novo expressam uma resistência em perceberem-se diferentes, enfermas e em terem de mudar o seu cotidiano, o seu íntimo onde os hábitos já foram enraizados em tradições, histórias e cultura.

E a comida mudou tudo. Eu não posso mais comer farinha, pimenta, as coisas que eu mais gosto não vou poder comer nada. Pra mim tá sendo muito difícil, até me acostumar, o organismo também acostumar a essa comida vai ser muito difícil (ênfase). Não sei se vou me adaptar, não. (Luciana, grávida, 33 anos)

Para Bourdieu (1989), o gosto alimentar é o hábito mais resistente e duradouro e, conseqüentemente, mais difícil de mudar. Isto porque no processo de construção, afirmação e reconstrução dessas identidades, determinados elementos culturais (como a comida) podem se transformar em marcadores identitários, apropriados e utilizados pelo grupo como sinais diacríticos, símbolos de uma identidade reivindicada (MACIEL, 2005).

Eu que to com 32 anos, essa vida inteira minha eu comia tudo isso e de repente eu me encontro nessa que eu tenho que voltar a engatinhar, tenho que parar tudo e tipo recomeçar tudo de novo com uma coisa que, que... Eu num tenho habito, sabe? (Bruna, grávida, 33 anos)

As palavras nos revelam significados que dialogam tanto com o vivido quanto com o sentido, sendo que a analogia usada por Bruna para descrever este momento como “aprendendo a engatinhar” sugere uma inversão do papel de mãe cuidadora que ela deveria desempenhar, para uma mulher que precisa de cuidados, frágil. Ela sente este momento como um recomeço, um despertar para uma nova vida. A criança leva um tempo para poder caminhar sozinha, sendo o intervalo entre a dependência (colo) e a independência (andar), que é o período de engatinhar, o momento que ela vai amadurecendo e fortalecendo suas bases para caminhar. Sair do colo e em seguida caminhar é difícil já que os músculos das pernas ainda não estão devidamente fortalecidos.

O mesmo é sentido em relação à alimentação: há um tempo para que as gestantes assimilem esta nova dieta, pois ao desfazer-se de hábitos leva-se um tempo para assimilar e apropriar o novo, já que implica em se reconhecer naquilo que se faz e construir um novo significado do eu.

Não é fácil a restrição. Eu lido melhor porque acho que eu já vim de um controle anterior. Pra quem é pego de surpresa é horrível. (Clara, grávida, 42 anos)

A gravidez segue um ciclo temporal, geralmente nove meses, durante os quais o corpo da mulher vai sofrendo adaptações para acomodar a vida que está sendo gerada. Com a diabetes, a temporalidade gestacional se torna incerta, já que a prematuridade é algo recorrente nas gestações de risco, sendo esta uma das principais consequências negativas da diabetes. Assim, a necessidade de mudar os antigos padrões alimentares e adotar a nova dieta imposta é imediata, diferindo muitas vezes do tempo vivido por cada gestante.

Assim, a dificuldade sentida e experienciada pelas entrevistadas pode ser interpretada como um conflito entre as vontades inerentes a elas e às exigências impostas e que muitas vezes vão de encontro às suas vontades, tornando a trajetória da gestação penosa, árdua e desestruturante.

Então é muita coisa assim, é muita coisa que, é muita mudança que tem que ser já, sabe? É tipo assim, você tem um pesadelo e você acorda e vê que sua realidade é aquele mesmo pesadelo, eu situei como isso, sabe? Eu coloquei como isso porque não é devagar não, não é pouco, que como eu falei, vou caminhar, né? Que é como a gente aprendendo a andar. O caminho a gente vai devagar, né? Um passo agora, um passo depois, agora que eu começar a andar e já. A diabetes não é assim não. Você tem que se adaptar já, é agora, entendeu? Ou é agora ou você se prejudica mais ainda, entendeu? (Bruna, grávida, 33 anos)

5.2. “Eu decidi seguir a dieta da médica, também aí de fato a comida... Aí o sabor totalmente diferente”.

O período que as gestantes ficam internadas é marcado por intensa ambivalência e conflito já que este locus representa, simbolicamente e efetivamente, a enfermidade, constituindo-se um espaço de tratamento. Assim, a autonomia das mulheres vai sendo substituída pelo controle e a alimentação vai se tornando sinônimo de medicamento, distanciando-se daquilo que elas

compreendem enquanto comida, sua comida, aquela que possui aspectos identitários e revelam a subjetividade das mulheres.

Porque é difícil. Aí quando a gente chega aqui fica internada, meu Deus! Tem toda a restrição é bem restrito, tudo direitinho, na hora certa e eu não consigo gostar, não... não dá pra mim. [...] Então assim, hoje eu já lido melhor, mas tem todas essas causas que são às vezes difíceis da gente lidar. (Clara, grávida, 42 anos).

Segundo Soares (2011), tão importante quanto interpretar as palavras, são as ações que os sujeitos utilizam para dar sentido as suas escolhas de cuidado alimentar e também situar este espaço-tempo onde este cuidado de constitui. Essa delimitação se torna necessária já que as relações, recursos e experiências compartilhadas neste lócus irão desvelar seus significados sem eu conteúdo mais substantivo. Assim, em se tratando de um hospital, a relação com a doença se torna íntima e o distanciamento do “familiar” despertam ambivalências, dúvidas e anseios.

Aí é assim, parei, tive que parar tudo. Num estante eu vim pra cá, pro hospital longe de tudo, mas ao entrar eu decidi seguir a dieta da médica, também aí de fato a comida... Ai o sabor totalmente diferente. O frango muito bem assadinho, sem um pouquinho de sal, o feijão, o arroz, sabe? Nem na salada, nem na salada, né? Aí assim, todo dia num instante, inhame eu gosto muito de raiz, inhame, aipim, é... aquele fruta pão. Eu gosto muito, mas sem sal... num desce, sabe? Fica aqui assim e eu tenho que saber que tem o que não tem, né? (Bruna grávida, 33 anos)

Corbeau (2005), em seu estudo sobre as dimensões ocultas da comensalidade hospitalar percebeu que a recusa e a dificuldade em aceitar a dieta nestes locais ocorre devido, dentre outros fatores, ao caráter impessoal e “misterioso” do alimento, ou seja, os sujeitos não participam nas etapas de concepção dos pratos e tampouco reconhecem estes alimentos, seus gostos, sua história, tornando-o não familiar, um medicamento, um nutrir, um dever comer “porque ele [o bebê] tem que se alimentar. Mas querer mesmo eu não queria, sabe?”.

Cada estágio da concepção de um prato ou da decisão de produzir um dos ingredientes que o compõem correspondem rituais conotando o alimento, conferindo-lhe um valor afetivo, um certo grau de prestígio, permitindo degustá-lo com confiança ou apreensão. Compreende-se que, no meio hospitalar, essa sequência do comer não é nada transparente, as dimensões simbólicas são difíceis de representar e certa ansiedade passa a ser induzida em alguns

consumidores, incapazes de identificar o alimento, que alguns tenham, às vezes, tendência a querer reduzir a um simples estatuto de nutriente (CORBEAU, 2005). Assim, Fischler (2001, *apud* SANTOS 2008) diz que “se não sabemos o que nós comemos, não sabemos o que nós vamos nos tornar como também quem nós somos” (*op. cit.* p. 39). Por isso a negação prevalece sobre a aceitação, pelo fato de não aceitarem serem doentes e, sim, serem mães.

Pra mim tá sendo muito difícil, até me acostumar, o organismo também acostumar a essa comida vai ser muito difícil (ênfase). Não sei se vou me adaptar não, eu posso até tentar, mas eu não sei se vou seguir a linha não. É isso, é difícil se adaptar a essa comida sem graça, mas eu sei que tenho que comer essas coisas porque o açúcar pode subir e eu nem sentir porque as meninas falaram que a diabetes é muito falsa, meu medo é isso, tenho muito, muito medo. (Luciana, grávida, 33 anos).

Cabe ressaltar que há uma padronização da comida, já que existe uma “dieta diabética”, não havendo um respeito às preferências e individualidades de cada gestante. O hospital, de repente, agrega um conjunto de pacientes, independente da sua condição social, de sua história de vida, num lugar fora de qualquer familiaridade. “Isso é particularmente verificável, encenado, dramatizado quando se trata de nutrir consumidores inscritos em trajetórias plurais e desiguais” (CORBEAU, 2005, p. 229).

No meio hospitalar, a alimentação é dificilmente percebida como exterior ao tratamento. Seja qual for o alimento servido, não escapa de ser visto, de certa forma, como um medicamento – o que permite, em caso de fracasso, aceitar o gosto desagradável de certos pratos.

É tudo coisa integral, mas eu sei que é coisa de costume também e eu não to acostumada, não. E eu não vou mentir que aqui eu to comendo uma coisa e chegar em casa vou comer igual. É tudo diferente. E eu não gosto, não, ficar comendo essas coisas integral (risos), eu não acho legal, não acho legal mesmo (Luciana, grávida, 33 anos).

Assim, as gestantes passam a negociar o comer, reforçando que estando no hospital seguem as regras, mas “quando é lá em casa, que a gente cozinha, não é a mesma coisa, é tudo diferente”. Isto porque para os sujeitos, a alimentação não se restringe aos aspectos biológicos da nutrição nem tampouco à satisfação individual de necessidades básicas; ao contrário, apresenta complexo caráter multidimensional. Tal caráter manifesta-se no processo de transformação de produtos da

natureza em alimentos e na transformação dos alimentos em comida, operando-se a passagem do natural ao cultural, do biológico ao social, a ligação do indivíduo à sociedade.

Todavia, mesmo considerando os aspectos culturais do alimento, o fato das gestantes estarem em uma condição de risco, cujo descuido alimentar pode gerar problemas ao bebê, o peso da responsabilidade faz com que elas adotem o discurso normativo e dietético, muitas vezes contradizendo-se logo em seguida, o que evidencia a constante ambivalência vivida (e sofrida) por essas mulheres.

Cuidado que eu faço? Agora... porque realmente se eu tivesse em casa eu não diria que eu estaria fazendo o que... a dieta que eu to fazendo aqui. e aqui eu to tomando medicação, comendo tudo direitinho, pra não, nem tá alto nem tá baixo, dar normal pra mim. Realmente eu estou seguindo a alimentação certinha porque eu to aqui porque se tivesse em casa não taria fazendo, não taria seguindo direitinho o que tenho que fazer, entendeu? Aí em parte eu reclamo mas em outra parte eu acho até bom porque é um cuidado que eles tão tendo com meu bebê... com ele e comigo. (Milena, grávida, 18 anos)

Canesqui (2005) mostra que os padrões e as estruturas das refeições são culturalmente específicos para cada sociedade, e os seus arranjos refletem a continuidade das identidades sociais, da tradição e do costume, os gostos, os sabores específicos e aprendidos, simbolicamente ligados ao materno, ao artesanal e à casa. Assim, a comida envolve emoção, trabalha com a memória e com sentimentos. As expressões “comida da mãe”, ou “comida caseira” ilustram bem este caso, evocando infância, aconchego, segurança, ausência de sofisticação ou de exotismo. Ambas remetem ao “familiar”, ao próximo (MACIEL, 2005).

Eu sinto falta da comida de minha casa, da comida de minha mãe. Não gosto daqui não sabe? Tá difícil de adaptar...não vou conseguir não. (Milena, grávida, 18 anos)

5.3. “Aí eu nunca deixei de comer meu feijãozinho com farinha, minha carne do sertão com aquela gordurinha”

*Dez horas da noite
Na rua deserta
A preta mercando
Parece um lamento
É o abará
Na sua gamela
Tem molho e cheiroso
Pimenta da costa
Tem acarajé
Ô acarajé é cor
Ô la lá io
Vem benzer
Tá quentinho
Todo mundo gosta de acarajé
O trabalho que dá pra fazer que é
Todo mundo gosta de acarajé
Todo mundo gosta de abará
Ninguém quer saber o trabalho que dá
(Dorival Caymmi, A preta do acarajé)*

Cada sociedade desenvolve um modo particular de preparar, consumir e apreciar seus alimentos, expressando a diversidade e singularidade cultural que a distingue das demais, revelando o elemento constitutivo de identidade coletiva que advém da culinária. Nesse sentido, conforme aponta DaMata (1986), a alimentação apresenta-se como um importante instrumento de identificação social, devido o seu papel na produção de identidades nacionais, regionais, étnicas e religiosas. Assim, pode-se dizer que, na medida em que congrega um conjunto de práticas, relações e representações sociais, revela a estrutura social dos diferentes grupos humanos.

Segundo Franco (2010), algumas pesquisas antropológicas demonstram que a preparação do alimento e o ato de comer são atividades simbólicas cujos significados revelam aspectos das complexidades existentes em cada sociedade. A Bahia surge como um cenário que retrata bem este pensamento acima, já que foi o local onde ocorreu uma das primeiras (re)invenções das formas de preparar a comida e comer, no Brasil, a partir da chegada dos portugueses, miscigenando matrizes culinárias distintas que eram desconhecidas entre si, neste caso as influências africanas e indígenas (SANTOS, 2008).

A alimentação baiana revela os traços da sua história, cuja base se finca em alimentos fritos, gordurosos, muita carne e dendê. Ainda que a cidade de Salvador cheire a azeite-de-dendê e haja muitos tabuleiros de acarajé espalhados pela cidade, a comida trivial do soteropolitano é baseado na feijoada (feijão mulato com carne de boi e um pedaço de carne de charque); lombos (carne de

músculo); carnes mal assadas, ensopadas; moquecas e frituras; macarrão e farofa (CASCUDO, 1983).

Aí ela acha que tá descartada a possibilidade de eu comer um macarrão com molho de tomate, sabe? Uma feijoada, um mocotó eu não posso comer mais, o único feijão que eu posso comer agora é um feijão com uma carne bem sequinha, bem, sem assim nada, sabe? Só mesmo um pedacinho, sem gordura nenhuma, tirar todo sal, só mesmo pra dar um gosto, o sal zero... aí assim é difícil. (Bruna, grávida, 33 anos)

Tudo que eu gosto de comer mesmo não to comendo nada, a farinha, a pimenta, o fato, essas coisas que eu gosto de comer não vou poder comer nada. (Luciana, grávida, 33 anos)

Aí eu nunca deixei de comer meu feijãozinho com farinha, minha carne do sertão com aquela gordurinha. (Júlia, grávida, 33 anos)

A tradição “não é (ou não é necessariamente) aquilo que sempre foi; ela é aquilo que nós fazemos ser” (LENCLUD, 1987 *apud* MACIEL, 2002, p. 30). Desta forma, uma das tradições da culinária baiana que permanece até os dias de hoje, com algumas mudanças na forma de preparo, mas mantendo o caráter celebrativo, é a feijoada. Segundo Maciel (2007), o feijão com arroz acompanhado por farinha de mandioca assume outro caráter quando se transforma num prato emblemático, “possuidor de um sentido unificador e marcador de identidade”, traduzindo a nacionalidade da culinária brasileira: a feijoada. Na Bahia, a feijoada típica difere daquela reconhecida como nacional, devido o tipo de feijão utilizado, neste caso o feijão “mulatinho” ou o “carioquina. A feijoada com feijão preto é também muito apreciada, mas é chamada de “feijoada carioca”, o que marca uma verdadeira diferença identitária (SANTOS, 2008).

As práticas alimentares possuem a capacidade de identificar traços da identidade social e cultural à qual o indivíduo está inserido, além de fortalecer a construção da própria identidade, já que a escolha do que comer reflete os sentimentos vividos e as tradições nas quais os indivíduos se ancoram (POULAIN, 2004). Neste estudo observou-se que todas as entrevistadas, ao referirem-se aos alimentos que elas gostavam e foram proibidos, citavam àqueles que são apreciáveis da culinária baiana, como a pimenta, a farinha, a feijoada, o ensopado, entre outros.

Então assim, você que gosta de comer uma lasanha, sabe? Eu sou fã de lasanha, eu sou fã de macarrão, todas as massas assim geral, eu não posso mais fazer isso, eu não posso

mais comer lasanha. Aí ela acha que tá descartada a possibilidade de eu comer um macarrão com molho de tomate, sabe? Uma feijoada, um mocotó eu não posso comer mais, o único feijão que eu posso comer agora é um feijão com uma carne bem sequinha, bem, sem assim nada, sabe? Só mesmo um pedacinho, sem gordura nenhuma, tirar todo sal, só mesmo pra dar um gosto, o sal zero... Aí assim é difícil. (Bruna, grávida, 33 anos)

O comer está revestido de tradição, de rituais e de prazeres que vão além da saciedade física, buscando no paladar o reencontro com suas raízes e a afirmação de sua identidade. Compreende-se assim o quão difícil se torna para as gestantes negar todo alimento que revela aspectos da sua intimidade, já que as mudanças, além de possuírem um caráter crônico, não são bem aceitas por elas, pois elas dizem que “não tem o hábito”, “não consigo me adaptar a essa comida sem gosto”, “essa comida integral eu não to acostumada, não”.

E eu não gosto não, ficar comendo essas coisas integral (risos), eu não acho legal, não acho legal mesmo. Essa coisa integral... tudo que eu gosto de comer mesmo não to comendo nada, a farinha, a pimenta, o fato, essas coisas que eu gosto de comer não vou poder comer nada. (Luciana, grávida, 33 anos)

Por mais que os alimentos integrais estejam cada vez mais vinculados a um discurso do *saudável*, encontrando legitimação no campo biomédico e estando muito difundido pelos meios de comunicação, estes ainda enfrentam muita resistência em serem aceitos e apreciados entre alguns segmentos sociais, principalmente os mais pobres, devido a alguns fatores como falta de hábito, que culmina na não apreciação gustativa, não identificação com este tipo de alimento e, principalmente, o fato de não “encher a barriga” e, por mais que comam, não satisfazem suas necessidades físicas.

O pão integral não é igual ao pão francês, o pão que eu to acostumada a comer, porque eu comia e enchia o estomago, já o pão integral acabo de comer parece que ainda falta alguma coisa aqui dentro é... Aí assim... É só porque eu continuo comendo a mesma coisa, quer dizer, em menos quantidade, mas tudo controlável, arroz integral quando eu como sinto mais fome, sinto aquela ansiedade de comer mais. E o normal não era assim. Eu comia e me alimentava, sabe? O estômago cheio. (Bruna, grávida, 33 anos)

O alimento é percebido como um meio para “matar a fome” sendo, por isso, preferível comer alimentos ricos em gordura e farinhas porque cumprem essa função de saciedade. Para Campos

(1982), os alimentos considerados “fortes”, como arroz, feijão e carne são mais apreciados pelos indivíduos que possuem baixa renda. Para este autor, esses alimentos “enchem a barriga” e dão a sensação de poder passar um período de tempo longo sem comer. Dessa forma, a alimentação diet, ou àquela relacionada à dieta diabética é avaliada como insuficiente ou inadequada já que não sustenta o corpo.

5.4. “Que você tomar um café doce de repente ter que tomar ele amargo, ó a diferença entre doce e amargo. O doce a gente toma c mais gosto, né?”

A batalha das vitaminas, a esperança do equilíbrio nas proteínas terão de atender às reações sensíveis e naturais da simpatia popular pelo seu cardápio, desajustado e querido. (...) É indispensável ter em conta o fator supremo e decisivo do paladar. Para o povo não há argumento probante, convincente, contra o paladar... (CASCUDO, 1983, p. 19)

Através do paladar podemos sentir o alimento na sua integralidade, ou seja, o resgate do significado que determinado gosto desperta no imaginário individual. O prazer (e desprazer), as memórias, as lembranças, o gozo que um gosto sugere permite os indivíduos apreciarem e saborearem momentos e histórias. “O paladar é uma função delicada, sensível e respeitável como a visão e a audição” (NASCIMENTO, 2007).

Dentre os diversos sabores que são sentidos pelo paladar, os doces ocupam uma posição de destaque, sendo muitas vezes sinônimo de felicidade. O gosto doce ao ser sentido desencadeia sensações prazerosas, de alegria e satisfação, sendo por isso utilizado em algumas expressões como “adoçar a vida”, para retratar estes sentimentos vividos.

Hoje mesmo conversei com a nutricionista aqui, o mingau de aveia, e eu amava o mingau de aveia, aí sabe? O mingau de aveia com açúcar, mingau de aveia com leite integral, né? Agora é mingau de aveia com adoçante e com leite desnatado não é o mesmo gosto, não me satisfaz... Sinto que falta algo. (Bruna, grávida, 33 anos)

Eu falei assim pro meu marido: meu amor, eu to doida pra comer um bolo de chocolate daqueles quentinho, da delicatessen que quando a gente passa desce aquele chocolate, mas pode ficar na minha imaginação porque eu não posso mais comer ele. Se eu comer aquele bolo, uma fatia que eu comer, só Deus sabe o que pode acontecer, entendeu? É melhor parar e aí tem essas coisas que vai sendo mais difícil pra mim. (Bruna, grávida, 33 anos).

A retirada do doce, cristalizado em açúcar, desencadeia muitos sentimentos de desespero, angústia e desprazer, devido ao apego que as mulheres construíram a este sentido, interferindo fortemente na aceitação e conduta do novo padrão alimentar exigido. Quando Bruna fala da diferença entre o doce e amargo vai muito além do paladar, alcançando esferas do campo emocional, já que o amargo denota insatisfação, raiva, ansiedade, que são reflexos dos sentimentos vividos pela maioria das entrevistadas:

Você tomar um café doce de repente ter que tomar ele amargo, 'ó' a diferença entre doce e amargo. O doce a gente toma com mais gosto, né? (Bruna, grávida, 33 anos)

No trabalho realizado por Quevedo (2006) com gestantes de risco, ela pôde observar que entre as diabéticas o consumo de doces, que estava intimamente associado à alteração das taxas de glicemia, era relatado como habitual antes do diagnóstico do diabetes, e, mesmo após a confirmação da enfermidade, elas ainda “caiam na tentação”. Diversos estudos realizados com gestantes diabéticas observaram que a vontade de comer doces havia se intensificado, tornando-se, em alguns casos, “irresistível” (QUEVEDO, 2006; BARSAGLINI, 2006; OLIVEIRA, 2009). Segundo a visão biomédica, este fato pode ser interpretado como uma necessidade bioquímica de glicose a ser processada pelo organismo, devido o uso de medicamentos hipoglicemiantes. Todavia, segundo Barsaglini (2009), as gestantes entendem que a enfermidade é tomada como uma entidade que tem vontade própria e precisa ser alimentada (com açúcar) o que, por outro lado, lhe proporciona certo conforto moral por eximi-la da culpa pela transgressão alimentar e negligência com a própria saúde.

Desta forma observa-se que o proibido parece acirrar o desejo, como descrito por Júlia:

É como eu tava dizendo, não como doce. E não é fácil não porque às vezes você até sabe dos riscos daqueles desejos que você tem, eu mesmo tenho tantos desejos... (Júlia, grávida, 33 anos)

Péres et al (2006) afirmam que da proibição surge o desejo e desse desejo surge a transgressão. Na verdade a proibição aguça o objeto do desejo, quanto mais proibido mais desejado se torna. Para estes autores, a transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida da pessoa portadora de diabetes. “O desejo alimentar está sempre presente na vida do indivíduo diabético. Esse mesmo desejo o faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa” (*op. cit.*).

Assim, o desejo expresso por Júlia demonstra que a transgressão, neste caso, pode ser entendida como algo incontrolável, comum às grávidas e que ela “tinha de qualquer forma” saciar a sua vontade, utilizando-se do discurso comumente difundido de que “toda grávida deve ter seus desejos atendidos”. Assim, a culpa é minimizada pela obrigação de atender a “uma coisa do bebê, parecia que ele que queria” e a ambivalência entre o *querer* e não *poder* se torna secundária:

Um dia mesmo eu tomei um mingau de tapioca com açúcar! Eu tinha que tomar aquele mingau... Que foi assim, eu antes da gravidez nunca sabia o que era sentir um desejo, eu achava que era coisa de mulher, assim, que gosta de ter um caprichinho e usa a gravidez pra conseguir o que quer, sabe? Mas aí dessa vez que eu fui entendendo que quando você tem vontade que foi o que aconteceu comigo. Eu tinha que de qualquer forma comer aquele mingau E aí eu cheguei a chorar mesmo porque a menina não podia, ela ficou com pena, coitada, aí ela disse: eu não posso dar porque não tá com adoçante. Aí ela trouxe um com adoçante porque ela não podia se prejudicar por causa de mim e eu entendia, mas era uma coisa do bebê, parecia que ele que queria. Aí a minha colega de cama pegou o mingau dela e trocou comigo que eu queria porque queria o açúcar mesmo. Aí fui e tomei. Quando a médica chegou no outro dia eu fui e falei pra ela, aí ela: quem foi que lhe deu o mingau? Aí eu: não doutora, eu não posso lhe dizer quem me deu, eu só sei que eu tava com vontade mesmo e eu tomei o mingau. (Júlia, grávida, 33 anos)

5.5. “Então hoje eu não vou, eu não vou pra festa de aniversario só olhar, entendeu?”

*Salta a cerveja estupidamente
Gelada pr'um batalhão
E vamos botar água no feijão
(Chico Buarque- Feijoada completa)*

“Comida é refeição, é convívio. Comer junto significa aliar-se” (NASCIMENTO, 2007, p. 53). Esta afirmação retrata bem a relação íntima da comida e da partilha. Desta forma, o prazer de comer estimula e desdobra-se no prazer de interagir, na medida em que é instrumento de comunicação e, conseqüentemente, de agregação. Marciel (2006) traz a ideia de que numa relação de comensalidade⁹, o *com quem* envolve partilha, o que transforma o ato alimentar em um acontecimento social. A palavra companheiro provém de *cum panem*, “os que compartilham o

⁹ Comensalidade está relacionada à partilha do alimento, ao ato de comer junto.

pão”. Assim, a comensalidade, o “comer juntos”, é o momento de reforçar a coesão do grupo, pois ao partilhar a comida partilham sensações, tornando-se uma experiência sensorial compartilhada.

Em casa eu sempre gostei de domingo, tá todo mundo reunindo, o pessoal ouvindo musica tudo. E eu, como é que eu vou encarar? Todo mundo comendo aquela comida que eu amava comer, que eu amo comer, que eu não vou dizer que eu deixei... Que não deixa assim, né? (Bruna, grávida, 33 anos)

“A sabedoria em matéria alimentar pode ser vista como vinda da experiência do gosto, não só dos alimentos, mas da vida social” (CAMPOS, 1982). Na sociedade brasileira, praticamente não existe festa sem comida. A alimentação permeia diversas relações sociais, como casamentos, aniversários, batizados, ocasiões fúnebres, reuniões familiares, políticas e religiosas. Em volta da mesa se organizam as confraternizações, são transmitidos valores e crenças, são reforçados os vínculos e as trocas afetivas. O prazer da mesa pode nos preparar para outros prazeres e também nos consolar ou compensar perdas.

Eu deixar de comer brigadeiro, festa de aniversario, amo um bolo confeitado, né? Coxinha, que em casa eu mesmo faço, empanada, empada, tudo isso eu to proibida, proibida mesmo de comer, entendeu? Então hoje eu não vou, eu não vou pra festa de aniversario só olhar, entendeu? (Bruna, grávida, 33 anos)

Você não poder comer moqueca, não pode almoçar junto com os outros, não poder comer um pão, [...] eu quero ver se você não come, come sim, ainda come com gosto! Não come assim coisa doce, mas fora isso fica mais difícil mesmo, é restrição demais. Eu acho... Eu não consigo. De jeito nenhum. (risos) É bem complicado, viu? (Júlia, grávida, 33 anos)

As falas acima expressam uma forte ambivalência relacionada às restrições alimentares, já que por um lado prometem proteger contra danos futuros, mas também provocam uma vida de privações e solidão, pelo fato de o ato de comer ser um evento social e carregado de significados sociais (CANESQUI, 2005). Desse modo, como aponta Barsaglini e Canesqui (2010), num trabalho realizado sobre a alimentação e a dieta alimentar em diabéticos, as proibições de comidas que são valorizadas pelos indivíduos e dos doces, que são consumidos nas refeições compartilhadas em determinadas ocasiões festivas, podem acarretar ou serem compreendidas

como perdas sociais, revelando dificuldades e isolamento para as pessoas com diabetes, o que acarreta em conflitos na própria identidade individual.

Essas mesmas autoras revelam que o portador de diabetes quando submetido às restrições alimentares, sente que há uma perda da autonomia, calcada na ideia de segregação e falta de liberdade de escolha alimentar, levando o sujeito a isolar-se por se ver tolhido de vivenciar plenamente a sociabilidade em torno da alimentação ou das bebidas, que reforça os vínculos sociais. Desta forma, expressões como “não tenho vontade mais de sair”, “sair pra quê? se eu não posso comer nada” ou “não vou sair só pra ficar olhando” revelam o sofrimento que é sentido e vivido de diversas formas pelas gestantes, manifestando-se por quase todas em recuo social. As impossibilidades de desfrutar dos banquetes, dos momentos de socialização nos quais a comida serve de amálgama, proporcionando a união e socialização de todos “em volta da mesa”, faz com que as mulheres optem pelo isolamento, mesmo que seja difícil abrir mão destes momentos de prazer.

Mudou toda a minha vida. Eu tinha uma vida diferente, eu tinha uma vida assim: eu saia com minhas amigas, com meu marido, eu curtia da balada, bebia e aí depois disso eu tive que mudar tudo. Não pude mais sair assim pra balada, pra beber, eu tive que... Meus amigos também não são mais os mesmos, a alimentação... Eu tive que parar de comer praticamente tudo. Hoje você sai e tudo aquilo que você gosta não pode comer, a verdade é essa. Você tem que abrir mão de tudo, de doce, da gordura, de tudo, que você quer ali, os olhos veem, você quer e aí você sabe que não pode e sempre tem que ter alguém ali perto de você pra dizer: não, você não pode. É muito difícil. E em relação a passar mal, essas coisas. (Leidiane, grávida, 35 anos)

Eu saia e chegava tarde, comia tudo, ia pra festa e bebia, aí agora não vou mais poder fazer porque tenho que me cuidar. (Luciana, grávida, 33 anos)

O alimento, enquanto identidade coletiva, expressão de tradições e de grupos sociais, é um elemento de agregação, de pertencimento, de sentir-se *com* outros. Desta forma, o não poder compartilhar a comida acaba tornando-se um meio de distinção e que legitima as diferenças, neste caso reforçando a ideia da enfermidade em contraposição à vida e saúde que as mulheres carregam em seu ventre.

A perda da liberdade de escolha e do compartilhar acaba sendo lido (e vivido) enquanto uma perda do próprio senso de identidade, o que reforça a desestruturação do cotidiano e da biografia

individual, ou seja, da reconstrução identitária que está sendo exigida neste percurso não normativo, que as entrevistadas estão experienciando. Assim, algumas delas passam a pensar em estratégias para enfrentar esta situação, evitando o isolamento, podendo continuar compartilhando os espaços de convívio social, como expresso na fala de Bruna:

Quando eu chegar em casa vou comprar a macarrão integral, tudo integral, tudo que eu puder comprar integral, né? Desnatado. Mas vou fazer minha lasanha light, de verdura, vegetariana e vou comer minha lasanha gostosa, com muito esforço, vou botar na boca como aquela coisa mais gostosa do mundo. [...] Vou fazer lasanha em casa normal pra família, mas a minha vai ser mais deliciosa que a deles, viu? [...] Se eu não encarar isso dessa forma, eu vou me deprimir, sabe? (Bruna, grávida, 33 anos)

Assim, partindo do pressuposto que sentar-se juntos para comer significa deixar de lado as diferenças, não importa quão diferente seja a preparação, contanto que “a gente fica junto, né? a gente come, dá risada, por mais que a minha comida não seja tão gostosa quanto a deles” (Bruna, grávida, 33 anos).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Sou grata à Luz que me orienta ..
ilumina ...meus pés ..meu caminho*

Após adentrar no universo vivido pelas gestantes em condições de risco, pude perceber que as repercussões que este rótulo carrega reverberam de diferentes maneiras no cotidiano das mulheres entrevistadas. Tanto no que se refere aos aspectos subjetivos, relacionados à auto-imagem, em que geralmente se instala uma crise identitária. Neste caso o ser-mãe é repensado e reconfigurado a todo o momento, numa espécie de negociação entre elas e a condição de enferma, buscando normatizar uma trajetória que é, em si, não-normativa. Quanto os aspectos intersubjetivos, pois o mundo que elas viviam já não comporta este novo eu, exigindo um reposicionamento frente a hábitos e atitudes para com a sociedade.

As sete histórias narradas e protagonizadas pelas gestantes demonstram o quão heterogêneas são as maneiras de experienciar a maternidade e seus desdobramentos, ressaltando o quanto a presença de uma enfermidade crônica interfere na trajetória gestacional. O desejo pela maternidade é influenciado pela condição de risco, já que há uma quebra da naturalidade e familiaridade com que este evento é vivenciado (ou esperado) no imaginário feminino, e na sociedade.

Desta forma, torna-se difícil generalizar os sentimentos que são despertados com a descoberta da diabetes e da gestação, todavia invariavelmente estes dois eventos juntos implicam em uma quebra da linearidade vivida no cotidiano destas mulheres, havendo uma necessidade de encontrar estratégias para enfrentar esta nova situação que está posta, sendo a dificuldade claramente expressa nas palavras e o medo das incertezas futuras sentidas em cada gesto e lida no indizível.

A maternidade aparece nas narrativas enquanto um “sonho que está se concretizando”, “um choque”, “não tem nada de bom”, “estou aceitando”, “to muito feliz”, sendo que esta diversidade de sentimentos relacionados ao ser-mãe são influenciados por diversos fatores que vão permear aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

Aspectos individuais também vão interferir na aceitação/não aceitação da maternidade, sendo que a maneira como cada uma lida com sua condição de enferma aparece como um dos pontos mais relevantes. O rótulo de risco vinculado à gestação já é suficiente para que elas se identifiquem como ‘diferentes’ em contraposição à normalidade e exacerbe os sentimentos ambíguos e

conflituosos, sendo estes reforçados com o controle rígido, seguido de medicações e internamento, sendo estes procedimentos interpretados como doença, contrapondo ao sentimento de vida que está sendo gerado por elas.

Ressalta-se que dentre os controles impostos às gestantes, as restrições alimentares surgem enquanto as mais difíceis e sofridas, já que há uma resistência em abrir mão dos prazeres da comensalidade e do papel que esta comida desempenha enquanto marcador de identidade individual e coletiva, já que você se vê no que você come e com quem você come. Assim, algumas gestantes resistem ou rejeitam as prescrições alimentares dos profissionais de saúde em que prevalece o discurso imperativo do dever mudar sem considerarem os diversos papéis e significado simbólico que a comida pode desempenhar, como companheira, aliada, inimiga, amiga, consoladora e nos momentos de ansiedade e medo, esta passa a protagonizar o papel de “válvula de escape”.

Com isso, algumas entrevistadas passaram a substituir o imperativo do controle dietético, negociando-os e ajustando-os aos seus padrões e preferências alimentares. Nota-se que algumas expressões como “tentar”, “diminuir”, “evitar” foram sendo substituídas pelo proibido simbolizando formas de gerenciar a alimentação na condição do diabetes atenuando, portanto, o caráter punitivo das transgressões, com permissibilidade.

Cabe ressaltar o quão difícil é para as gestantes a retirada do doce, já que este desempenha um papel importante nas fantasias gustativas e nos desejos proibidos pela condição de risco, desencadeando muitos sentimentos de desespero, angústia e desprazer, devido ao apego que as mulheres construíram a este sentido, interferindo fortemente na aceitação e conduta do novo padrão alimentar exigido.

As narrativas das mulheres expressaram uma forte ambivalência relacionada às restrições alimentares, já que por um lado, e seguindo os discursos médico- legítimos, essas restrições prometem proteger contra danos futuros, mas também provocam uma vida de privações e solidão, pelo fato do ato de comer ser um evento carregado de significados sociais.

Assim, percebeu-se que diversos são os significados que os alimentos adquirem durante a gestação de risco, ora medicamentos, ora fuga, ora aliada, ora endemoniada, todos convivendo num eterno negociar entre os prazeres e os deveres, entre o bem e o mal, revelando a complexidade e as ambivalências partilhadas e experienciadas por todas as gestantes.

O papel dos profissionais de saúde também merece destaque já que ao mesmo tempo em que são visto enquanto os “fiscais”, os controladores e ditadores do cuidado alimentar, eles servem de alicerce na busca de uma segurança e uma certeza, frente a um cenário de riscos e (im)possibilidades futuras., revelando, assim, o caráter legítimo e curador embutido no discurso e nas práticas médicas-científicas.

Compreendendo a complexidade em torno da temática alimentar e a situação de risco real vivida pelas gestantes entrevistadas, percebe-se que muitas vezes as representações sobre as práticas alimentares que elas constroem vão manifestar conflituosamente as oscilações do comportamento alimentar ora construídas pela preocupação com a saúde, ora por outros valores. Assim, é preciso que estas mulheres sejam vistas enquanto sujeitos, cuja história de vida e as condições sociais refletem a singularidade de cada uma, cabendo aos profissionais de saúde buscar perceber, através da escuta sensível, estes universos simbólicos.

Desta forma, através das falas das gestantes, da imersão no universo hospitalar *de risco* e das reflexões que me foram despertadas durante todo este processo, trago algumas possibilidade para serem trabalhadas com essas gestantes, na perspectiva de diminuir as angústias, ansiedades e medos que norteiam este período, principalmente quando internadas: a prática de um cuidado consciente com amor-bondade e serenidade; trabalhar nas gestantes a consciência do papel delas enquanto protagonista do seu tratamento, através de uma relação autêntica, permitindo e mantendo pensamentos e opinião própria, através de uma relação dialógica e, assim, desenvolver uma relação de cuidado de ajuda-confiança; presença verdadeira na relação, aceitando os seus próprios sentimentos positivos e negativos e do outro ser que está sendo cuidado; criação de um ambiente saudável em todos os níveis, físico ou não; cuidado consciente e humano, buscando esclarecer dúvidas e anseios relativos ao tratamento, evitando impor uma dietética e sim dialogar acerca da possibilidade real de cumprir determinadas ‘regras’, mostrando o quanto é necessário haver uma relação de cumplicidade e vínculo entre os profissionais e as gestantes.

Concretizando essas ações baseadas nos significados revelados neste estudo, surgem outras possibilidades de cuidado a essas mulheres: propiciar momentos de encontros entre os profissionais de saúde e as gestantes para fortalecer a relação e conseqüente esclarecer as dúvidas quanto ao tratamento e as condutas terapêuticas; facilitação da comunicação dos familiares, compreendendo estes aliados do tratamento e atores essenciais de suporte e proteção; sensibilizar os profissionais do pré-natal sobre a melhor maneira de dar a notícia do diagnóstico de diabetes e

da importância e necessidade da hospitalização; o acolhimento desta gestante desde a admissão até o leito de internação apresentando este paciente aos profissionais do serviço e informando sobre as rotinas deste novo ambiente, facilitando a comunicação das recém-chegadas com as outras grávidas já internadas; conversar com os profissionais que lidam diretamente com o alimento para que haja uma apresentação prévia do cardápio às gestantes, tornando este alimento mais familiar, possibilitando uma maior adesão e diminuindo as aversões e resistência existentes (e muitas vezes construídas); acompanhar diariamente a dieta das gestantes, evitando padrões e, sempre que possível, respeitar as diferenças e preferências de cada uma.

Desta forma, compreendo que o importante neste trabalho durante o processo de cuidado da gestante diabética internada é o bom senso, a boa vontade, a atitude de estar verdadeiramente aberto para esse encontro profissional-gestante e a disponibilidade de ouvir essas mulheres com tantas experiências e histórias de vida para compartilhar.

Por último, desejo que este trabalho sirva de reflexão para os profissionais de saúde que mantêm atividades educativas nas unidades em que exercem seu trabalho, neste caso na maternidade, acerca da prática do cuidado e da atenção dispensada à gestante de alto risco. Que entendam que a gestante de alto risco é um ser humano que tem sentimentos, desejos e sonhos. E como tal, necessita de uma assistência médica mais humanizada, coerente com os preceitos ditados pelos programas atuais direcionados à saúde materna, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada, tanto ao nível hospitalar quanto à atenção básica e não focando a atenção apenas na saúde do bebê.

7. REFERÊNCIAS

ADAM, P. E HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: Edusc, 2001. 144p.

ALVES, P. C.; SOUZA, I.M. Escolha e Avaliação de Tratamento para problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B. E SOUZA, I.M. (orgs). *Experiência da Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, P. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 9, Jul/Set, 1993. p.263-271

ANDERBERG, E. R. N. et al. Diabetes and pregnancy: women's opinions about the care provided during the childbearing year. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Suécia. v. 23, n. 1, 2009.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev Latinoam. Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 1, 2007.

ARNAIZ, M. G. Em direção a uma nova ordem alimentar. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R.W.D. (Orgs.) *Antropologia e Nutrição: Um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p 147-166. (Coleção antropologia e saúde)

_____ *Paradojas de la alimentacion contemporânea*. Barcelona: Içaria, 1996.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando ntercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n.1, jan./mar. 2007. p. 120-128.

AYRES et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 76p.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

_____ *La femme et la mere*. Paris: Flamarion, 2010.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A alimentação e a dieta alimentar no gerenciamento da condição crônica do diabetes. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010.

BARSAGLINI, R.A. *Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes*. 2006. Tese (Doutorado). - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

BARRÓN, L.M.A; RODRIGUES, V.E. Violência intrafamiliar como factor de riesgo em mujeres embarazadas. *Dessarollo de La Enfermaria*. Espana. V.14, n.3, abr. 2006. p.77-80.

BARRON, W. M.; LINDHEIMER, M. D. *Complicações médicas na gravidez*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 446 p.

BASSANEZI (Coord) . *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2006.

BASSO, N. A. de S. et al . Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal: diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, Mai 2007.

BASTOS, L. da S. et al . Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011.

BELAND, I.L.; PASSOS, J. Y. *Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1978.

BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. *Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. 2. ed. Piracicaba: Ed. da UNIMEP, 1997. 231 p.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: Difel, c1989. 311 p.

BRILLAT-SAVARIN, J.A. *A Fisiologia do gosto*. Trad. Enrique Renteria. Rio de Janeiro: Salamandra, 1989.

BRÜGGEMAM, O.M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M; BRÜGGEMAM, O.M. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 131p.

BRUNER, J. *Making Stories. Law, Literature, Life*. Londres: Havard University Press, 2002.

BURROW, G. N.; FERRIS, T. F. *Complicações clínicas durante a gravidez*. 4. ed. São Paulo, SP: Roca, 1996. 597 p.

BURY, M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, v. 13, 1991.

CAMARGO JR, K.R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003. 195p.

CAMPOS, M.S. *Poder, saúde e gosto*. São Paulo: Cortez; 1982

CANESQUI A. M. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec/ Fapesp; 2007. 149

_____ Mudanças e Permanências da Prática Alimentar Cotidiana de Famílias de Trabalhadores. In: CANESQUI, A. M; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

- CASCUDO, C. *História da Alimentação Brasileira*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1983.
- CASTELLANOS, M. E. P. et al. Evidence produced by qualitative investigations on type 2 diabetes: a review of the literature. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 36, Mar. 2011.
- CHARMAZ, K. Loss Of Self: a Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of health and illness*. V. 5, n. 2, 1983.
- CHAVES S. S. *Significados da maternidade para mulheres que não querem ter filhos*. 129f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- COLLIER, S. A. et al. A Qualitative Study of Perceived Barriers to Management of Diabetes Among Women with a History of Diabetes During Pregnancy. *Journal of Women's Health*. EUA. v. 20, n. 9, 2010.
- CORBEAU, J. P. Alimentar-se no hospital: as dimensões ocultas da comensalidade. In: CANESQUI, A. M; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- COSTA, I.G. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, v.23, n.1, jan.2002. p.30-46
- CORRÊA F.H.S., GOMES M.B. Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. *Arq Bras Endocrinol Metab*. Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, 2004.
- CUPPARI, L. *Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis*. Barueri, SP: Manole, 2009. 515 p.
- D'INCAO, M.A. Mulher e família burguesa. In: PRIORE M. D. (Org.) *História das mulheres no Brasil*. 8 ed. Contexto, São Paulo, 2006.
- DaMATTA, R. Sobre o simbolismo da comida. *Correio da Unesco*, v. 15, n. 7, 1987. p.21-23.
- _____. *O que faz o Brasil, Brasil?*. Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
- DEBRAY, R. *O equilíbrio psicossomático: Um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- DELFINO, M.R.R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 2004.
- DIAS M. S de ET al. Alto estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas. Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n.12, 2008.
- DONNANGELO, M.C.F. Medicina na sociedade de classes. In: _____. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

- DOURADO, V. G. ; PELLOSO, S. M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 1, 2007.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- _____ Fetal and maternal outcomes in Indo-Asian compared to caucasian women with diabetes in pregnancy. *QUE J Med* . UK, v. 93, 2000.
- DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia* v. 7, n. 2, 2002.
- FISCHLER, C. *L'(H)omnivore*. Barcelona: Anagrama, 1995.
- FRANCO, A. *De caçador a gourmet: uma história da gastronomia*. São Paulo: Editora SENAC, 2001.
- FRANCIONE, F. F.; SILVA, D. G. V. da. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de conveniência. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 16, n. 1, 2007.
- FREITAS, M. do C. de.. *Agonia da fome*. 1. ed.: Salvador, EDUFBA, 2003.
- FROMM, E. *A arte de amar*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1995. 160p.
- GADAMER, H. G. *Verdade e Método II; Complementos e índice*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.
- GARCIA, R. W. D. Alimentação e saúde nas Representações e Práticas alimentares do Comensal Urbano. In: CANESQUI, A. M; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- GILLESPIE, R. Childfree and feminine: understanding the gender identity of voluntarily childless women. *Gender and Society*,v 17, n. 1, p. 122-136, 2003.
- GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*,v. 9, n. 4, 2001.
- GOOD, B. Illness representations in medical anthropology: a reading of the field. In: B. Good. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. P. 25 – 63, 1994, 242 p.
- GUERRA, C. A. et al . Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 2, Jun. 2005.
- HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 1325p.
- HERNÁNDEZ, J. C.; ARNAIZ, M. G. *Alimentacion e cultura: perspectivas e antropológicas*. Barcelona: Editorial Ariel, 2005.

HEURTIN-ROBERTS, S. 'High-pertension': The Uses of a Chronic Folk Illness for Personal Adaptation. *Social Science and Medicine* v. 37, 1993.

HYDEN, L. C. Illness and Narrative. *Sociology of Health and Illness*. V. 19, Jan. 1997

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas*. ed. International Diabetes Federation, 2009. Disponível em: www.idf.org. Acesso em 12 de outubro de 2012.

IRIGOYEN, S. Das M., et al. Neonatal outcomes of macrosomic births in diabetic and non-diabetic women. *Rev. Arch Dis Child Fetal Neonatal*. USA. v. 94, n. 6, 2009.

JOHANSSON, K et al. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal of Nursing Studies* . Suécia, 2008.

JOVCHELOVITCH, S. e BAUER, M.V.. Entrevista narrativa. In. BAUER M. V e. GASKELL, G.(Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: 204 Vozes, 2002.

KIEFFER, E.C; ET al. Influence of Diabetes during Pregnancy on Gestational Age-specific Newborn Weight among US Black and US White Infants. *Am. J. Epidemiol.* V. 147, n. 11, 1998.

KLEIN, M. *O sentimento de solidão*. Rio de Janeiro: Imago. 1975.

LÓPEZ, Y. A. A. *Vidas con lmc: experiencias, significados y prácticas de enfrentamiento de leucemia mieloide crónica*. 2010. 234P. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador.

LUZ, M. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MACIEL M. E. Identidade Cultural e Alimentação. In: CANESQUI, A. M; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MALDONADO, M.T.P. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16.ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARCELINO, D. B.; CARVALHO, M. D.de B. Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, Apr. 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989.

MAUAD FILHO et al. Diabetes e Gravidez: Aspectos Clínicos e Perinatais. *RBGO*, São Paulo, v. 20, n. 4, 1998.

MENDENHALL , E. E. et al. Speaking through diabetes: Rethinking the significance of lay discourses on diabetes. *Med Anthropol*. EUA, v. 24, n. 2, 2010. p. 220-239.

- MEYER, D. E. E.. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Revista Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, 2005. p. 81-104.
- MONTENEGRO J. R, et al . Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FMRP-USP no período de 1992-1999. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2001.
- MONTGOMERY, M. *Mulher: uma visão científica e humana do universo feminino*. São Paulo: Gente, 1997. 230p.
- MOREIRA, A.D. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002. 152p.
- MURPHY, et al. Personal experiences of women with diabetes who do not attend pre-pregnancy care. *Diabetic Medicine*. Reino Unido. v. 27, n. 1, 2012.
- MURPHY, J. M.; ROBBINS, D. Implicações psicossociais da gestação de alto risco. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- NASCIMENTO, B. C. *Comida: prazeres, gozos e transgressões*. Salvador: EDUFBA, 2 ed, 2007.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas*, v. 8, n. 2., 2000
- NOLAN, J. A. et al. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. *J Am Acad Nurse Pract*. EUA. v. 23, n. 11, , 2010.
- NOMURA, R. M. Y. et al . Vitalidade Fetal em Gestações Complicadas com Diabete Melito Pré-Gestacional: Um Estudo Longitudinal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Mar. 2002.
- OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M.F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2011.
- _____. *Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão*. 2008. 111p. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- PERES, D.S.; FRANCO, L. J; SANTOS, M. A. dos. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, Abr. 2006
- PESSOA, S. M. F. *O Significado do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizada*. 2008. 254p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Fortaleza, 2008.
- POULAIN, J.P.. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: Ed UFSCAR, 2004.

QUEVEDO, M. P.; LOPES, C. M. C. ; LEFEVRE, F. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 16, n. 1, Abr. 2006.

_____. *Entre o sonho e o risco: os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco*. 2001. 170p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M., *Experiência de doença e narrativa*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 1999.

RAY J. G. et al. Maternal and neonatal outcomes in pregestational and gestational diabetes mellitus, and the influence os maternal obesity and weight gain: the DEPOSIT study. *QUE J Med*. Canada, v. 94, Mai 2001.

REMEN, R.N. *Histórias que curam: conversas sábias ao pé do fogão*. São Paulo: Ágora, 1998.

ROGERS, N. *A mulher emergente*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. 193 p.

RUSSELL, N.E. et al. Effect of pregestational diabetes mellitus on fetal cardiac function and structure. *Am J Obstet Gynecol* . Irlanda, v. 199, n. 7, 2008.

SANTOS, L. A. S. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador- Ba*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SCAVONE, L. as múltiplas faces da maternidade. *Cad. Pesq.*, São Paulo, p. 37-49, 1985.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as Ciências Sociais. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 16, 2001.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface Comunic, Saúde, Educ*,v.5, n.8, p.47-60, 2001.

SCHUTZ, A. *Bases da Fenomenologia*. In: *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979, p53-76.

_____. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCOTT M. N.; ROBERT S. L. Type 1 diabetes in pregnancy: influences on mother and fetus. *Fetal and Maternal Medicine Review*, v. 20, 2009.

SCUCES, M. Diabetes y embarazo. *Rev. De obstetrícia y ginecologia de Venezuela*. Venezuela, v. 71, n. 1, 2011.

SILVA L., SANTOS R. C. , PARADA C. M. G. L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 6, 2004

SILVA, V.W. *A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal*. São Paulo: Manole. 2002. 155p.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n.2, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Rio de Janeiro: SBD; 2008.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 124p.

SORÉ, C. e PARELLA, S. “Nuevas” expresiones de la maternidad: Las madres con carreras profesionales “exitosas”. *Revista Española de Sociología*, v. 4, 2004.

SPARUD-LUNDIN, C; BERG, M.. Extraordinary exposed in early motherhood-a qualitative study exploring experiences of mothers with type 1 diabetes. *BioMed Central*. v. 11, n. 1, Suécia, 2010.

STASEVSKAS, K. O. *Ser mãe: Narrativas de hoje*. 1999. 195f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo- USP, São Paulo, 1999.

TAKEI, R. F. *A maternidade adolescente como uma experiência familiar: Uma análise de narrativas de mães de diferentes níveis socioeconômicos*. 2008. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2008.

TEDESCO, J.J. *A grávida suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu, 2002. 463 p.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface*, v. 10, n. 20, 2006.

VACHOD, L.; SANTOS, R. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro: Extra, p.23-3. 1996.

VARGAS, E. P. ‘Casais inférteis’: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

VIEIRA, R.J.S. *Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural*. 2004. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

VOLKMER, V. *Significados da maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes*. 2009. 214f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

WANG, C.Y.; FENSKE, M.M. Self-care of the adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ*. v.22, n. 5, 1996.

WINKVIST, A.; MOGREN, P. 'From stunned to gradual balance'- women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scandinavian journal of caring sciences*, v. 24, n. 3, 1996.

ZAMPIERI, M.F.M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.22, n.1, jan. 2001. p.140-166.

ZITTOUN, T.. The role of symbolic resources in human life. In: VALSINER, J., ROSA, A. (eds.) *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*, New York: Cambridge University Press, 2007.

_____. People in transitions in worlds in transitions: ambivalence in the transition to womanhood during world war II. *Cultural Dynamics of women's lives*. P. 59-76, 2009.

ANEXO 1. Roteiro da entrevista narrativa

✓ **Formulação inicial, seguida de pergunta disparadora:**

“Eu imagino como o período da gestação é importante e marcante na vida de uma mulher e no seu caso, com a diabetes, deve mexer com muitos sentimentos dentro de você. A diabetes implica em muitas mudanças, sendo a dieta uma delas. Por isso me conte como você está se sentindo em relação a se tornar mãe? E nesse processo, como você sente essas mudanças na sua alimentação?”

✓ **Temas que deverão ser questionados caso não apareçam ao longo da narrativa:**

- *Qual o significado da maternidade para estas gestantes de alto risco;*
- *Como a participante experiênciava o diabetes enquanto gestante;*
- *Qual o sentido adquirido pelo alimento após a gestação;*
- *Como a participante lida com o tratamento imposto;*
- *Como os saberes médicos e familiares atuam no cuidado/controlado desta gestante.*

ANEXO 2. TCLE das entrevistadas

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é identificar os significados que as mulheres diabéticas atribuem às práticas alimentares e ao cuidado enquanto gestantes. Para compreender este significado serão realizadas entrevistas, em locais de sua preferência, sempre que possível. Nessas entrevistas, você será solicitada a narrar a sua experiência gestacional, as mudanças que você sentiu durante esse período principalmente àquelas voltadas à alimentação e ao cuidado, e como você lidou com as interferências dos profissionais da saúde e de sua família no que se refere ao tratamento realizado. Essas entrevistas serão gravadas em áudio (gravador).

Os dados obtidos nessas entrevistas serão usados exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicados em revista científica. Porém, a sua identidade será preservada, sendo garantido o anonimato aos participantes. A participação na pesquisa não oferece riscos à saúde.

Caso decida participar, você poderá tirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento, assim como ter acesso aos dados registrados. Também poderá não participar ou desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta. Para isso, bastará apenas me comunicar, deixando claro que não haverá nenhum tipo de prejuízo para você caso isso ocorra.

Agradeço a sua colaboração e solicito que, **se de acordo**, assine no espaço reservado abaixo. Você receberá uma via deste ofício e a outra ficará arquivada.

Declaro que li e entendi as informações que me foram transmitidas acima e concordo em participar do referido estudo:

Data: ____/____/____

Entrevistado

Entrevistador