



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MARCELA CRISTINA ELIAS VILLELA

**REFLEXÕES SOBRE O CONTROLE DE SI VERSUS O CUIDADO DE SI NO
CAMPO DA NUTRIÇÃO**

Vitória
2020

MARCELA CRISTINA ELIAS VILLELA

**REFLEXÕES SOBRE O CONTROLE DE SI VERSUS O CUIDADO DE SI NO CAMPO DA
NUTRIÇÃO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade da Universidade Federal do Espírito Santo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof Dra. Elaine de Azevedo

Vitória

2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

V735r Villela, Marcela Cristina Elias, 1988-
Reflexões sobre o controle de si e o cuidado de si no campo da nutrição / Marcela Cristina Elias Villela. - 2020.
231 f. : il.

Orientadora: Elaine de Azevedo.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Nutrição. 2. Sociologia. 3. Alimentação. 4. Controle (psicologia). I. Azevedo, Elaine de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 316

MARCELA CRISTINA ELIAS VILLELA

**REFLEXÕES SOBRE O CONTROLE DE SI VERSUS O CUIDADO DE SI NO CAMPO DA
NUTRIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais.

Aprovada em 09 de abril de 2020.

Comissão Examinadora:



Profa. Dra. Elaine de Azevedo (UFES)
Orientadora e Presidente da Comissão Examinadora



Prof. Dr. Marcelo Fetz de Almeida (UFES)
Examinador Interno



Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga (USP)
Examinadora Externa

Dedico essa conquista à todas as pessoas que já cruzaram meu caminho, em especial, professores e pacientes. Sou fruto desses encontros e essa pesquisa é reflexo dessas afetações.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar meus agradecimentos a dois anjos em minha vida, também conhecidas como professoras: **Ângela Ghizi** e **June Maia**. Minhas queridas mestres e amigas, vocês fomentaram meu desejo pelo ingresso no mestrado e ainda me apresentaram um professor que era tinha tudo a ver comigo – **Pablo Ornelas Rosa**.

Essa aventura começou com um bate papo e aulas muito inspiradoras. Obrigada Pablo por me apresentar o campo das Ciências Sociais como possibilidade para o desenvolvimento de uma pesquisa que ampliou minha visão sobre a Nutrição. Sem você também não teria conhecido minha querida orientadora.

Por sua vez, **Elaine de Azevedo**, uma mulher que me inspira e desde o primeiro momento me desafiou a fazer algo que pudesse tornar essa jornada mais instigante e prazerosa.

Agradeço também aos amigos e colegas da **turma de mestrado 2018** que estiveram nessa caminhada. As conversas e aprendizados com vocês foram essenciais para a essa conquista – em especial à **Raysa** e **Isabela**.

Outros tantos **amigos e colegas de profissão** que estão ao meu lado e de alguma maneira participaram dessa jornada. Em especial, **Karla** e **Tamires**, minha gratidão por serem parceiras e mulheres incríveis!

Agradeço à **UFES**, em meio a todo cenário de caos político, por meio de seus professores e colaboradores ofereceu todo suporte para o desenvolvimento dos estudos. A educação resiste!

Aos **colegas nutricionistas** que gentilmente contribuíram com a pesquisa e sabem da importância da ciência.

À **CAPES** que me contemplou com uma bolsa de estudos e pude me dedicar integralmente a essa pesquisa. Os incentivos à ciência são essenciais e trabalhei duro para honrar esse privilégio.

Meus sinceros agradecimentos também à banca avaliadora – **Marle Alvarenga** e **Marcelo Fetz**, vocês foram essenciais na construção dessa dissertação. Uma grande

honra e oportunidade única contar com as palavras precisas e gentis desde a qualificação.

Por fim, não menos importantes, agradeço à minha **família**! Vocês são minha base, minha morada, meu tudo. Nesse período, compreenderam as ausências e deram todo apoio para alcançar esse desejo do meu coração. Agradeço à **Mariana**, minha companheira dessa jornada e de todas as outras na vida. Um presente divino! Mesmo não entendendo nada, ouvia minhas ideias, lia meus textos, corrigia meus erros e mais que isso, me deu todo suporte necessário.

Aos meus pais, **Marcus** e **Rosarinha**, que sempre me incentivaram e investiram em meus estudos, essa conquista é de vocês também. A minha irmã **Bruna**, mesmo longe fisicamente, torceu e apoiou minhas descobertas e angústias.

Gratidão a todos!

RESUMO

A ciência da Nutrição situa-se sob o paradigma médico biologicista da área da saúde que entende a patologia como base para atuação desde o diagnóstico, a intervenção e até a prescrição. Baseia sua prática clínica no Nutricionismo, em regras e recomendações oriundas de estudos acadêmicos e estratégias padronizadas de mensuração que classificam e homogeneízam grupos sociais, o que acaba por exercer sobre eles um formato de biopoder; ou seja, o controle de saberes e os estilos de vida dos indivíduos, a fim de que se tornem mais produtivos, atendendo aos interesses neoliberais com implicações de poder que envolvem dimensões de gênero e busca utópica de longevidade e performance/perfeição corporal. Essa pesquisa buscou refletir e problematizar tal abordagem hegemônica da Nutrição, investigando discursos, práticas e estratégias promovidas pelos nutricionistas que atuam na prática clínica e na docência do ensino superior. Trata-se de um estudo de caso exploratório baseado em entrevistas com roteiros semiestruturados, de forma a ilustrar a questão central do trabalho sobre a relação entre o controle de si e o cuidado de si na dinâmica das relações entre o nutricionista e seus interagentes – o paciente e o aluno. O estudo entrevistou seis profissionais de diferentes instituições e de diversos municípios do Espírito Santo. Os resultados foram trabalhados a partir da análise de discurso. A amostra não teve a pretensão de dar respostas, soluções ou promover generalizações mas teve o intuito de ajudar na reflexão de conceitos, abordagens e práticas que podem ser exploradas a fim de que o profissional possa estruturar-se a partir do cuidado de si. Percebeu-se que a prática clínica da nutrição é reflexo da estrutura histórica, educacional e sociocultural na qual os profissionais estão inseridos, ainda que alguns deles consigam promover transformações em sua maneira de atuação. Os desafios são grandes, entretanto, há muitas possibilidades para uma prática humanizada, empática e que se efetiva a partir da interrelação dos atores.

Palavras chave: Cuidado de si; Controle de si; Sociologia da saúde; Alimentação; Nutrição.

ABSTRACT

The science of Nutrition is located under the biologicist medical paradigm of the health area that understands pathology as the basis for action from diagnosis, intervention and even prescription. It bases its clinical practice on Nutritionism, on rules and recommendations from academic studies and standardized measurement strategies that classify and homogenize social groups, which ends up exercising a biopower format on them. That is, the control of knowledge and the lifestyles of individuals, so that they become more productive, attending to neoliberal interests with implications of power that involve gender dimensions and utopian search for longevity and body perfection/performance. This research sought to reflect and problematize this hegemonic approach to Nutrition, investigating discourses, practices and strategies promoted by nutritionists working in clinical practice and teaching in higher education. This is an exploratory case study based on interviews with semi-structured scripts, in order to illustrate the central issue of the work on the relationship between self-control and self-care in the dynamics of the relationship between the nutritionist and his actors - the patient and student. The study interviewed six professionals from different institutions and from several municipalities in Espírito Santo. The results were worked out from the speech analysis. The sample did not intend to provide answers, solutions or promote generalizations, but was intended to help reflect on concepts, approaches and practices that can be explored so that professionals can structure themselves based on self-care. It was noticed that the clinical practice of nutrition is a reflection of the historical, educational and sociocultural structure in which the professionals are inserted, even though some of them manage to promote changes in the way they act. The challenges are huge, however, there are many possibilities for a humanized, empathic practice that is effective from the interrelation of the actors.

Keywords: Self control; Self care; Sociology of health; Food; Nutrition

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

– Hashtag

AcN – Aconselhamento Nutricional

AD – Análise do Discurso

ASDAH - Association for Size Diversity and Health

CI – Comer Intuitivo

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

CNE – Conselho Nacional de Educação

CRN4 – Conselho regional de Nutricionistas da quarta região

CSo – Corpo sem órgãos

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

EM – Entrevista Motivacional

ES – Espírito Santo

EUA – Estados Unidos da América

HEAS – Health at Every Size

IES – Instituição de Ensino Superior

IMC – Índice de Massa Corporal

MEC – Ministério da Educação e Cultura

N – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Transtornos Alimentares

TCC – Trabalho de conclusão de curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAN – Unidade de alimentação e nutrição

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

	PAG
TRAJETÓRIA DA PESQUISA	14
INTRODUÇÃO	16
1.0 – CONTROLE É PODER	25
1.1 – Controle de si	26
1.2 – O corpo docilizado	31
1.3 – O paradigma hegemônico: da medicina moderna à nutrição	38
1.4 - Dispositivos de poder: Vigiar e punir na nutrição clínica	46
1.4.1 – Alimentação saudável: de estilo de vida à política	49
1.4.2 – O profissional de nutrição	54
2.0 – CUIDADO: UM MODO DE SER E AGIR	67
2.1- Genealogia do cuidado	68
2.2 - O cuidado na área da saúde	74
2.2.1 – A manifestação do cuidado na saúde	79
2.2.2 – O resgate do cuidado: conceitos, documentos e políticas públicas	90
2.3 – A prática clínica nutricional baseada no cuidado de si	101
3.0 - PESQUISA DE CAMPO: DA CONCEPÇÃO À ANÁLISE	114
3.1 – Metodologia	114
3.1.1 – Entrevista Piloto	122
3.1.2 – Sujeitos e procedimentos da pesquisa empírica	125

3.2 – Análise e Discussão	129
3.2.1 – Primeira etapa: análise global das entrevistas	129
3.2.2 – Segunda etapa: análise de perguntas e respostas	144
3.2.3 – Terceira etapa: cruzando informações	161
4.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
5.0 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183
ANEXOS	204
ANEXO 1: Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa	205
ANEXO 2: Emenda do Comitê de Ética e Pesquisa	206
ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	207
ANEXO 4: Roteiro de Entrevista	210
ANEXO 5: Matriz de respostas resumidas das entrevistas	214

Perguntei a um garoto: Quem acha que sou? Ele prontamente respondeu: “Você é quem vai cortar tudo que gosto de comer, me dar uma dieta e dizer que tenho que emagrecer e perder essa barriguinha. ”

(Pedro¹, 12 anos)

“(...)Mãe, porque você come tão pouco? ”

“Filha, quem come pouco vive muito!”

“Isso quer dizer que vou morrer logo mãe?”

(Paulinha, 6 anos)

“Rezo todos as noites para Deus me ajudar a comer comida”

(João, 12 anos)

“Faço dieta desde os 7 anos, aos 14 fiz minha primeira lipoaspiração. Sofro com a compulsão desde os 17 anos. Ninguém sabia, escondi a vida inteira. Ultimamente tenho deixado de sair, de ir a festas, de comer na rua... tenho medo de começar a comer e não parar mais.”

(Ana, 33 anos)

“Eu sempre comi muito e escondida. Nunca senti fome. Será que eu sinto prazer comendo? Você precisa me ajudar a curar a compulsão, minha vida é só comer”

(Tata, 28 anos)

TRAJETÓRIA DE PESQUISA

Essa pesquisa nasce de um desejo pessoal antigo. Como consequência de experiências frustrantes percorrendo consultórios de nutricionistas quando jovem, busquei a graduação em nutrição, concluída em 2009.

Existia uma expectativa de que o curso de nutrição pudesse contribuir na formação de maneira a cuidar da saúde das pessoas, através dos alimentos – principal ferramenta de trabalho do profissional.

A entrada na faculdade explicou, em parte, as frustrações vivenciadas, uma vez que o campo² da nutrição se encontra sob o paradigma dominante biologicista, oriundo da medicina. Ou seja, são saberes sedimentados na neutralidade, na intervenção, na hierarquia, no controle da dieta energético-quantitativa e na fragmentação dos sujeitos doentes.

¹ Todos os nomes utilizados nessa dissertação são fictícios a fim de proteger o sigilo e a identidade das pessoas. Trata-se de falas as quais tive a oportunidade de acolher ao longo da minha atuação profissional.

² Não se ignora que a palavra campo nas Ciências Sociais remete a ideia de espaço simbólico na teoria de Pierre Bourdieu. Entretanto, neste trabalho, o termo assume seu significado literal que diz respeito às diferentes áreas de atuação do Nutricionista.

Os cursos ofertam aos estudantes conhecimentos técnicos, baseados na patogênese, a fim de treinar os futuros profissionais para consertar ou reparar. A disciplina mais emblemática é a 'dietoterapia'. Essa visão privilegia condutas prescritivas, regras e protocolos para tratar doenças; em contrapartida, menospreza subjetividades, individualidades ou valores culturais. Em especial, tal perspectiva desqualifica a dimensão do desejo relacionado ao ato de comer, enfatizando somente a necessidade (FREITAS et al, 2011).

O panorama geral em relação às doenças crônicas, por exemplo, é de impacto epidêmico no Brasil. Segundo os dados da pesquisa Vigitel (Brasil, 2019), sob responsabilidade do Ministério da Saúde, a população com diabetes subiu de 5,5% (2006) para 7,7% (2018), já a obesidade subiu de 11,8% (2006) para 19,8% (2018). Além disso, tem aumentado cada vez mais os relatos de insatisfação corporal e de comportamentos transtornados com a comida, ou mesmo de transtornos alimentares. Com um 'detalhe' importante: não só entre leigos, mas também entre os profissionais de nutrição.

Sabe-se que as doenças e problemas citados tem causas multifatoriais, mas talvez seja fundamental examinar o modelo de atuação e o papel dos profissionais de nutrição nesse cenário. É de senso comum ouvir que o nutricionista cuida de pacientes e de sua saúde através da alimentação. Mas parafraseando Platão, o que é cuidar? A indagação filosófica pode contribuir com a reflexão sobre a atuação de profissionais, em especial àqueles que necessitam estimular mudanças de comportamento do indivíduo como parte fundamental para solucionar, amenizar ou proporcionar melhor qualidade de vida e/ou saúde do mesmo.

Na busca por um atendimento mais integrativo, transdisciplinar e de estratégias para estreitar o diálogo com os seres humanos, considerando a dimensão social da doença e da comida, busquei os estudos sobre o comportamento alimentar e, no caso dessa pesquisa de mestrado, uma compreensão sociológica do campo.

INTRODUÇÃO

“A formulação de um problema é mais importante do que sua solução.”

Einstein

A alimentação é uma das atividades humanas mais complexas e importantes, não só pelas questões biológicas, que determinam a vida e a morte, mas também pelos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e psicológicos – todos esses essenciais na dinâmica da construção das sociedades (JOMORI et al, 2008; POLLAN, 2008).

Na contemporaneidade, constata-se o aumento vertiginoso das doenças e perturbações relacionadas à comida. Muitas dessas enfermidades são causadas por uma alimentação deficiente, qualitativa ou quantitativamente ou ainda, por desordens mentais e emocionais frente à comida e ao corpo. Comer tornou-se uma tarefa árdua definida por regras, sujeitando a população a práticas dotadas de um excesso de racionalidade (VIANA et al, 2017).

Nesse cenário a alimentação se relaciona diretamente com a saúde e a doença, em especial com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Schimidt e colaboradores (2011) afirmam que as DCNT representam um imenso desafio para a saúde pública. São responsáveis por cerca de 36 milhões das mortes anuais e podem ainda ocasionar altas taxas de incapacidades, sofrimentos e gastos aos pacientes e, sobre o sistema de saúde.

Dessa maneira, tais enfermidades tornaram-se de grande interesse nas últimas décadas para pesquisadores, em especial, no campo da epidemiologia, ligados diretamente a profissionais como nutricionistas e médicos, além de instituições com interesses de mercado, por exemplo a indústria farmacêutica (LIRA et al, 2004).

É importante discutir como comporta-se a nutrição frente a seu grande desafio de contribuir para amenizar e curar doenças e, para atuar na promoção de saúde através de dietas³ saudáveis e equilibradas, visto que os estudos epidemiológicos se

³ O termo dieta em Grego significa “modo de vida”, porém, no senso comum, dieta ganhou uma limitação de seu entendimento. Restringindo-se a condutas alimentares que visam tratar alguma doença, melhorar performance ou perda de peso. No primeiro capítulo o assunto encontra-se mais aprofundado.

caracterizam pelo pouco aprofundamento ou mesmo pela ausência total das discussões socioculturais (MENÉNDEZ, 2008).

O nutricionista é o profissional responsável por cuidar da saúde dos indivíduos através da alimentação, ajudando-os a construir estratégias, desenvolver habilidades e ter atitudes que promovam bem-estar envolvendo a saúde física, mental e social.

Segundo Demétrio (2014), a trajetória da profissão se desenvolveu de forma a contribuir, significativamente, com métodos e técnicas de trabalho, com um aumento quantitativo de profissionais e cursos de formação. Inúmeros são os avanços em pesquisas que vêm colaborando para com a sociedade, em especial no que tange o assunto (in)segurança alimentar e, tantos outros processos de saúde-doença.

Inevitavelmente, a história da nutrição, assim como de tantos outros cursos da área da saúde, está entrelaçada à da medicina. Sua trajetória é baseada em um saber positivista⁴, com estudos que expressam essa hegemonia, e preocupa-se mais com as doenças e menos com os doentes. Para Queiroz (1986), esse paradigma dominante transformou o paciente em um objeto. Tal estratégia reverbera no processo de industrialização que o almejava como instrumento para produtividade, uma visão utilitarista do corpo (ALMEIDA et al, 2014).

As práticas de saúde têm características intervencionistas, migrando para controle e monitoramento, resultando em um modo de ser trabalho, legitimado socialmente. Lira e colaboradores (2004) reforçam que há uma prestação de serviço técnica, orientada por parâmetros, regras, recomendações e padrões que categorizam e homogeneízam a população.

A nutrição é uma ciência moderna que se fundamenta sobre esse saber positivista, o qual acaba por promover práticas reducionistas e uma limitação da compreensão sobre a alimentação apenas como um ato biológico, desqualificando as dimensões sociais, culturais, psicológicas e também ambientais (CAMARGO-JUNIOR, 2007; FREITAS et al, 2011).

⁴ Modelo positivista, cartesiano ou biomédico referem-se ao modelo proposto por René Descartes. Ele pensou o ser humano como uma máquina, que deve ser dividida em quantas partes forem necessárias para sua análise e compreensão de funcionamento. Seu foco intervencionista está em desvendar o funcionamento biológico com ênfase nas doenças.

Porém, a alimentação humana é uma necessidade básica fisiológica, mas, diferente do respirar, por exemplo, o ato de comer envolve outras capacidades como comunicação, organização de grupos e poder. É formada por um complexo sistema de símbolos sociais, políticos, religiosos, éticos e estéticos. A fome biológica é apenas uma etapa que constitui o ato de se alimentar, sendo modulada por hábitos, costumes, rituais, status e expressão dos desejos. Ou seja, está carregada de comportamentos subjetivos, como prazer e afeto (JOMORI et al, 2008; OLIVEIRA, 2016).

Para Azevedo (2004), ignorar essa dimensão, permite uma uniformização das necessidades nutricionais humanas, facilitando a elaboração de recomendações nutricionais que visam o controle, o monitoramento – o que na visão foucaultiana é tratado como biopoder.

Ao observar a prática da nutrição clínica, Santos e colaboradores (2005) percebem que há uma concepção restritiva e negativa de alimento-alimentação-saúde-doença em detrimento de uma abordagem alimentar e nutricional positiva e ampliada. Isto é, um exercício da profissão alheio ao sujeito e suas subjetividades, sob olhares estritamente técnicos e fragmentados no cuidado (BRUSTOLIN, 2006; KRAEMER et al, 2014).

Tudo isso é acentuado pelo nutricionismo, termo cunhado pelo australiano Gyorgi Scrinis e difundido por Pollan (2008), que fomenta a ideia de uma alimentação pautada exclusivamente nos nutrientes e suas propriedades, ignorando valores ambientais, culturais, políticos e sociais.

A concepção de dieta racionalizada colabora com o processo de medicalização da alimentação, fenômeno discutido por Beardworth e Keil (1997). Sob a ótica do nutricionismo, a comida e sua gama de significados reduziram-se a questões funcionais, devendo o indivíduo utilizar-se de drogas ou suplementos nutricionais para solucionar ou melhorar sua performance, a fim de atender a ideia de estar sempre saudável, buscando em toda a extensão de sua vida a 'saudabilidade' (e ainda atrelada ao corpo magro). Consequentemente, o comedor necessita de um especialista, não sendo mais capaz de cuidar de si mesmo e de sua saúde de forma autônoma. O processo saúde-doença torna-se administrado pela farmacologia e, assim, pode ser ainda mais controlado (SANTOS, 2011; VIANA et al., 2017).

Dentro dessa visão racionalista, Azevedo (2015) ressalta que a importância da comensalidade tradicional é excluída, assim como o prazer, tornando o ato de comer uma fonte de angústias e dúvidas. O comedor passa a ficar acuado entre a ideia de ser saudável, buscando a funcionalidade dos alimentos ou a 'tentação' do prazer, o que se configura como paradoxo alimentar no termo proposto por Fischer (1998).

É nítido que há uma perspectiva da abordagem hegemônica da Nutrição Moderna, a qual baseia seus atendimentos em prescrições, dietas restritivas, hierarquia e na centralidade do especialista. Ou seja, a partir de instituições e peritos há uma legitimidade de discursos em prol de práticas que normatizam condutas (FOUCAULT, 2003).

Essas práticas dão ênfase e prioridade à biologia e à bioquímica, compreendem e tratam doenças de forma similar a peças de uma máquina que precisam de manutenção. A abordagem cartesiana atua diretamente sobre o corpo dos indivíduos, promovendo uma separação entre mente e corpo, entendidas como instâncias isoladas (BRUSTOLIN, 2006; KRAEMER et al, 2014).

Porém, de forma totalmente contrária, Demétrio (2014) chama a atenção para as várias políticas públicas e princípios existentes que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a importância de temas como: humanização, integralidade, autonomia, comensalidade tradicional e outros elementos, que, segundo a mesma autora, não tem sido aplicado no cotidiano das práticas na Nutrição, restando centralmente o caráter dietoterápico, com entendimento que foca em doenças e no poder nutricional dos alimentos.

Um fenômeno cada vez mais nítido discutido por Azevedo (2008) evidencia que as orientações nutricionais são cercadas por controvérsias, fato que torna a ciência da nutrição uma área de incertezas, riscos e inseguranças, tanto para leigos, quanto para profissionais.

Tal processo, é potencializado pela mídia, permeado pelo excesso de informação - "*too much information*" é o termo usado pelas jornalistas americanas Kantrowitz e Kalb (2006), citadas por Azevedo (2008). Uma espécie de anomia, na qual as regras não estão aparentes tornando a relação com a alimentação conturbada. Em resumo, o excesso de informação gera um estado de alerta, confusão e fobia constantes.

Uma das contradições que ganha destaque através da mídia, é a ênfase a hábitos associados à saúde, bem-estar, atividade física e qualidade de vida capitalizado por corpos magros, jovens e belos, e, do outro lado, o incentivo ao consumo de alimentos de redes de *fast food*, bebidas, prazeres imediatos, *foodies*, confrarias, viagens gastronômicas e uma vida de luxo - todos conceitos implícitos aos processos de modernização das sociedades urbanas (HEINZELMANN et al, 2014).

Porém, essa estratégia de tentativa de controle que incide sob os corpos, conhecida como biopoder, amplamente discutido em “Vigiar e Punir” de Foucault (2014), acaba por estimular comportamentos que podem gerar ou agravar problemas como: obesidade, transtornos alimentares, outras doenças psiquiátricas ou psicológicas e tantas questões que afetam a saúde e o bem-estar individual e social. Segundo Wolf (2018), as mulheres são as mais suscetíveis e expostas à influência de regras, padrões e condutas referentes à busca de uma alimentação saudável para obter o corpo perfeito.

Almeida e colaboradores (2014) apontam a volatilidade e velocidade com que imagens corporais se disseminam na cultura e, conseqüentemente, no imaginário das pessoas. Isso porque segundo Brougère (2000) citado pelos mesmos autores, o corpo ideal é protagonista na publicidade, nas novelas, nos filmes, em obras literárias e até mesmo nos brinquedos infantis, como é o caso da boneca tipo ‘*Barbie*’.

Em entrevista recente, a atriz brasileira Cléo Pires declarou estar vivendo um transtorno alimentar e afirmou: “qualquer mulher, mesmo as que estão dentro de um padrão aceito, passam por esse tipo de pressão estética fortíssimo”⁵. Outro caso que gerou grande impacto, no ano de 2017, foi o da também atriz Débora Nascimento. Ao iniciar um trabalho na televisão, submeteu-se a uma dieta extremamente restritiva, promovendo perda de peso significativa. Ao postar nas redes sociais⁶ sobre o fato, a atriz destacou o quanto aquele processo estava interferindo negativamente em sua rotina, estado emocional e relação com o corpo. Apesar de dar seu depoimento e mostrar o sofrimento, agravado ainda mais por já ter

⁵ Disponível em: <https://gshow.globo.com/programas/conversa-com-bial/noticia/cleo-revela-que-sofreu-com-depressao-e-disturbio-alimentar-pressao-estetica-fortissima.ghtml>

⁶ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qindt8rTC0Y&t=1s>

vivenciado crises de anorexia na época em que trabalhava como modelo, a atriz recebeu milhares de elogios da mídia e pedidos de outras mulheres sobre a tal dieta que a deixou mais magra.

De forma ainda mais incisiva, a cantora sertaneja Maraísa (da dupla Mariara e Maraísa) tem exposto sua nova forma física, bem mais magra, em todos os meios de comunicação. As matérias⁷ e os discursos giram em torno de sua boa forma física, dedicação, empenho e resultados alcançados. Mas o que poucos veículos comunicam é que este não foi um processo natural e instantâneo como parece, é efeito de mais de um ano de tratamento e acompanhamento após uma cirurgia bariátrica⁸, uma omissão um tanto quanto relevante na ditadura da vida saudável.

Em uma pesquisa feita por Amaral (2012) revelou-se que o discurso da mídia atrelado ao discurso médico foi indicado pelas participantes como sendo a principal fonte de saber sobre o corpo e outros aspectos como saúde, beleza, bem-estar e felicidade – com destaque para um ponto central: a magreza.

Os exemplos das celebridades são apenas alguns dos muitos casos, tendo a mídia papel fundamental na construção desses modos femininos de ser e viver, ao fomentar padrões e modelos que endossam esse corpo perfeito a luz do processo chamado por Santos (2008), de “*lightinização*” da existência⁹ de modo que atendem aos interesses da indústria farmacêutica, estética e alimentar e seus respectivos produtos e serviços (ROCHA; CASTRO, 2009).

É através do corpo, base da vida, que se percebe a tensão de poderes e a relação que se estabelece com o meio social, um verdadeiro alvo. Mas, esse organismo vivo, em constante interação, implica em um corpo que não pode ser apreendido como objeto, somente como sujeito.

O contexto em que a nutrição clínica está inserida e todas as circunstâncias envolvidas na contemporaneidade, abre espaço para questionar a abordagem atual

⁷ Disponível em: https://www.purepeople.com.br/noticia/maiara-dupla-de-maraisa-mostra-resultado-da-dieta-e-web-aprova-magra_a276062/1

⁸ Disponível em: <https://www.vix.com/pt/dietas/556599/maiara-mostra-corpo-20-kg-mais-magro-apos-bariatrica-com-antes-e-depois-surpreendente>

⁹ Trata-se de um processo que está acontecendo a partir das mudanças na alimentação e nos novos padrões corporais. Torna a vida valorizada pela leveza, encontrada no corpo jovem, magro e saudável.

da ciência da nutrição e a atuação dos profissionais. Para Demétrio (2014), há uma forte insuficiência do modelo biomédico e, de alguma forma, um esgotamento resolutivo, além de um desgaste nas práticas, no discurso nutricional e na relação nutricionista-paciente.

Tal relação é baseada em um discurso normativo pautado no controle de si, proposto com base em regras originados do século XVIII e na visão higienista, através do discurso e de práticas médicas (OLIVEIRA et al, 2008). Esse discurso, para os mesmos autores, preconiza uma hierarquia baseada em uma relação entre sujeitos e objetos, promovendo atitudes repressoras na tentativa de disciplinar o corpo e o comer.

A padronização de corpos, estilos de vida e meios para se obter saúde, perpassa por comportamentos que podem levar os sujeitos à direção contrária e promover o adoecimento. Afinal, o enfoque exclusivo no alimento e na doença desarticula o contexto social e a condição holística do sujeito. Além disso, a ideia construída de 'indivíduo normal', sob o qual padrões generalistas atribuem poder a medidas antropométricas e exames bioquímicos, destitui os sujeitos do seu ambiente social e pessoal.

Apesar de se constituir um vasto campo de análise, Demétrio e colaboradores (2011) ressaltam que são poucos os estudos teóricos e empíricos no campo da nutrição que promovam um debate envolvendo a relação nutricionista-paciente na prática clínica. Os poucos que têm, segundo os autores, estão ancorados na epistemologia da biomedicina.

O olhar dessa pesquisa repousa sobre a percepção e atuação de nutricionistas que transitam entre o campo da nutrição clínica e à docência no nível superior. Trata-se de um estudo de caso exploratório, de natureza qualitativa, que teve como principal método, a realização de entrevistas semiestruturadas. O objetivo principal foi promover uma reflexão sobre a abordagem do paradigma dominante. Para atingir tal objetivo, analisou-se conceitos e práticas da terapêutica convencional da nutrição; explorou-se conceitos alternativos que pudessem contribuir como uma maneira distinta ao paradigma dominante e buscou captar discursos, ideias, estratégias e abordagens desenvolvidas pelo profissional de nutrição com essa dupla jornada de atuação.

Os dados encontrados foram examinados através da análise de discurso e o debate buscou unir autores das áreas da Saúde, da Saúde Coletiva e das Ciências Humanas e Sociais, a fim de dar conta da temática complexa e pouco explorada.

Destaca-se que algumas reflexões já são encontradas no campo da Saúde Coletiva, mas, foi aqui trabalhada no campo das Ciências Humanas e Sociais e realizada a partir do foco conceitual do estudo “controle *versus* cuidado de si”.

Esse tema é tratado especialmente por Michel Foucault, filósofo e médico de formação que desenvolveu teorias a respeito da governamentalidade da sociedade e a docilização dos corpos. Partindo de sua linha teórica, aliado a autores da filosofia, sociologia e outras disciplinas, houve um empenho para entrelaçá-los à alimentação, como uma forma de discutir o binômio controle-cuidado no campo da nutrição, inclusive, ressalta-se que são termos novos propostos pela autora.

Julga-se que as questões apresentadas são relevantes como objeto de pesquisa, visto que o aumento das doenças e os problemas relacionados ao corpo e comida são muito impactantes na sociedade, tanto no âmbito econômico, cultural, político e claro, no campo da saúde. Além disso, é notória a necessidade de novas alternativas para tratar, prevenir e amenizar o alto índice das DCNT, pois, não há para a maioria dessas doenças soluções definitivas e eficazes. Nos tratamentos preconizados e abordagens utilizadas atualmente, observam-se alguns problemas crônicos de adesão, resolução e eficácia do tratamento dietoterápico.

Robles e Vasconcelos (2019) afirmam que ao contestar respostas inacabadas, abre-se espaço para novas perguntas com o intuito de se criar diálogos e saberes, provocando outros modos de interpretação e ação na realidade. Portanto, vislumbra-se a partir dessa situação, uma grande oportunidade para repensar maneiras e práticas do atual modelo de ‘ser nutricionista’, o qual é prescritivo, intervencionista e reducionista. E, ainda que haja uma tentativa de total controle, tornando o nutricionista conhecido como ‘fiscal de prato’ ou ‘policia da dieta’, que busca docilizar corpos alheios, ironicamente, isso parece estar promovendo um efeito contrário. Nunca houve antes na história tanto destaque e ênfase na alimentação, mas tal fato não parece refletir em uma melhoria efetiva na saúde das pessoas.

Sendo assim, as questões necessitam de pesquisas com visões transdisciplinares que possam colaborar com o modo de atuação dos profissionais envolvidos, minimizando o olhar reducionista e a hegemonia do paradigma biomédico que impera nos estudos da alimentação. Iniciar a compreensão sociológica ouvindo e elaborando as percepções dos atores, entende-se como sendo o ponto de partida primordial, a fim de gerar reflexões entre os pares. Em momento algum se teve a pretensão de dar soluções, respostas, diagnósticos ou avaliações estatísticas relevantes, mas sim, de explorar a questão central e contribuir com uma ampliação da discussão.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho está dividido em dois capítulos teóricos: (1) controle de si e (2) cuidado de si. O primeiro, objetivou construir a reflexão sobre o controle, efetivado no corpo humano, instrumento essencial de vida. Buscou-se compreender de que forma o corpo é concebido na contemporaneidade, quais são suas formas de subjetivação e domesticação, a partir de conceitos como biopoder (relação saber-poder). Através de uma breve contextualização histórica, problematizou-se a ciência da nutrição e, como essa foi amplamente influenciada pela visão biologicista da medicina, inclusive, nas determinações do que é normal e patológico. Foram discutidas também, as práticas e ações na relação do nutricionista com o paciente com caráter controlador que é exercido na clínica e a temática da alimentação contemporânea. Exploraram-se elementos simbólicos que pudessem ilustrar o paradigma hegemônico baseado no controle de si e, muitas vezes internalizado pelo próprio paciente.

Até a revolução cartesiana, a racionalidade médica estava ancorada sob a perspectiva de cuidado integral para os terapeutas que, tratavam as pessoas dentro de um contexto social e espiritual, como seres compostos por corpo e alma (AMORIM et al, 2001). Para resgatar essa abordagem, o segundo capítulo se dedicou à análise dos significados e conceitos sobre o cuidar; a maneira pela qual se desenvolveu desde a era pré-socrática; e a forma como pode ser colocado em prática na área da saúde; e, por fim, conceitos, teorias, abordagens e políticas públicas que regulamentam e endossam a prática na nutrição clínica baseada no cuidado de si. O terceiro capítulo se dedicou à pesquisa de campo, descrevendo todas as entrevistas e suas respectivas análises.

Adolescente, estudante de nutrição, vivendo um grave transtorno alimentar. cursava uma disciplina sobre antropometria. A professora estimulou que a turma estabelecesse uma meta para perder peso ou diminuir % de gordura até o fim do semestre. A aluna indignada, me contou isso. Incentivei que ela conversasse com a professora e contasse sobre o problema. Antes de uma prova prática, contou e pediu à professora que durante a prova não tivesse que se pesar, devido ao transtorno alimentar. Segundo a aluna, foi ignorada e a prova prática seguiu... ela estava muito tensa e ao ser pesada por uma colega, teve uma crise de choro e ansiedade. A professora nada fez. Um mês após esse episódio, a aluna abandonou a faculdade.

“Abandonei porque o curso estava me fazendo mal”.

(Mari, 20 anos)

“A nutricionista nem me perguntou o que eu gostava de comer, simplesmente fez a dieta. Quando me entregou aquele papel cheio de frutas, verduras e legumes perguntei a ela o que fazer se eu não gostava daquilo. Ela respondeu: ‘É por isso que está assim, gorda!’”

(Lili, 26 anos)

Ele era um jovem super ativo, fazia esportes, comia bem. Por algum motivo, seus exames vieram alterados. E ouviu um puxão de orelha ‘motivacional’ do profissional de saúde: “Cuidado hein, depois dos 25 é ladeira abaixo”.

(Lucas, 25 anos)

“Tomo remédios de todos os tipos para emagrecer desde os 16 anos. Não me lembro de ter ficado períodos da vida sem tomar. Até que, no passado, eles não estavam funcionando mais, aumentei a dose, engordei 20 kg. Acabei entrando em uma depressão profunda, só queria ser magra.”

(Aline, 34 anos)

CAPÍTULO 1.0 – CONTROLE É PODER

Este capítulo introduz o tema a partir do instrumento de vida do ser humano, o corpo. É através dele que o sujeito se relaciona com o mundo. Entender como o corpo é compreendido ao longo da história, especialmente na área da saúde, contribuiu para a problematização dos caminhos tomados pelas práticas atuais da nutrição. Para isso, o capítulo se propôs a problematizar a ciência da nutrição a partir da história da medicina moderna para entender de que forma estabeleceu-se o paradigma dominante do controle de si.

Além de ser instrumento para a vida, o corpo também é alvo do Estado, que estabelece sobre os corpos o seu poder, a sua dominação. Discutir de que forma esse poder permeia a sociedade - são formas diversas e em constante mudança - auxilia na compreensão do ponto central do paradigma biologicista em que a

nutrição se insere: a dieta restritiva e tecnicista que visa modelar o corpo e os estilos de vida.

A alimentação é uma das formas de atuação do biopoder, conceito que caminha em paralelo com a discussão sobre o “normal e o patológico”, proposta por Georges Canguilhem (2009), que discorre sobre práticas normalizadoras.

Apesar do corpo ser fonte de diversas vertentes de estudo, este trabalho se limitou na discussão que envolve a produção de corpos dóceis, domesticados, sujeitados à relação de saber-poder, amplamente enfatizado por Michel Foucault, e aqui comparada à relação que se estabelece entre peritos e leigos na prática clínica.

As dietas, normalmente restritivas, fazem parte da prática prescritiva do nutricionista, o que acaba por gerar uma redução da compreensão do que é saúde, minimizando sua condição a uma simples “ausência de doença”. A saúde torna-se uma desconhecida. Frente a isso, diversos autores fazem uma crítica a tal condição, conhecida como “crise da saúde”. Dessa forma, torna-se necessário compreender tal crise para, posteriormente, propor novas práticas e abordagens.

1.1 - Controle de si

**Dieta: aquele papel que sai da gaveta e vai para a porta da geladeira.
Marcela Villela**

Este trabalho se debruçou, a partir da perspectiva foucaultiana, nos significados e nas possibilidades do exercício do controle, uma forma de poder e dominação. A partir do conceito original, traçou-se um paralelo com o campo da nutrição. Para melhor compreender essas aproximações, é fundamental aprofundar-se de que maneira surgiu esse dispositivo de poder.

Furtado e Camilo (2016) afirmam que Foucault tornou-se reconhecido por suas reflexões sobre o poder. O poder está sempre associado a alguma forma de saber. Exercer o poder só se torna possível mediante conhecimentos que servirão de instrumento e justificação. Poder não é algo que se pode apropriar ou contratar, é algo que se produz na relação entre os corpos, operando de modo difuso, capilar, espalhando-se por uma rede social, que inclui as instituições – família, escola,

clínica, hospitais (FERREIRA, 2009; FOUCAULT, 2000). Ou seja, um conjunto de relações com forças multilaterais que são móveis, em constante mutação.

A partir de uma leitura foucaultiana (2000, 2008, 2014), constata-se que os dispositivos de poder foram se modificando ao longo do tempo. Até o século XVII, o poder soberano era a maneira como se dominavam os súditos – controlando a vida e a morte.

Ao longo do século XVIII, observou-se o surgimento de uma nova forma, o poder disciplinar. Esse se caracterizava por espaços, também chamadas de instituições (a escola, a prisão, a fábrica, o hospital, o hospício, etc.), responsáveis pelo confinamento dos corpos visando adestrá-los ou sujeitá-los de alguma forma. Almeida e colaboradores (2014) ressaltam que a educação do corpo no fim do século XVIII tinha como objetivo a força, o higienismo e o controle.

A partir do século XIX, era essencial não apenas o poder disciplinar para controlar condutas, mas algo que pudesse ter uma abrangência maior sobre a população. As antigas instituições que regiam essa sociedade disciplinar, transformam-se em empresas (CÉSAR; DUARTE, 2009). Com o processo de industrialização da sociedade, a concepção instrumental do corpo também se consolidou. Foucault (2014) ressalta a ênfase no corpo dos indivíduos objetivando a efetivação dos objetivos políticos e econômicos. Em *Microfísica do Poder* (2003), o autor afirma que o controle não se efetivava apenas pela consciência ou ideologia, mas começava no corpo e com o corpo. Esse período se destacou pela centralidade do conhecimento científico, tornou-se o meio pelo qual a racionalidade governamental se estabeleceu a partir dos processos vitais ou naturais (FERREIRA, 2009). Os enunciados giravam (e giram) em torno do corpo para garantia de saúde, bem-estar, beleza e longevidade: a medicina enquanto estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2003).

A princípio como instrumento de produtividade, o corpo passou a ser alvo de atividades que pudessem contribuir para seu melhor funcionamento, um adestramento corporal. Assim, se tornaria alvo fácil, docilizado e útil (ALMEIDA et al, 2014). Rose (1998), citado por Ferreira (2009), enfoca que a principal estratégia de adestramento é a ação voltada para a liberdade, incentivando a população a se

tornar mais produtiva e empreendedora de si, características essenciais para a docilização.

Almeida e colaboradores (2014) reiteram a necessidade de promoção de discursos e políticas voltadas para a organização da vida, das práticas corporais disciplinadas. E, esses investimentos se concretizam a partir do biopoder. Mas, o que se produziu por meio dele, foi mais que um indivíduo dócil e útil, e sim, uma gestão calculada da vida do corpo social (CÉSAR; DUARTE, 2009). Foucault (2008) descreve o biopoder como:

O conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder (p. 3).

Ou seja, o conceito é atrelado a práticas voltadas à gestão e regulação de processos vitais humanos. Uma forma de exercer o poder para administrar as populações, levando em conta sua realidade biológica fundamental.

Cabe lembrar que, para existirem formas de controle há de se ter um agente, aquele que exerce a função nessa relação de poder. Foucault (2003) entende que a princípio é o Estado que irá ser esse agente de governamentalidade – percebida como uma maneira de condução da conduta das pessoas. Ou seja, são formas de gestão da vida, exemplificados no controle de fenômenos tais como: epidemias, aglomeração urbana, organização da economia, nascimentos, entre outros (FURTADO; CAMILO, 2016).

A era do biopoder traduz-se pelo crescimento destes mecanismos reguladores da população global, através de práticas e saberes que se baseiam em conceitos como cuidado e risco, com a intenção de fazer a população viver em certo regime – o da manutenção de uma ordem (FOUCAULT, 2008). O biopoder dociliza e controla os corpos, cria padrões e produtos de saúde. De maneira que produz categorias de anormalidade (delinquente, perverso, doente, etc.) e visa eliminá-las (SOUSA, 2012).

Assim, segundo Foucault (2000), uma lógica de mercantilização da saúde é fomentada, tendo efeitos diretos sobre aqueles que necessitam de cuidados, e também sobre os profissionais que cuidam. Sob uma relação dissimétrica de poder,

o paciente se encontra submetido, passivo de uma dominação e controle – seja através de um saber ou mesmo de uma instituição, como por exemplo, o hospital.

O que torna o controle uma arma terapêutica importante é o fato de existir cada vez mais saberes especializados e técnicos que auxiliaram na diminuição, em grande escala, na mortalidade da população. Foucault (2000) chama de disciplinar, essa sociedade que, através de práticas higienistas¹⁰, altera a perspectiva sobre estes corpos, tornando-os corpos de produção e de força de trabalho. Assim, há uma nova necessidade de lidar com esses corpos, combatendo a doença de forma acirrada. Afinal, é importante manter a população capaz de exercer seu trabalho com desempenho máximo (MAIA; OSORIO, 2004).

Sousa (2012) faz uma reflexão na qual afirma que nesse sistema há dois lados fundamentais: um que normaliza e reforça práticas e atitudes que geram vida/saúde e, um outro lado, que exclui ou elimina aqueles que não fazem tais atitudes e práticas. A autora reforça que aqueles que morrem tornam-se estatística calculada a fim de endossar o saber-poder e servir como agente de convencimento de outros. Ao pensar nesse sistema biopolítico, fica mais fácil compreender à proporção que ganhou o mote ‘estilo de vida saudável’ na contemporaneidade.

Verifica-se, atualmente, o quanto esse sujeito tornou-se um corpo objetificado que sofre intervenções dos profissionais de saúde, fomentando seu saber para controlar a doença. Estabelecem-se práticas que desumanizam e tornam a saúde uma mercadoria.

Portanto, a saúde torna-se um bem consumível, um produto, atendendo bem ao sistema capitalista. E o acesso a este produto é oferecido a um certo preço e limitado a algumas partes da população. Esse produto/serviço oferecido está cada vez mais específico; os saberes mais técnicos e isolados e são chamados por Chauí (1982) de especialismos que:

¹⁰ Refere-se a um período importante do século XIX quando os governos iniciaram políticas públicas voltadas à estrutura das cidades, desenvolvendo obras de qualidade da água, esgoto. Enfim, a doença era considerada um fenômeno social, e a pobreza e as faltas de condições de higiene agravavam e propiciavam o desenvolvimento de doenças como a cólera, a tuberculose, a febre amarela entre outras. Esse movimento facilitou com que ficasse nas mãos do governo o controle da população e das respectivas doenças. Quanto maior o nível de saúde ou mais baixo o nível de doença, melhor será o rendimento do cidadão em seu local de trabalho, uma preocupação com a saúde pública que vai de encontro à lógica capitalista.

[...] fragmentam o corpo doente. O corpo, então, deixa de ser corpo para se transformar em pedaço de corpo; pedaço de corpo que se transforma em parte de pedaços de corpo; partes de pedaços de corpo que estilhaçam em minúsculos fragmentos o saber terapêutico, a tal ponto que poderíamos nos perguntar se esta produção ainda se move no âmbito das relações humanas, já que na outra ponta se encontra um outro expropriado do seu corpo, aleijado de qualquer saber relevante sobre ele, outro silenciado e ensurdecido pela especificidade de um saber ao qual não tem alcance. Trata-se de um outro docilizado, dependente e vulnerável (p. 72).

A autora reforça que esses especialismos também fragmentam as práticas de saúde. Os profissionais cada vez mais donos de um 'pedaço do corpo', corpo esse cada vez mais despedaçado, que faz desaparecer o sujeito singular e inteiro que estava à sua frente.

O conceito de biopoder é extremamente relevante para se compreender a sociedade contemporânea, pois permite a visualização das forças exercidas pelas ciências biomédicas e pelas tecnologias (FURTADO; CAMILO, 2016).

A saúde é hoje, claramente, um objeto de consumo; o corpo perdeu seu caráter singular e o sujeito-objeto tornou-se incapaz de avaliar-se ou cuidar de si mesmo. Sinal disso é a necessidade de todo aparato tecnológico utilizado para apontar o estado salutar do sujeito-objeto, fazendo com que haja uma busca pela saúde ideal, baseadas em ideais de salvação nos discursos e procedimentos endossados pelos peritos (CAPRARA, 2003; COELHO; FONSECA, 2007). Foucault (2008) reforça essa ideia ao declarar que:

[...] porque, afinal de contas, para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico do que eles são, de classificação de sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar (p.11).

Portanto, se no poder soberano tinha-se a decisão sobre a vida e a morte na figura do rei, na modalidade dominada pela biopolítica, essa decisão migra para a figura do médico (SEIXAS; BIRMAN, 2012).

Esse papel de autoridade construiu-se ao longo do tempo e, como já mencionado anteriormente, consolidou-se no modelo hegemônico biologicista. A ciência da nutrição também está entrelaçada à essa epistemologia.

Dentre as diversas áreas do campo da nutrição, a nutrição clínica tem ganhado cada vez mais destaque na contemporaneidade. Essa área pode ser definida a partir de uma atenção dietoterápica ao paciente baseando-se no diagnóstico nutricional e seu

quadro clínico, podendo se desenvolver em ambiente hospitalar, consultórios e outros (CFN, 2006).

A dietoterapia é uma estratégia importante utilizada pelos especialistas (e também leigos) para promover 'cuidados' com a saúde. Mas o comer saudável tornou-se também uma estratégia de biopoder, um exercício do controle positivado para atingir um ansiado estado de saúde através de recomendações, condutas emagrecedoras e, incentivo a regras.

Seixas e Birman (2012) afirmam que a soberania dos modelos padronizados e estilos de vida 'saudável', interessam a diferentes instituições e às indústrias alimentares e farmacêuticas. Nesse sentido o corpo é um bem precioso a ser conservado. Agamben (2014), inspirado em Michel Foucault, utiliza o conceito de dispositivo para a compreensão de como funciona o controle do 'estilo de vida saudável':

Generalizando [...] há já bastante ampla classe de dispositivos Foucaultianos, chamarei literalmente de dispositivo qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes (p. 39).

Méllo (2018) afirma que o estilo de vida se tornou um mote de autogerenciamento e monitoração da saúde, demonstrando o papel social, cultural, econômico e político que o corpo e alimentação desempenha na atualidade.

Para compreensão da relevância e destaque que o binômio corpo-alimentação ganhou nos últimos tempos, os próximos tópicos trazem perspectivas que pretendem contribuir nessa discussão.

1.2- O corpo docilizado

**O corpo não é uma máquina como nos diz a ciência. Nem uma culpa como nos fez crer a religião. O corpo é uma festa.
Eduardo Galeano**

A condição humana é corporal; o mundo só se dá sob a forma do sensível. É nosso primeiro e mais natural instrumento (MAUSS, 2005). É uma forma de comunicação com o mundo, moldado pelo contexto social e cultural em que está inserido. O corpo, para Le Breton (2012) é o eixo da relação com o mundo, carregado de

sentidos e valores. Segundo Durkheim (1968), o corpo é um fator de individualização; para Deleuze (1998), o corpo é linguagem e, para Freud (2016), é uma estrutura simbólica.

Nas Ciências Sociais os estudos sobre o corpo estão sempre envolvidos na trama social, sendo alvo de estudos, políticas públicas, cultura e consumo. A existência humana se dá a partir do corpo (LE BRETON, 2012).

Para Espinosa (2007), o corpo é uma unidade estruturada, um sistema complexo constituído por relações internas entre seus órgãos e relações externas com outros corpos e o meio, possuindo assim a capacidade de afetar outros corpos e também por eles ser afetado. Corpo e mente estão fundidos, manifestando através do corpo seus acontecimentos internos, físicos e psíquicos e também externos em suas relações sociais. E, complementando o conceito de Espinosa, na educação somática, afirma-se que o corpo é definido como uma experiência (BOLSANELLO, 2005).

Em resumo: “o corpo é, desse modo, habitado pelas transformações dos modos de existência, das formas de sociabilidade, dos valores morais e econômicos, das dinâmicas relacionais, dos *ethos* culturais e das ecologias ambientais” (NUNES; BITTENCOURT, 2013, p. 147).

De fato, os estudos sobre o corpo, não cabem apenas em uma disciplina ou sob uma rigidez de análises que o limitam (FERREIRA, 2008). Bolsanello (2005) afirma que não há um consenso sobre a definição do corpo humano; cada área o define segundo sua realidade.

O corpo é plural, repleto de perspectivas, imerso nesse emaranhado entre natureza e cultura, entre o biológico e o simbólico. É continuamente modelado pelo contexto social e cultural, no qual está inserido, regulamentando sua maneira de falar, andar, sentar, dormir, adoecer e viver de acordo com as experiências (LE BRETON, 2012; SANTOS, 2011).

Ferreira (2008) assume que o corpo é o principal elo entre si mesmo e o mundo, ou seja, entre o sujeito e a sociedade, tornando-se um campo de conflitos simbólicos que refletem as questões de seu tempo.

Considerando o corpo enquanto mercadoria, Baudrillard (1970) diz que ele é o mais belo objeto de consumo. Nesse sentido, é enquadrado na lógica fetichista da mercadoria, incorporando a promessa implícita de prazer, *status*, poder, diferenciação e, principalmente, felicidade.

Na contemporaneidade, o corpo ganha lugar de destaque na ‘cultura das sensações’ e se constitui como mediador dessa felicidade (SANTOS, 2011). Mesmo que a felicidade eterna seja uma utopia, ainda é vista como uma obrigação (BRUCKNER, 2002).

O maior objetivo na hipermodernidade¹¹ é alcançar o ‘corpo ideal’ (SEVERIANO et al, 2010). Esse modelo corporal começou a ganhar destaque na década de 20 com o surgimento do ideal de magreza e da dieta com finalidade para autorregulação do peso e da saúde, fato citado por Giddens (2002). Coincidentemente esse é também o período de crescimento da manufatura da comida e conseqüentemente, de maior disponibilidade de alimentos para alguns grupos sociais.

Em seguida, nas décadas de 1950 a 1980, houve um *boom* de acontecimentos que marcaram definitivamente a ideia de culto ao corpo. Entre os fatos destacam-se: o contexto pós-guerra, a expansão publicitária, o cenário cinematográfico, a revolução sexual em conjunto com o movimento feminista e a difusão da pílula anticoncepcional. De modo geral, o corpo ganha cada vez mais uma exposição pública.

O predomínio da visão, a sociedade do espetáculo, contribui para o fortalecimento da estetização da saúde. O conceito é entendido como uma hipervalorização de parâmetros estéticos como definidores das condições de saúde (FERREIRA, 2008). Castro (2004) ressalta que, defeitos e imperfeições corporais são entendidos agora como produto da negligência e falta de cuidado consigo.

Essa busca (eterna) do corpo perfeito converge com os interesses capitalistas e coloca-o em um contínuo processo de construção de um “corpo rascunho”, definido por Le Breton (2003) como um amontoado instável e assimétrico de pele, músculos, ossos, cabelos – eternamente em busca do desenho perfeito a ser modelado pelos

¹¹ Conceito cunhado por Lipovetsky (2004), no qual define a contemporaneidade a partir de três características: o individualismo, o mercado e o progresso técnico científico. Brustolin (2006) ressalta que essa individualidade é fruto da racionalidade moderna.

signos do consumo. É uma entidade sempre a ser refeita, resultado de processos estéticos, científicos e tecnológicos como a robótica, a engenharia genética, as cirurgias estéticas, as dietas, os implantes e as ginásticas.

A partir dessa interpretação de um corpo maleável e mutante, entende-se o corpo como um lugar de possibilidades, reinvenções e correções dos excessos. A docilização dos corpos, atrelada ao ideal desse corpo perfeito, da busca beleza e da longevidade, resultaria, para Le Breton (2012), em uma sociedade repleta de insatisfações a frente desse corpo rascunho.

Na construção da sociedade moderna, efetuou-se a transição de um corpo produtivo para esse corpo rascunho, no momento em que a junção da tecnologia com serviços e produtos oferecidos possibilitou uma reinvenção do “eu” (ALMEIDA et al, 2014; SEVERIANO et al 2010).

Essa nova forma de pensar o corpo é também definida por Santos (2011) como uma cultura da ‘reforma’ do corpo. Ele é concebido como uma matéria prima a ser modelada. As empresas ligadas à indústria da beleza e do entretenimento ressaltam ainda mais a construção do modelo de saúde, compreendendo que há um corpo ideal a ser atingido (SEVERIANO et al, 2010). Ou seja, o corpo passou a ser o principal objeto da publicidade, da ciência médica e da técnica.

Nesse contexto, as mulheres são o alvo predileto, entendida por Wolf (2018) como reflexo da sociedade patriarcal que as subjuga, cria sanções, regras, leis. Tudo isso com um objetivo certo: minimizar a atuação da mulher no mercado de trabalho que seria percebida pelos homens como uma ameaça.

Ferreira (2008) chama a atenção para os agenciamentos sobre o corpo:

A produção de sentidos sobre a imagem do corpo e a percepção que o sujeito tem do próprio corpo é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, opera no social, mas não se limita a ele. Ela se desenvolve para além do indivíduo, das relações interpessoais ou dos complexos intrafamiliares, mesclando intensidades pré-verbais, afetos e códigos sociais de conduta. [...] O corpo se encontra nessa encruzilhada entre o ego e a sociedade entre a natureza e a cultura, entre o biológico e o simbólico (p. 480-481).

No projeto de construção corporal contemporânea, o ser humano tem a possibilidade de se submeter à diversas técnicas e práticas, afinal ele é livre. Mas, suas escolhas estão, todavia, vinculadas a escolhas ou possibilidades sociais (ALMEIDA et al, 2014). Amaral (2011) reitera:

Se antes o corpo era explorado e alienado somente com a força de trabalho, a exploração que se coloca atualmente seria tão opressora quanto a anterior na medida em que aprisiona o corpo sob os consagrados padrões de beleza [...] uma nova ética da relação com o corpo (p. 47)

Para compreender essas dimensões e interações que atuam perante o corpo, João e Brito (2004), indicam a ideia de corporeidade. Uma perspectiva que contempla várias dimensões do corpo:

[...] física (estrutura orgânica-biofísica-motora organizadora de todas as dimensões humanas), emocional-afetiva (instinto-pulsão-afeto), mental-espiritual (cognição, razão, pensamento, ideia, consciência) e a sócio-histórico cultural (valores, hábitos, costumes, sentidos, significados, simbolismos) (p. 266).

De acordo com os autores, essas dimensões são indissociáveis, constituindo a corporeidade como uma forma dos indivíduos serem no mundo. Por conseguinte, o corpo sustenta-se na estrutura antropológica que materializa o ser humano.

Em meados do século XX, como dito anteriormente, aconteceu uma reformulação importante sobre um novo tipo ideal físico e a imagem cinematográfica contribuiu significativamente nesse processo em parceria com três ramos da indústria: moda, cosmético e publicidade (CASTRO, 2004).

A centralização no corpo perfeito, que é parte desse processo de individualização no mundo contemporâneo, por vezes não é acessível à grande maioria, estimulando comportamentos descontrolados. Nunes e Bittencourt (2013) enfatizam que:

[...] quando o peso da construção do mundo individualizado, onde cada pessoa é responsável pelo seu próprio sucesso e sobrevivência, cada um é deixado a si mesmo, os corpos passam a expressar-se compulsivamente [...] seja ganhando espaço, tornando-se invasivo, obeso, seja na redução do corpo anoréxico, que reaparece no incomodo causado, seja pelo descontrole de si, revelado por um comer desregrado. Os sentidos relacionais do peso e do comportamento alimentar conduzem a uma tentativa de conter, pelo corpo um mundo de excessos, a limitar relações opressivas pelo descontrole da boca, a compensar uma escassez relacional pelo excesso alimentar (p. 154).

O resultado desse complexo processo de demandas sobre o corpo é, para Severiano e colaboradores (2010), um discurso do bem-estar e da saúde corporal unânime, mas paradoxalmente, constata-se um intenso mal-estar. Essa expressão é descrita inicialmente por Freud (1930), citado por Nascimento (2007), na qual traduz situações com conflitos, insatisfações e angústias geradas a partir da 'modernidade'.

O sociólogo Michel Joubert, citado por Luz (2005), nos anos 90 caracterizou o mal-estar como uma síndrome biopsíquica coletiva com repercussões da saúde física e

mental do corpo, a autora desenvolve que esse mal-estar pode ser visto como um fenômeno de natureza sanitária e cultural.

Nascimento (2007) afirma que, as formas de produção desse mal-estar estão em constante transformação junto da trama social. Lipovetsky (2004) destaca a esquizofrenia entre culpa e prazer; entre padrões ideais *versus* reais e entre restrição e compulsão, que se estabelece na contemporaneidade.

Uma possível hipótese da origem desse mal-estar é que o mesmo pode ser fruto da convivência entre a regra do que é ideal a ser vivido com prudência e moderação e, do outro lado, convive-se com os excessos em resposta aos apelos abundantes de moderação, de obediência cega às regras e conseqüentemente, frustrações (SEVERIANO et al, 2010). Cria-se, assim, um ciclo vicioso e um grande abismo entre o indivíduo e o corpo perfeito, retroalimentando o ciclo de angústias e ansiedades geradas por demandas impossíveis de serem atingidas, impostas pela própria sociedade em que se está inserido (NASCIMENTO, 2007).

Em 1974, Michel Foucault (2003) declarou, em uma aula publicada no livro 'Microfísica do Poder', que o corpo foi o primeiro objeto socializado no capitalismo, enquanto força de produção, operando sobre ele e a partir dele o poder.

Para Brohm (1975), toda ordem política se impõe pela violência, coerção e constrangimento sobre o corpo. E, ao falar sobre dominação e controle disciplinar, Foucault (2014) afirma que:

[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. [...]. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe (p.119).

O autor faz uma clara diferenciação entre as forças de exercício do poder: a sociedade disciplinar e a sociedade do controle. A primeira é caracterizada por dispositivos que regulamentam hábitos, costumes e práticas produtivas por meio de instituições disciplinares (escola, fábrica, prisão, igreja). Já a sociedade do controle atua a partir de mecanismos mais democráticos incidindo sobre o corpo (sistemas de bem-estar) e a mente (redes de informação e comunicação) dos cidadãos.

A medida em que o corpo escapa às tentativas de disciplinarização e de controle, criam-se novas formas de repressão. Onde havia uma tentativa de controle por meio de regras e normas, hoje adaptou-se para uma lógica de incentivo à determinados comportamentos por meio de instituições, mídias e de profissionais que endossam e legitimam tais condutas. Não se trata mais de um controle disciplinar do social, mas de formas variadas de sedução, persuasão para se aderir, por exemplo, a um estilo de 'vida saudável' ou ao 'corpo perfeito' (DEMÉTRIO et al, 2011).

Essa concepção de corpo hegemônica volta-se para um corpo elegante, magro e dinâmico, compatível com os ideais capitalistas de produtividade e assim, por conseguinte, um corpo sob controle. A boa condição de saúde do corpo passou a ser responsabilidade do próprio sujeito – o mito que convoca o mérito pessoal, e essa deveria ser alcançada por meio da prática de exercícios, do treinamento da correção e modelagens dos corpos de acordo com o modelo de ginástica da época (ALMEIDA et al, 2014).

Para realizar essa empreitada, pode ter a contribuição de profissionais, celebridades aliados à produtos e serviços para alcançar a glória ou o êxito (NASCIMENTO, 2007). Rabinow (1992) afirma que estamos em uma sociedade pós-disciplinar, onde grupos se organizam a partir de novas identidades e práticas, tendo interiorizado o controle.

O culto ao corpo e a magreza é vista em um estudo de Amaral (2012) através de três dimensões: práticas alimentares (submissão a dietas); práticas interventivas (cirurgias médicas); e ainda práticas estéticas compostas por academias. Tornaram-se práticas obrigatórias para as mulheres, um estilo de vida internalizado.

A cultura da perfeição gera um grande mercado de beleza, estética e em saúde também, causando um resultado oposto: a ruptura com a saúde. Na tentativa exaustiva por esse corpo ideal, há o crescente aumento de doenças físicas e mentais, entre elas os transtornos alimentares (bulimia, anorexia, compulsão e ortorexia), transtornos de imagem, ansiedade, depressão entre outros.

Para que sejam compreendidas essas relações de poder entre o corpo, as instituições e o papel dos profissionais da saúde, em especial o nutricionista, propõe-se no tópico seguinte explorar como se deu a ascensão do paradigma

cartesiano, oriundo da medicina moderna que acabou por influenciar toda a área da saúde, em especial, a nutrição (LUZ, 1988, 2007).

1.3 – O paradigma hegemônico: da medicina moderna à nutrição

“Somos seres multidimensionais. Jamais seremos apenas um corpo ou uma doença.”

Ana Cláudia Quintana

Queiroz (1986), ao mostrar uma breve retrospectiva sobre a medicina, contribuiu para a compreensão do desenvolvimento dessa ciência, bem como as mudanças que sofreu ao longo do tempo. Segundo o autor, na Grécia antiga haviam dois símbolos importantes: *Hygéia* (deusa da saúde) e *Asclépius* (deus da medicina).

Para os adeptos de *Hygéia*, saúde dependia primordialmente de como os homens governavam suas vidas, a cura era dependente da natureza, e a doença, de um relacionamento inadequado com ela, ou seja, a doença era percebida como um desajuste. Já os seguidores de *Asclépius* acreditavam que o papel do médico era tratar a doença e corrigir as imperfeições trazidas pela vida através de terapias mais ‘heroicas’, sem se preocupar em encontrar um modo de vida particular ao paciente. A ênfase recaía, portanto, no aspecto sintomático e curativo da medicina.

Hipócrates, considerado pai da medicina, elaborou uma síntese a partir desses dois símbolos e se preocupou com a doença individual, com os meios para a cura e os fatores relevantes para manutenção de um equilíbrio biológico (QUEIROZ, 1986).

Carvalho (2002) reitera a definição da medicina por Hipócrates, como uma prática que visa libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos ou amortecer a violência das doenças. Ou seja, ele propõe um olhar para a medicina curativa (“libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos”) e para a medicina paliativa (“amortecer a violência”) sob um exercício de consciência que opera nos limites do saber/poder.

Para auxiliar nesse cuidado, as principais terapêuticas utilizadas baseavam-se no regime alimentar e em regras de comportamento adequadas, sendo a dietética a origem da medicina, como se pode ver em obras descritas por Mazzini (1998) citado por Seixas e Birman (2012), como tratados dietéticos. Essa mesma visão aparece já

em formatos de medicinas tradicionais. Para Azevedo (2014), a gênese da saúde sustentava-se nas combinações alimentares, de acordo com sazonalidade dos cultivos e da tradição local.

Dentro dessa perspectiva, a relação entre os alimentos e seus sintomas/efeitos eram observados de modo minucioso em cada indivíduo, juntamente com outros fatores vitais como: sono, ginástica, passeios, atividades sexuais, clima, estações do ano, etc. Dentro desse contexto, era permitido a indicação de dietas e condutas gerais a serem adotadas.

A dietética, inicialmente diluída na prática médica, tinha como objetivo o reestabelecimento do equilíbrio, para além do cuidado com o corpo e a saúde e se relacionava com uma vida útil e feliz dentro dos preceitos políticos e filosóficos de cada cultura (SEIXAS; BIRMAN, 2012).

Carvalho (2002) ressalta que os indivíduos doentes ou saudáveis perante às recomendações alimentares, não eram de modo algum sujeitos passivos que simplesmente aceitavam os conselhos de seu médico. Para o êxito, era convocada a participação ativa do indivíduo, inserindo-se numa “arte de viver” que, segundo Foucault (1994), era uma prática refletida de si e do seu corpo, de forma que a prática do regime como arte de viver não se relacionava a condutas para prevenir doenças.

O cuidar de si e do outro, em conjunto com a natureza, reflete o sentido da totalidade que inspirou a medicina hipocrática, regida por princípios como a educação, a cultura, a espiritualidade e a humanidade, segundo o próprio juramento¹².

A medicina na idade clássica tinha limitações em termos de diagnósticos e saberes técnicos. Baseava-se fundamentalmente nos temperamentos e humores descritos por Hipócrates e Galeno (SEIXAS; BIRMAN, 2012). Foucault (1994) declara que o ‘olhar médico’ operava sob uma construção do conhecimento da visão mística do mundo e do corpo.

¹² O juramento Hipocrático é considerado patrimônio da humanidade. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-04.pdf> (acessado em: 15/12/2019).

Com o deslocamento dos saberes baseados na experiência divina para o campo da razão, iniciou-se uma busca por localização das doenças apoiadas no conhecimento fisiológico do corpo (SEIXAS; BIRMAN, 2012). Almeida e colaboradores (2014) relembram que, no período do renascimento europeu, aconteciam os teatros anatômicos, uma prática de conhecimento sobre o corpo realizada em local público que envolvia música, decoração luxuosa e todo o espetáculo do corpo a ser dissecado, uma verdadeira encenação simbólica.

René Descartes, figura muito importante para o atual paradigma, estabeleceu no século XVII métodos para se pensar o corpo humano como uma máquina, similar ao pensamento de Galileu. Com uma interpretação mecânica, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana que pode ser reparado pela intervenção de uma medicina que detém o conhecimento sobre a máquina (QUEIROZ, 1986; DEMÉTRIO et al, 2011). O conhecimento do perito se sobrepõe na relação frente ao paciente/sujeito doente. Mais do que isso, entende que o corpo está sempre exigindo reparos, uma busca eterna pela perfeição e um estado estático de saúde.

A partir da revolução industrial, Queiroz (1986) mostra que houve uma evolução progressiva de métodos, técnicas e conhecimentos, consolidou-se, assim, a hegemonia do paradigma mecanicista, proposto por Descartes.

Demétrio e colaboradores (2011) apontam um marco importante para o estudo da medicina nos países das américas: o relatório Flexner, proposto em 1910. O documento foi responsável por uma importante reforma das escolas médicas imprimindo características reducionistas, biologicistas, individualizantes e de especialização médica, com ênfase na medicina curativa e exclusão das medicinas integrativas e complementares.

A descoberta dos antibióticos, a partir de 1930, e a sua crescente comercialização depois de 1945 refletiram o auge desse paradigma (QUEIROZ, 1986). Mas, esse modelo apresenta limites, em especial na esfera da subjetividade humana, como a compreensão da doença, do adoecimento e sofrimento (AMADIGI et al, 2009). Para Ceccim e Merhy (2009), isso resulta de um:

[...] ciclo básico de formação, o ensino da anatomia e da fisiologia humanas e a dissecação do corpo em seus órgãos são os percursos condicionais à

apropriação da clínica. No ciclo profissional, o corpo já dissecado em órgãos surge como o território onde evoluem as doenças. Este tem sido o corpo pouco humano na clínica, limitando seus órgãos, e aos modos de evoluir da doença como uma história natural (p. 536).

Segundo Coelho e Filho (1999), a obra do filósofo Georges Canguilhem exerceu papel importante na construção do campo da saúde coletiva no Brasil. Em sua tese de doutorado, Canguilhem discorre sobre o normal e o patológico, conceitos essenciais que ajudaram a área da saúde a consagrar técnicas que classificam os indivíduos (FERREIRA, 2009).

Ao compreender a ideia de normal que se firmou no paradigma mecanicista, percebe-se que os processos de saúde e doença foram fundados a partir de uma média aritmética, norma ou tipo ideal em determinadas condições experimentais, orientados pelos princípios da neutralidade, universalidade e aplicabilidade inquestionáveis. Reduziu-se a doença à sintomas observáveis e conseqüentemente criou um distanciamento entre médico-paciente (DEMÉTRIO et al, 2011; KRAEMER et al, 2014).

Nesse sentido, para Demétrio (2014), há um 'conhecimento-regulação' da doença e do corpo-objeto vigentes na saúde como corolário do modelo biomédico, amparando-se somente em uma tecnologia instrumental que desqualifica a experiência corporal. Mais do que isso, "o julgamento que se faz de um fato é sempre referido a um valor e, ao mesmo tempo, submetido àquele que a institui (SEIXAS; BIRMAN, 2012, p. 16). Os mesmos autores citam Canguilhem e reforçam que a vida é de uma atividade normativa. Ou seja, a normalidade advém de uma normatividade.

Ceccim e Merhy (2009) reforçam que muitas vezes o diagnóstico antecede o exame físico, refere-se apenas à um diagnóstico do risco, tratados basicamente a partir de fármacos que visam manter a 'normalidade' do corpo biológico. Ou seja, o risco de adoecer passou a ser medicamentado, a farmacoprevenção. A medicina tem sido vista como uma atividade ligada, intimamente, à um exercício de poder (STANCEY, 1988).

Canguilhem (2009) compreende que os conceitos de saúde/doença carregam uma carga subjetiva que se origina da relação entre indivíduo e seu ambiente, na experiência da vida, a doença faz parte do trajeto e cada sujeito teria a sua própria

concepção do que seria normal para si mesmo. Coelho e Filho (1999) fazem uma ponderação a respeito disso:

[...] tornou-se clássica a ilustração de que um indivíduo com astigmatismo seria normal numa sociedade agrícola e anormal na marinha ou aviação. Além do mais, a própria, norma mudaria ao longo do tempo. As novas invenções tornar-se-iam necessidade e ideal para os indivíduos que, em sua ânsia de dominar o meio, poderiam ser normais ou anormais com os mesmos órgãos, a depender da sua capacidade de lidar com os novos instrumentos [...] (p. 19).

Queiroz (1986) ressalta que na junção entre ciência e tecnologia, as doenças deixaram de ser interpretadas através da estrutura patológica e passaram a ser analisadas a partir da estrutura celular via o método experimental. A vida é explicada pelo laboratório (CECCIM; MERHY, 2009). Mas tal fato não leva, necessariamente, a mais saúde. Seixas e Birman (2012) afirmam, por exemplo, que o aumento de casos de depressão está diretamente relacionado a uma mudança normativa do século XX, atrelada à medicalização da vida. Nesse sentido, pode-se pensar a obesidade como um complexo fenômeno social para além de uma enfermidade. Apesar de ser abordada centralmente como doença (e epidemia) na nutrição e na medicina, a obesidade é analisada como um fenômeno sociológico em Poulain (2013) e a há um debate atual sobre os impactos da classificação da obesidade enquanto doença ou fator de risco (GOLÇALVES, 2004; MORTOZA, 2011; PINTO; BOSI, 2010).

Nos exemplos expostos acima, revelam que em algum grau, o conceito de normal e patológico constitui-se como um dispositivo de segurança, logo, de poder, pois, visa o controle através de discursos legitimados (SEIXAS; BIRMAN, 2012).

Para ilustrar essa reflexão, os autores acima levantam a questão sobre a obesidade. É vista sob um ponto negativo sanitário e estético, constituindo-se algo a ser normalizado. Para eles, diversas manobras com orientações sobre o emagrecimento reiteram o discurso medicalizante, que conseqüentemente, está atrelado à liberdade e felicidade, dessa maneira uma doença a ser combatida, a ser curada.

Em contrapartida, Gard e Wright (2005), citados por Seixas e Birman (2012), afirmam que a produção científica sobre a obesidade é repleta de incertezas e concepções familiares, morais e ideológicas, com efeitos éticos questionáveis.

O fato é que o progresso científico se estruturou nos princípios da razão, validando os conhecimentos nesse âmbito e limitou-o ao mundo físico, observável e mensurável (ALMEIDA et al, 2014).

Ortega (2005) ajuda na compreensão desse processo histórico, resgatando a forma como se realizava a anamnese de um doente: explorava-se através dos sentidos corporais – tato, audição e visão – pistas e indícios para assim diagnosticar. A exemplo são citados a ausculta com ajuda do estetoscópio; o tato de partes corporais; a visualização de tecidos; a escuta dos relatos e as histórias do próprio paciente.

No século XIX iniciou-se o surgimento de instrumentos que privilegiavam a visão; ou seja, pode-se visualizar partes do corpo como o laringoscópio e o raio x, minimizando as cirurgias e permitindo a detecção de desordens internas (PORTER, 1993).

Sob influência dessa cultura visual, em meados do século XIX, a comunidade médica estava convencida de que as técnicas visuais eram mais eficientes do que qualquer outro sentido (audição, tato); defendiam que esses outros sentidos poderiam ser mais facilmente distorcidos e que a visão/imagem era real, neutra e objetiva. Ou seja, a história da anatomia e das tecnologias de visualização médica do corpo testemunharam a forte relação do visual com a verdade científica.

O século XX foi palco da hegemonia absoluta da visão. A princípio, não há nada de errado com a cultura visual do ocidente. A visão é historicamente considerada o mais nobre dos sentidos a datar de Platão, sendo compreendida, desde então, como um atributo estável das coisas (ORTEGA, 2005).

Essa supremacia se perpetuou, especialmente porque foi através da visão que houve a disseminação do conhecimento, a escrita, a leitura. Em seguida, a fascinação com a televisão, o cinema e a informática como formas de cultura, lazer e informação. Consequentemente, o corpo humano passa a ser interpretado sobretudo por sua aparência física (BOLSANELLO, 2005).

Le Breton (2016) vê tal fato como problemático quando ocorre o esquecimento relativo dos outros sentidos; uma “evolução” de um olhar padronizado, racionalizado,

calibrado, uma visão de mundo bem reduzida, gerando imagens manipuladas, e versões do real que, por conseguinte, tornam-se miragens.

A experiência corporal implica em um conjunto de sentidos que escapa da mera apreensão visual e objetivante das tecnologias de imageamento e, conseqüentemente, contribui para a desincorporação da subjetividade e para a virtualização da corporeidade. O corpo visual é fragmentado e tal visão não reflete sua unidade orgânica. Descorporifica-se e esvazia-se o sujeito (ORTEGA, 2005).

O corpo torna-se mero objeto a ser olhado, estudado inserido em uma cultura do espetáculo, para usar o termo de Debord (1967), distanciando-se do corpo subjetivo, passível de ser tocado e experienciado. Para Leloup (2012), não é possível falar de um corpo que não tenha uma animação viva; na ausência da matéria animada tem-se um cadáver.

Esses saberes e intervenções médicas moldavam o corpo humano a fim de satisfazer as necessidades da produção. O sucesso histórico dessa forma de se praticar a medicina só foi possível porque encontrou compatibilidade com o modelo de produção capitalista.

Assim, gradativamente, a medicina ocidental moderna foi perdendo a visão holística do paciente e deste com o meio externo – físico e social, atingindo seu ápice no século XXI. Queiroz (1986) ressalta que a medicina moderna vai legitimar e refletir normas produtivas, nem sempre coincidindo com as necessidades de saúde da população. Tal ciência oferece seu saber pensando que o da população é insuficiente e, muitas vezes inferior.

Amadigi e colaboradores (2009) declaram que o modelo assistencial hegemônico da saúde se caracteriza por uma abordagem clínica centrada na figura do médico e compreende a saúde/doença de forma linear e causal, desvinculando a pessoa de sua história e cultura. Mais ainda, a 'autoridade médica' quando em situações com questões de ordem moral ou ética, ultrapassa as competências técnicas, acaba por interferir na autonomia das pessoas (ILLICH, 1975).

A maneira mais comum de se olhar o adoecimento humano é apenas resultado de um processo que instaura um olhar patológico nos modos de viver a vida, em dimensões individuais e coletivas, destacando-se: "[...] uma atuação dirigida à

produção do desejo ali onde se modulam as formas de viver. Vêm agregar-se estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 539).

Em outro estudo, Demétrio e colaboradores (2011) afirmaram que é um modelo centralizador, autoritário e pauta-se em uma relação na qual o paciente tende a ter um papel mais passivo e o profissional, detentor de todo conhecimento. De modo que houve um afastamento do paciente e de seu sofrimento como objeto de ação. A ação que valoriza a tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, é tratada por Luz (2007) como uma “medicina centrada no procedimento”.

Uma das características desse modelo é a medicalização. Camargo Jr. (2007) descreve que esse processo expropria as pessoas em geral da sua capacidade de cuidar de si. Tornando-as dependentes do ‘cuidado’ dispensado por profissionais da saúde, em especial de médicos. Além disso, a medicalização alivia a dor e os sofrimentos contemporâneos, ao mesmo tempo, reduz o desfrute de prazeres cotidianos (BESERRA et al, 2014).

Segundo Ferreira (2009), a partir do século XX outras duas ciências se entrelaçaram: a psiquiatria e a psicologia. Elas criaram dispositivos, categorias, avaliações e testes, com caráter diagnóstico, de forma a gerenciar e prever a conduta humana. O sucesso deste período tem por base o conceito de governamentalidade de forma não autoritária, mas, com base em conhecimentos aparentemente, objetivos, neutros e efetivos – devidamente legitimados pelas instituições. Dessa forma, o especialista ganha ainda mais importância.

No jogo de tensões e críticas ao modelo biomédico, Rose (1998), citado por Ferreira (2009), relata que os pacientes são obrigados a ser ‘livres’. Mas, é uma liberdade cerceada uma vez que se oferece uma pluralidade de alternativas de acordo com os estilos de vida que devem ser construídos. É um tipo de movimentação de autogoverno em que o próprio sujeito está responsável por sua realização, tornando-se uma presa voluntária que será controlada pelos interesses do mercado (CÉSAR; DUARTE, 2009; FERREIRA, 2009).

Nesse processo de trabalho sobre si mesmo, os autores supracitados afirmam que o paciente deve moldar seu estilo de vida, tornar-se empreendedor de si mesmo. No

movimento ativo, tal estado produz-se por meio de práticas nutricionais, educacionais e físicas, a fim de alcançar a felicidade.

Sob essa lógica normativa, Seixas e Birman (2012) afirmam que quando o sujeito não consegue atingir as regras e padrões, produz-se um sofrimento, uma angústia, inadequação e insuficiência. A aparência física parece valer socialmente pela apresentação moral do indivíduo (LE BRETON, 2012).

As estratégias de saúde pública e prevenção de doenças do Estado vão na mesma direção; visam o prolongamento da saúde, da juventude dos corpos produtivos. Com essa dinâmica, impõe-se uma pedagogia do *fitness*. O termo é desenvolvido por Cezar e Duarte (2009) como:

[...] um conjunto de práticas e de discursos centrados na produção do corpo magro e da vida ativa por meio do incentivo à alimentação balanceada e dos exercícios físicos [...] (p. 132).

Dentro desse paradigma vigente, na medida em que o corpo é visto como um conjunto mecânico tornava-se possível endireitá-lo. Daólio (2011), citado por Almeida et al (2014), afirma que se pode perceber as regras, normas e valores impostos ao corpo dentro da sociedade, na qual está inserido. Constitui-se, portanto, um corpo simbólico, um fenômeno social que relaciona as experiências vividas de forma individual. É nesse cenário hegemônico e com este corpo que se dá a atuação do nutricionista.

1.4 – Dispositivos de poder: vigiar e punir na nutrição clínica

“Entender e praticar a alimentação apenas com fins nutritivos seria o mesmo que limitar a atividade sexual apenas a fins reprodutivos”.

Gustavo Barcellos

É indiscutível que a alimentação humana é uma necessidade básica biológica, formada por um complexo sistema de símbolos sociais, políticos, religiosos, éticos e estéticos. A fome biológica é apenas uma etapa que constitui o ato de se alimentar, sendo modulada por hábitos, costumes, rituais, status, expressão dos desejos, prazer, afeto e tantos outros comportamentos subjetivos (JOMORI, 2008; OLIVEIRA, 2016).

A comida representa um universo simbólico de grande riqueza, configurando à mesa como metáfora da vida humana. O sociólogo Claude Levi Strauss (2004) disse que o alimento deve ser não só bom para comer, mas também para pensar. Isto é, a comida não é só biológica, mas também culturalmente comestível.

No estudo da dimensão antropológica da alimentação, Claude Fischler, em entrevista à repórter Miriam Goldenberg, afirma que:

[...] quando falamos de comida não estamos falando só de nutrição, comida não é só nutrientes, calorias, proteínas, vitaminas, etc. Existem regras que estão implícitas no ato de comer, que os comedores seguem sem ter consciência que estão seguindo, como as coisas que se pode comer ou não, as horas em que se deve comer, o número de refeições diárias, com quem se deve comer, qual a etiqueta que se deve seguir, etc. Regras que todos seguem sem saber que estão seguindo. Existe, portanto, uma gramática e uma sintaxe quando se come. A língua é uma boa metáfora para se pensar a comida. Quando falamos, não pensamos na sintaxe da língua, não temos consciência da estrutura que está por trás da nossa fala (GOLDENBERG, 2011, s/p).

Le Goff (2002), citado Freitas et al (2011) ressaltou que o comportamento alimentar na idade média significava a posição social do indivíduo. Comer muito representava *status* e força e, os corpos musculosos um poder de intimidação dos homens, uma maneira de se assemelhar aos animais.

A partir da industrialização os padrões da alimentação sofreram modificações a fim de atender às novas demandas: o trabalhador moderno (ELIAS, 1994). Uma espécie de visão disciplinar civilizatória se prolongou à alimentação promovendo um controle dos prazeres e uma narrativa moralizadora com influências religiosas – o controle da alimentação e conseqüentemente do corpo (FREITAS et al, 2011). As autoras destacam que:

As ideias positivistas na nutrição reproduzem a ilusão objetivista da ciência e concebem um modelo teórico-prático centrado na atenção à doença (nem é ao sujeito doente!) Reduzem a alimentação humana a uma necessidade física da ingestão de elementos bioquímicos (como se tratasse de uma ração animal). No campo teórico da alimentação e nutrição, em conclusão, existe um ponto cego que distancia os nutricionistas (desde sua formação) das questões alimentares reais das pessoas e do ato humano de se alimentar, ato este saturado de sentido e que vai muito além da proposta de prevenção de doenças (p. 33).

A busca do paradigma mecanicista é restrita a desvendar mistérios do metabolismo humano, onde concentra a maioria dos estudos, desconsiderando a esfera política, econômica, geográfica e cultural. Estes últimos, são indispensáveis para a compreensão da história da alimentação, demonstrando que a ciência da nutrição se

amplia sensivelmente quando analisada sob o cunho sociológico (AZEVEDO, 2008). Assim, perspectivas antropológicas e sociológicas são fundamentais para a compreensão e resolução das questões e problemas alimentares atuais uma vez que o ato de comer acontece de acordo com regras impostas pela sociedade, influenciando a todos que vivem nela (CARNEIRO, 2003; JOMORI, 2008).

Nessa jovem ciência da alimentação, Vasconcelos (2001) mostra que somente em 1940 o campo da nutrição emergiu no Brasil enquanto disciplina, campo político-social e como profissão. A nutrição teria surgido como parte integrante do plano de modernização da economia brasileira. Inicialmente o curso tinha duas vertentes mais importantes: a nutrição clínica (dietoterapia) e o campo da alimentação coletiva (DEMÉTRIO et al, 2011). Segundo os mesmos autores, o nutricionista emergiu nesse cenário sob a perspectiva biologicista, com interesses estatais e mercantis, com papel subalterno aos médicos.

Esse paradigma nutricional se estabeleceu apoiado na abordagem tecnobiocientífica, instrumental, restrita à doença de forma mecânica que faz com que profissionais oprimam 'o doente' em saberes estritamente intelectualizados, racionalizados e intimamente legitimados por 'evidências científicas' da patogênese (DEMÉTRIO, 2014). Freitas e colaboradores (2011) reforçam que as experiências dos indivíduos nem eram levadas em conta.

Portanto, a nutrição assume a mesma concepção negativa de saúde, visto que a ciência médica é regulada pela doença. Uma espécie de soberania que visa a disciplinarização e legitima condutas do tipo diagnóstico-prescrição que estão voltadas para os sintomas (CECCIM; MERHY, 2009).

O termo 'concepção negativa de saúde' denominado por Almeida-Filho (2011), refere-se à redução do conceito de saúde à ausência de doença, provocando distorções que interferem no processo de cuidado em saúde.

Alguns pesquisadores como Santos et al (2005); Amorim et al (2001); Scagliusi et al (2011); Demétrio et al (2011); Navolar et al (2012) se dedicaram ao estudo das críticas referentes ao modelo hegemônico, na tentativa de ampliar as discussões em torno das práxis da clínica nutricional.

Essa pesquisa não tem a pretensão de negar a relevância de toda a construção realizada e também, o quanto a tecnologia contribuiu e tem contribuído para o avanço dos estudos em diversos problemas. E é compreensível que a ciência da nutrição tenha se preocupado por tantos anos com questões de 'primeira necessidade', como a fome e a desnutrição, visto que esse era – e ainda é - um problema social muito relevante. Porém, o cenário se alterou ao longo dos anos, e trouxe novas questões, como a obesidade, o diabetes, a síndrome metabólica, a hipertensão arterial e outras DCNT que estão demandando mais atenção.

1.4.1 Alimentação saudável: de estilo de vida à política

Nas últimas décadas, com o processo de modernização e as mudanças no estilo de vida fizeram com que as pessoas, conseqüentemente, mudassem sua alimentação, desenvolvendo diversas doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a obesidade¹³ (SCHMITZ et al, 2008; GARCIA, 2003).

Com isso, Martins e colaboradores (2011) afirmam que houve uma crescente preocupação com uma alimentação mais saudável, sendo o foco central a ideia de que a dieta exerce um papel fundamental na promoção de saúde e prevenção de doenças. Isso está cada vez mais presente na consciência e no inconsciente coletivo. Um exemplo dessa prática foi a recomendação sobre dieta e câncer, em 1982, da Academia Nacional de Ciências, nos Estados Unidos da América (EUA), que teve o cuidado de falar em nutrientes e não em alimentos (POLLAN, 2008).

Em geral, o foco da abordagem é usualmente biológico, pensando em dietas que atendam somente às recomendações nutricionais, com características muitas vezes restritivas, perfeccionistas e, conseqüentemente, não realistas.

Importante ressaltar que, esse padrão de dietas inadequadas, com excesso de preocupação no peso e formas corporais é o principal fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e/ou um comer transtornado.

¹³ Há controvérsias e um debate em aberto entre os especialistas a respeito da obesidade ser considerada doença ou fator de risco. Acredito que há pontos positivos e negativos em ambas as partes, sendo o mais importante, proporcionar a cada dia, alternativas que visam amenizar o sofrimento dessas pessoas.

Em estudo de Vieira e colaboradores (2011), a representação de 'dieta' está diretamente relacionada à vontade de 'comer mais', ou seja, representações negativas a respeito da dieta – associada à sentimentos de raiva e tristeza diante das inúmeras restrições alimentares e isso, dificulta ainda mais a adoção de comportamentos positivos na saúde. Apenas a terminologia 'dieta' já é um fator de baixa adesão à tratamentos diversos. Jones et al (2007), citado por Vieira et al (2011) afirmam que quando o tratamento sugere uma 'alimentação saudável' ao invés de 'dieta', já obtém maior adesão por parte dos pacientes.

Esse cenário é reflexo do predomínio da vertente biológica na formação do nutricionista, principal perito em alimentação. Segundo Bosi (1988), em Frozi et al (2010), esse profissional é também responsável pela difícil articulação dos conhecimentos biológicos com a dimensão social, resultando numa percepção prejudicada do ato de se alimentar.

Uma visão biopsicossocial sobre a alimentação implicaria em compreender que o saudável ou não depende de muitos fatores, tais como: história pessoal e familiar, cultura, religião, crenças, momento econômico, experiências, preferencias e aversões e outros muitos atores (MARTINS et al, 2011).

Pode-se afirmar que a necessidade básica do ser humano de se alimentar, tornou-se uma tarefa árdua, e é executada com a influência de manuais e livros especialistas (POLLAN,2008). De fato, tem-se uma grande confusão de informações, oriundas de fontes variadas, acessíveis a grande parte da população e muitas vezes desprovidas de verdades ou comprovações científicas.

Diante de tanta informação, Azevedo (2008), declara que leigos e peritos estão confusos nas áreas da nutrição e saúde, permeadas por incertezas. Como resultado, existe uma insegurança e desconfiança cada vez maior do comedor, fenômeno esse designado por Fischler (1995) como 'gastroanomia' - uma junção das palavras gastronomia e anomia, fazendo referência à Durkheim, configurando um estado patológico da sociedade e um estado psicopatológico na alimentação cotidiana.

O modelo de dietas e alimentação seguido atualmente é baseado na abstinência/exclusão de alimentos. Em cada momento da história recente, tem-se a prescrição ou a restrição de alimentos e grupos, identificando-os como os 'vilões' da

saúde. A alimentação convive lado a lado com termos depreciativos como veneno, droga, lixo, sujeira, porcaria, vício e outros para designar comidas que devem ser abolidas para que o 'milagre' possa acontecer: atingir o ideal de corpo magro, feliz e saudável. Sobre essa questão Demétrio (2014), baseada em outros autores, endossa:

[...] a consolidação de riscos na sociedade não necessariamente a conduz a uma 'evitação' dos mesmos, ainda que tenham sido construídos socialmente e que estejam relacionados ao sentimento de perigo, ameaça e medo. A percepção e valor individual e/ou coletiva de proteção ou exposição a determinados riscos podem estar condicionados às motivações e necessidade que vão além dos riscos (p. 186).

Pode-se pensar que a determinação do emagrecimento como conduta a ser seguida, em última análise, corresponde, segundo Seixas e Birman (2012), à uma estratégia política, uma espécie de controle que é, ironicamente, positivado na busca do ideal de saúde perfeita. Processo descrito por Demétrio et al (2011):

O discurso normativo e restrito sobre a alimentação apregoado na clínica nutricional atua como um imperativo para o "bem-estar" do corpo. Nessa perspectiva moral e racional, negam-se a tradição das sensações e dos temperos, os padrões culinários mais antigos e domésticos, para adotar outros modelos baseados em uma moral estética ou clínica (p. 754).

Numa perspectiva da 'sociedade do espetáculo', a alimentação e os modelos de vida saudável, conhecidos como 'estilo de vida', são, na verdade, técnicas de governo usadas para aumentar a sujeição, conquistando o controle social por intermédio do consenso e, não pela força, promovendo o entorpecimento da sociedade (FILHO, 2003).

O corpo fragmentado está na base de uma corporeidade normativa. Essa é uma verdade hegemônica que contribui para a hiperespecialização médica, práticas com um caráter reducionista (ORTEGA, 2005).

Com essa dinâmica de restrições, o resultado é o aumento do desejo e da compulsão por esses alimentos – quanto maior a restrição, maior a compulsão. Promove-se um ciclo vicioso sob o qual o sujeito está insatisfeito com o corpo e, devido ao padrão irreal, faz dieta/restrrição, fica estressado, tem compulsão, se sente fracassado e, ao fim, ainda acredita que o problema foi a sua incapacidade de seguir a dieta (ALVARENGA et al, 2015). Na perspectiva foucaultiana (1985) seria dito que todo controle deflagra uma resistência.

Vieira et al (2011) reforçam que as dietas são sinônimas de perda do prazer e da liberdade. O paciente é duplamente culpabilizado - por seu adoecimento e por não seguir o plano alimentar, o que acarreta o preconceito e o estigma social (DEMÉTRIO et al, 2011).

O excesso de atitudes e discursos racionais e, o controle da alimentação são fenômenos associado à vários aspectos, dos quais destacam-se a crescente divulgação de informações a respeito da funcionalidade dos alimentos e a relação profissional-paciente.

O primeiro fenômeno pode ser ilustrado a partir da máxima de Feuerbach “você é o que você come” que promove uma lógica de constituição do sujeito pelo alimento, na qual a qualidade do que se come implicaria diretamente na qualidade do que se é (VIANA et al, 2017). Para esses mesmos autores, considerar o processo de alimentação de forma estritamente biológica e racional, destitui a possibilidade de contemplá-lo inserido no contexto social e subjetivo dos indivíduos. Demétrio e colaboradores (2011) afirmam:

Os nutrientes organizados como um receituário nutricional fazem oposição à tradição, aos hábitos e aos valores culturais do comer. A elaboração do receituário dietético na clínica sem a incorporação dos aspectos socioculturais da alimentação pode resultar no sofrimento do paciente, em desgostos e rupturas¹⁴ do cotidiano com seus valores e crenças culinárias (p. 756).

Sob esse modelo que tem exercido enorme influência na sociedade cunhado por Beardsworth e Keil (1997) como ‘medicalização da alimentação’¹⁵, a comida perdeu seu papel agregador, de promoção de encontros e prazeres e passou para uma ferramenta de obtenção de saúde através do suplemento e do medicamento. Adquiriu ainda, um caráter milagroso que confere poderes especiais a determinados nutrientes e substâncias para se atingir a saúde ideal.

O discurso atual associou a ideia de que bem viver está correlacionado à inteligência, bem-estar, saúde, afeto, felicidade, sucesso, provocando um desejo de viver melhor como um estilo de vida. Ou seja, a vida passou a significar um grande investimento de tempo, de dinheiro ou de (pré)ocupação. Nessa perspectiva, há um

¹⁴ Salienta-se que outros autores acima destacam que as doenças são resultados das rupturas da vida cotidiana.

¹⁵ Fenômeno entendido por um processo de nutricionalização da comida e do comer, no qual os nutrientes são vistos como medicamentos e passam a ser mais importantes para a alimentação humana do que a comida.

poder que rege e regulamente a existência, inclusive, provocando uma homogeneização de padrões estéticos e de saúde. (COELHO; FONSECA, 2007).

Com a junção de Estado e especialista, forma-se um sistema disciplinar, um campo de intervenção e de produção de verdades (CÉZAR; DUARTE, 2009). O nutricionista é o profissional que legitimará condutas desse tipo em um modelo terapêutico amparado pela ciência, popularmente incentivado pelas mídias (VIANA et al, 2017).

As redes sociais também são palco de um conjunto de ações e pensamentos que reforçam a cultura e esse paradigma do controle na nutrição. Entre esses fenômenos, podemos destacar as *hashtags* (#), que validam o paciente que está seguindo as prescrições e atingindo resultados físicos, entre elas: #OrgulhoDaNutri; #Antes&Depois; #ForçaFoco&Fé; #NoPainNoGain e #Tápagô.

Nascimento (2007) cita Freud em que uma das possíveis estratégias para lidar com o mal-estar é usar métodos de entorpecimento. Cardoso Jr (2005) relembra que na medicina da loucura visava-se entorpecer o corpo do louco, uma espécie de controle da potência criativa. Seria possível pensar em um entorpecimento do corpo que não está de acordo com os padrões – o corpo gordo, velho, flácido ou enrugado?

Os comportamentos empenhados no combate do corpo inadequado se assemelham a um entorpecimento, como, por exemplo, os medicamentos inibidores de apetite e de humor; as dietas restritivas; as atividades físicas punitivas e os procedimentos estéticos diversos que amenizam linhas e curvas de expressão e criam indivíduos padronizados, comportamental e esteticamente.

O autocontrole é a fórmula mais utilizada para evitar o ganho de peso ou promover a perda de peso, restringindo a ingestão de alimentos considerados ‘ruins’ para a saúde e associados a obesidade. E a figura responsável por afastar o paciente do ‘mau caminho’ é o nutricionista ‘policial’ (CASTIEL et al, 2014; SCAGLIUSI et al, 2011).

Sob essa concepção dualista - alimentos bons e ruins - o prêmio é a promessa de longevidade. Mas, não é apenas viver mais; é associar-se à tríade: beleza – vigor – juventude (NASCIMENTO, 2013). Propaga-se uma verdadeira domesticação dos corpos para conter os prazeres oferecidos pela vida moderna. A decisão final é

individual e subjetiva, mas, orientada pelo Estado pois, incentiva a decisão 'correta' (CÉZAR; DUARTE, 2009).

Na modalidade dominada pela biopolítica, os profissionais de saúde são sujeitos legitimados (SEIXAS; BIRMAN, 2012). E, no campo da alimentação, esse papel é exercido pelo nutricionista.

Desse modo, o poder no âmbito terapêutico não é construído como algo negativo. O controle aplicado no atendimento clínico nutricional tem como objetivo melhorar a saúde, manter um peso adequado, ensinar a alimentação ideal, tudo isso a partir das regras e padrões pré-determinados. Essa perspectiva remete a Foucault (2009) que disserta sobre o efeito sedutor e positivo do poder que se perpetua com certa tranquilidade:

Temos que deixar de descrever sempre os efeitos do poder em termos negativos: ele 'exclui', 'reprime', 'recalca', 'censura', 'abstrai', 'mascara', 'esconde'. Na verdade, o poder produz realidade, produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção (...) o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como a força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (p. 172).

Mas, esse cenário produz um grande mal-estar na sociedade. Castiel et al (2014) revelam um efeito adverso desse modelo hegemônico da saúde que coloca como ponto central a patologia, o medo de engordar ou estar doente aumenta ainda mais a ansiedade e o sofrimento com o corpo e a alimentação. Mesmo com tal pressão, estudo de Gaier e Grudgings (2010), citado por Heinzelmann et al. (2014), mostra que apesar dos anseios em relação ao próprio corpo, as brasileiras não estão mais magras.

Há assim a necessidade de uma análise crítica em relação aos modos de racionalidade na alimentação e das condutas opressoras dos profissionais de saúde que se naturalizam e sustentam a demanda criada socialmente.

1.4.2 – O profissional de nutrição

A ciência da nutrição parece não ter escapado desse paradigma dominante biologicista. Ao revisitar estudos no período de 1944 a 1968, Vasconcelos (1999)

observou que prevalecem os estudos sobre composição química e valor nutricional dos alimentos, além do consumo e do estado nutricional da população Brasileira.

Isso influi nos modos de produção de saúde, desde a formação do profissional de nutrição até sua prática em todas as áreas, principalmente a clínica. Freitas e colaboradores (2011) destacam:

Em geral os estudos na nutrição expressam a hegemonia do paradigma biomédico que, por sua vez, se manifesta nas práticas de saúde predominantes. Estas expressam uma visão de mundo, na lógica das ciências naturais, o que limita epistemologicamente o reconhecimento da totalidade da alimentação como um ato cultural e social. Nesse sentido, o caminho restrito adotado pela área acaba por criar-lhe armadilhas teóricas que influenciam a prática profissional (p. 32).

Na tentativa de compreender e (re)pensar a prática clínica, buscou-se no órgão regulador da profissão as orientações e descrições de como deve acontecer o atendimento nutricional.

De acordo com o Conselho Federal de Nutrição (CFN), a resolução nº 600 de 2018, item II, trata sobre a competência do profissional com atuação na área da nutrição clínica:

[...] prestar assistência nutricional e dietoterápica; promover educação nutricional; prestar auditoria, consultoria e assessoria em nutrição e dietética; planejar, coordenar, supervisionar e avaliar estudos dietéticos; prescrever suplementos nutricionais; solicitar exames laboratoriais; prestar assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição a coletividades e indivíduos, sadios e enfermos, em instituições públicas e privadas, em consultório de nutrição e dietética e em domicílio.

E, de acordo com a subárea assistência nutricional e dietoterápica em ambulatórios e consultórios, descrita no item D, da mesma resolução, para realizar as atribuições descritas acima, o nutricionista deve desenvolver as seguintes atividades **obrigatórias**:

D.1.1. Elaborar o diagnóstico de nutrição, com base na **avaliação nutricional**.

D.1.2. Elaborar a **prescrição dietética**, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, doenças associadas e considerando as interações drogas/nutrientes e nutriente/nutriente.

D.1.3. Registrar, em prontuário dos clientes/pacientes/usuários, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com **protocolos** preestabelecidos.

D.1.4. Promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, familiares ou responsáveis.

D.1.5. Elaborar receituário de prescrição dietética individualizada para distribuição aos clientes/pacientes/usuário.

D.1.6. Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em

risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber. **(Grifos da pesquisadora)**

Ao analisar o documento fica evidente que, em primeiro lugar, os alimentos são a ferramenta que permeiam todas as atividades e atribuições do profissional de nutrição. Em segundo lugar, não é possível desempenhar nenhuma das atividades descritas sem que se tenham pessoas envolvidas no processo. Ou seja, o trabalho de um nutricionista impacta, positiva ou negativamente, pessoas – sadias ou enfermas. Mas, o que chama a atenção é o uso de algumas palavras chave utilizadas do item D. O documento anuncia que o nutricionista é obrigado a desenvolver avaliação nutricional e prescrição dietética por meio de protocolos. Isso talvez seja reflexo desse modelo construído e herdado, o qual é descrito como centralizado no profissional, na doença e na medicalização. Uma relação hierárquica, verticalizada baseada na expertise e no conhecimento técnico, imposta ao paciente que por fim tem seu papel minimizado, passivo.

Dessa maneira, o atendimento clínico torna-se muitas vezes limitado, dedicado a práticas de caráter interventivo e restritivo, transformando a atuação do nutricionista em prescrições restritivas, com uso de suplementos nutricionais e medicamentos (NOVOLAR et al, 2012).

Apesar de haver prescrições similares à médica, há um grande abismo entre os atores da nutrição clínica pois, o tratamento dietético proposto depende de ações interventivas do paciente que não se restringem a tomar um medicamento para ‘obter a cura’. A prescrição do nutricionista implica a necessidade de uma complexa mudança de comportamento e dos hábitos alimentares. Porém, esse processo resulta de fatores interligados que permeiam o conhecimento, as crenças e os sentimentos envolvidos. Pedro e colaboradores (2016) complementam:

As representações culturais que permeiam a alimentação são carregadas de simbolismos e expressam aspectos associados à história de vida, ao comportamento alimentar desde a infância, às lembranças, relações afetivas, preferências, crenças, valores e mitos relacionados aos alimentos, à influência dos meios de comunicação, da família e amigos, do cenário socioeconômico, da globalização, entre outros fatores (p. 849).

O profissional nutricionista fica com uma árdua tarefa de ‘educar e mudar’ os hábitos do paciente, sob uma perspectiva autoritária e prepotente. Esse modo de atuação, é conhecido como educação nutricional no campo, também é produto de um modelo tradicional maior de concepção sobre educação no Brasil. Salci e colaboradores

(2013, p. 227) descrevem da seguinte maneira: “[...] educação bancária, considerada como um ato de depositar, transferir valores e conhecimentos. Vivencia-se o diálogo verticalizado, em que o educando é um ser passivo. ”

Esse modelo paternalista de atuação clínica impõe que durante o atendimento todas as determinações e condutas a serem seguidas são definidas pelo profissional, ficando o paciente com um papel passivo, impedindo que haja o desenvolvimento de alguma autonomia.

Lopes (2015) destaca que esse modelo pode ser categorizado como ‘*compliance*’, traduzido como obediência, ou seja, um modo no qual o paciente é submisso e obedece a um profissional autoritário. Nesse papel de passividade, o paciente pode apresentar um comportamento negligente, de recusa, desviante e não cooperador. Mais ainda, o fato de não cumprir o tratamento previsto é percebido como algo moral: “um paciente *noncompliant* é também um paciente ‘mau’ ou ‘difícil’” (LUTFEY; WISHNER, 1999, p. 637).

Ceccim e Merhy (2009) afirmam que, ao se analisar a prática de atender entre os profissionais de saúde, percebe-se que as relações estabelecidas são marcadas por forças externas, antecedentes ao encontro. Tal fato é descrito pelos autores como uma ausência de interação: tecnicista, excessivamente objetiva, centrada em procedimentos, fria e de modo que as pessoas são objetificadas ou vistas sob um diagnóstico.

Anderson (1995) reforça que no modelo hegemônico oriundo da medicina, o papel do médico e do paciente são complementares e opostos. A figura do profissional ocupa a posição de ativo, aquele que está no controle do processo; e o paciente é a figura passiva, obediente e dependente do saber profissional. Trata-se de uma visão um tanto quanto ingênua e inapropriada, fazendo lembrar uma relação controladora. Porém, o cuidado na saúde não se efetivará através de relações infantilizadas e controladoras. Pelo contrário, há uma resistência por parte do paciente de ser dirigido, ordenado, controlado ou censurado no que diz respeito à sua vida cotidiana (ANDERSON; FUNNELL, 2000).

De fato, uma relação desinteressada, insuficiente de diálogo, sensibilidade ou afeto, dificulta ainda mais a confiança necessária para atingir o sucesso em um acompanhamento clínico (DEMÉTRIO et al, 2011).

Lopes (2015, p. 495) faz um questionamento provocante: “Qual a vantagem da subordinação sendo que é o próprio paciente que ‘faz tudo’?” O mesmo autor evidencia através de um estudo de Anderson e colaboradores (1991) que a maior dificuldade ou incômodo na prática dos profissionais da saúde é saber lidar com o teor emocional que os pacientes trazem. Contudo, eles são treinados para ‘resolver problemas’, e emoções não são problemas que possam ser simplesmente resolvidos. Essas, por sua vez, precisam ser exploradas, expressas, experienciadas e aceitas pelo paciente.

Ao indagar se profissionais da saúde cuidam efetivamente das pessoas, Mélo (2018) afirma que com a adoção de procedimentos classificatórios que antecedem formalmente o cuidado, promove-se o esvaziamento do seu sentido. O cuidado passa a ser considerado uma ação técnica – com padrões universalistas e impostas – desconfigurando assim o seu real sentido: múltiplo, dinâmico e singular. Para Queirós (2015), quando se exerce pontualmente ações técnicas sem de fato estar atento às singularidades de cada pessoa, o que se faz é prestar cuidados, mas, não cuidar. Para o autor, isso não deve ser subestimado, mas é um tanto quanto limitado, visto que opera essencialmente por atos ou tarefas dirigidas ao corpo da pessoa, corpo-objeto e não corpo-sujeito.

Diante dessas constatações da trama social, pode-se argumentar essa consolidação da nutrição clínica amparada pelo mecanicismo. De maneira alguma, desconsidera-se ou subjuga-se o atendimento e a importância de uma alimentação equilibrada que consegue atender às necessidades nutricionais da população, mas utilizar-se só da abordagem biológica é deixar lacunas e limitações que precisam ser discutidas (SCAGLIUSI et al, 2011).

Para ilustrar o que foi apresentado até o momento, buscou-se na literatura algumas informações sobre a anamnese, instrumento que serve para iniciar a conversa com o paciente. A palavra tem origem grega, *anamnésis*, significa recordação, lembrança (LELOUP, 2015).

A resolução nº 594 de 2017, art. 4º do Conselho Federal de Nutrição (CFN), estabelece algumas informações que devem conter um prontuário ao se realizar o primeiro atendimento ao paciente (critérios obrigatórios):

- I. identificação do paciente, salvo se tal já tiver sido feito anteriormente por outro profissional da equipe: nome completo, data de nascimento, idade, sexo, gênero, estado civil, nacionalidade, naturalidade, etnia, escolaridade, profissão, endereço completo, endereço eletrônico e telefones, assim como dados do responsável legal, se for o caso; a pedido do paciente poderá ser incluído o "nome social", a seguir ao nome constante da identificação civil;
- II. triagem nutricional para avaliação de risco nutricional e nível de atendimento nutricional;
- III. identificação do nível de assistência de nutrição para estabelecer conduta dietoterápica adequada;
- IV. **anamnese alimentar e nutricional** compreendendo informações sobre o nível de atividade física e mobilidade, história clínica individual e familiar, história pregressa do paciente relacionada à nutrição, aplicação de inquérito de consumo alimentar (com identificação do nível socioeconômico), intolerâncias, aversões, alergias e restrições alimentares, alterações ponderais recentes, medicamentos em uso, queixas, sinais e sintomas, estes em especial do sistema digestório, exames bioquímicos prévios e atuais;
- V. **avaliação do estado nutricional** compreendendo: **obrigatoriamente, avaliação antropométrica** (peso, estatura, Índice de Massa Corporal - IMC) e **avaliação dos indicadores clínicos e laboratoriais**, quando houver; complementarmente, exame físico nutricional, circunferências, pregas cutâneas e outros métodos para **avaliação da composição corporal**;
- VI. hipótese diagnóstica de nutrição, e, se couber, **diagnóstico nutricional**, com identificação e determinação do estado nutricional do paciente, com indicação do protocolo referencial utilizado;
- VII. determinação das necessidades nutricionais específicas, quando aplicável, com base na **avaliação do estado nutricional** realizada;
- VIII. **prescrição dietética**: obrigatoriamente, data, horário, características da dieta (valor energético total, consistência da alimentação, composição de macro e micronutrientes mais importantes para o paciente, fracionamento, doses, incluindo volume e gramatura), conforme o caso, assim como outras informações nutricionais pertinentes (**grifos da pesquisadora**).

Como debatido durante todo o capítulo, a medicina teve forte contribuição e influência no campo da nutrição enquanto disciplina. Não por coincidência encontrou-se a seguinte descrição no Conselho Federal de Medicina (CFM):

Para obedecer ao disposto no art. 87 do Código de Ética Médica e seus parágrafos, o **registro da anamnese** deve, no mínimo, conter os seguintes dados:

- A. Identificação do paciente; B. Queixa inicial; C. História da doença atual;
- D. História familiar (de doenças); E. História pessoal (de doenças); F. Exame físico; G. Exame mental (para a psiquiatria e neurologia); H. Exames complementares; I. Diagnóstico; J. Conduta.

(Resolução 2056/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM); Capítulo XI, art. 51)

Não é de se estranhar que as atribuições e definições de como proceder em uma consulta revelaram-se similares. A anamnese é o principal instrumento utilizado para

‘conhecer’ a história do paciente. Essa entrevista, historicamente, consiste em direcionar o olhar do profissional para a doença, sem considerar a pessoa doente (SOARES et al, 2014). É um conjunto de perguntas sistematizadas para indagar os motivos que trouxeram o paciente até a consulta: hábitos, rotinas e informações que, de modo geral, inserem os pacientes em categorias ou parâmetros populacionais como: sexo, peso, altura e o índice de massa corporal (IMC).

Um ponto de destaque é que há uma importante diferença entre a conduta médica e a conduta nutricional. A primeira, em sua maioria, refere-se à prescrição de medicamentos (exigindo um nível mais baixo de adesão, trata-se de uma ação simples). A segunda, em sua maioria, refere-se a orientações sobre a alimentação que exigem um nível maior de adesão, tratando-se de uma ação complexa, que visa uma mudança de comportamento ou estilo de vida para promover benefícios na saúde do paciente. De acordo com essa diferença, é questionável e relevante debater o desenvolvimento e a constituição do atendimento clínico nutricional.

Em uma busca rápida na internet, ao investigar o que os pares declaram e entendem sobre anamnese, encontrou-se um conteúdo com o seguinte título: “como fazer uma anamnese em 20 minutos”. Ao assistir o vídeo, uma profissional de nutrição, considerada relevante no meio digital faz algumas afirmações:

[...] chega de **perder tempo**. Se você passa 40 minutos perguntando e o cliente respondendo, isso é um tempo muito longo, chato para o paciente e para o profissional. Aliás, ele se sente **pressionado e questionado** [...] você só precisa de **informações suficientes** para montar o **plano alimentar**, que é o que vai **gerar resultados**. Portanto, o ponto principal da anamnese é a **avaliação antropométrica (grifos da pesquisadora)**.

Apesar de não se constituir como um material de referência teórica científica, atualmente, a internet têm sido uma ferramenta para divulgação de informações, acesso à cursos, palestras, vídeos e tutoriais – tanto para leigos como para profissionais, de forma gratuita ou paga. Uma análise sociológica pode contribuir para alcançar o fenômeno do qual acontece na sociedade contemporânea.

Esse vídeo em especial, parece expressar exatamente o caráter controlador e o papel biopolítico que pode desempenhar o nutricionista. Ao projetar que a anamnese é uma perda de tempo, que perguntas farão o paciente se sentir pressionado, que só são necessárias informações para uma prescrição/plano alimentar a fim de gerar resultados e que para isso o ponto principal trata-se da avaliação antropométrica,

conclui-se que sua atuação se restringe às questões biológicas, de caráter intervencionista, imediatista, com foco em 'resultados' físicos, que não considera ou minimiza aspectos socioculturais ou de ordem psíquica.

Além disso, o profissional reforça essa cultura de uma alimentação medicalizada, com foco em nutrientes; a compreensão do corpo como uma máquina; e da importância do perito para condução dos resultados. Reflexo de um processo de supervalorização da tríade beleza-vigor-juventude, tomando a alimentação apenas com caráter funcional, sendo imprescindível a figura do *expert* – o nutricionista – que passa a incluir no seu repertório clínico esses suplementos e cápsulas. Desse modo, o paciente torna-se refém também da indústria farmacêutica em comparação à prescrição que incluía apenas alimentos, ocorrendo uma diminuição considerável em sua autonomia (VIANA et al (2017)).

Ao retornar na questão de origem, a anamnese, é importante ressaltar que os alunos das instituições de ensino, comumente, aprendem a partir de um roteiro de perguntas, que privilegia questões fechadas e pontuais em relação aos hábitos e preferências alimentares, seguindo exatamente o roteiro proposto pelo CFN.

Normalmente, esse protocolo utilizado, as perguntas são fechadas e limitadas às questões biologicistas, visto por Robles e Vasconcelos (2019) como um caminho seguro, no qual impede a experiência de total entrega, configurando-se como uma estratégia de controle para conduzir a consulta.

Na prática clínica, durante a anamnese, ao conduzir a consulta com perguntas objetivas e tecnicistas, o nutricionista pode acabar promovendo um ambiente pouco favorável para se estabelecer uma conversa horizontal, na qual só ele fala, podendo se assemelhar a um interrogatório, desempenhando um papel de juiz – avaliando o que está certo ou errado. Neste ponto, concorda-se com a avaliação descrita do vídeo, citado acima, o paciente se sentirá pressionado. Como resultado, a consulta promove declarações rasas e por vezes até com inverdades, não porque o paciente deseja mentir, mas por se cansar das perguntas ou por não desejar ser julgado ou avaliado duramente.

Com esse ritual, resta pouco ou nenhum tempo dedicado a conhecer as pessoas com profundidade, o que se agrava quando a consulta é condicionada a um plano de saúde e o tempo de atendimento é ainda mais reduzido.

A coleta de informações rasas levará, inevitavelmente, a condutas pouco eficientes ou ineficientes, além disso, as prescrições e orientações que não dialogam com as motivações intrínsecas dos pacientes – que não são exploradas. Sob tal contexto, deve se esperar poucas chances de mudanças de comportamentos.

Esse é um movimento que não está restrito ao momento da anamnese. Existe um contexto complexo de dominação que envolve toda a dinâmica de uma consulta nutricional.

Uma ilustração dessa hierarquia é o próprio ambiente da clínica nutricional, que se constitui como um lugar estratégico de poder a partir dos discursos construídos (Foucault, 1994). Predomina o posicionamento frente a frente do especialista vestido de branco, separados do paciente/leigo por uma mesa e por cadeiras de padrões diferenciados, colocados em ambientes assépticos e formais.

Com essa configuração espacial, cria-se um distanciamento entre peritos e leigos, de forma que o que é oferecido neste momento são os saberes técnicos juntamente com uma relação neutra. Apesar de falarem a partir da psicanálise, Baroni e Cunha (2008) definem essa relação hierárquica quando afirmam que:

O movimento rumo a uma relação de dominação por parte do terapeuta sobre o paciente se apresenta mais comum na prática clínica de viés tradicional, ligada diretamente ao discurso médico pedagógico, que entende o terapeuta como detentor de um saber e o paciente submisso ao tratamento clínico, ou seja, esse modelo estabelece relações de dominação bem definidas, com papéis hierárquicos bem marcados e imutáveis, em princípio. (...) o terapeuta pode assumir o papel de um *expert* no assunto consultado ou assumir o papel de alguém disposto a ouvir e a criar estratégias em parceria para a solução de dificuldades (p. 687).

Um exemplo dessa relação de poder constitui-se no momento em que o nutricionista acredita ser o detentor do saber alimentar, colocando o paciente em uma posição subalterna, passiva e que, desqualifica toda sua experiência alimentar prévia, crenças e desejos. Além disso, a própria terminologia dada à prática e aos envolvidos - clínica¹⁶ e paciente¹⁷ – A primeira palavra, no sentido de se debruçar

¹⁶ Do grego *klinikòs* – que tanto pode se referir à prática da medicina, a estar junto do leito, quanto ao lugar onde se atende aos clientes (CUNHA; MELLO SOBRINHO, 1982).

sobre o leito, já caracterizando uma relação hierárquica e inflexível e o segundo termo, para o sujeito envolvido, cabe o papel de passividade e paciência, aquele que suporta sem se queixar (BARONI; CUNHA, 2008).

Para fins didáticos, de modo a compreender a estrutura básica de um atendimento, sugere-se que a consulta nutricional é dividida em três principais eixos: a história clínica; a avaliação antropométrica e nutricional; e a prescrição.

O primeiro momento já foi extensivamente discutido quando se explorou a anamnese e seus desdobramentos. O segundo momento, constituído pela avaliação física, é respaldado pelos equipamentos modernos como: a balança, o adipômetro e a bioimpedância cujas performances se concretizam no corpo do paciente, objeto manipulado pelo nutricionista. Isto é, um exercício do seu poder e dominação, endossado por seu conhecimento técnico. Certamente, seria essencial pedir a permissão do paciente para realizar tal avaliação.

Para alguns nutricionistas e até outros profissionais de saúde, 'dar uma lição de moral' ou 'puxar a orelha', poderia se configurar uma estratégia para a mudança de comportamento. E a avaliação física, poderia ser uma oportunidade para tal. Porém, a vergonha está associada à comportamentos destrutivos, os quais impedem as pessoas de pedir ajuda, aceitar tratamentos ou de dar algum retorno positivo (BROWN, 2016).

Na prática clínica do nutricionista percebe-se um distanciamento das propostas de humanização, da integralidade da atenção e do direito de participação dos sujeitos durante o processo terapêutico (BRASIL, 2003; CUNHA, 2010). Camargo Jr (2007) evidência que o modelo atual da saúde culpabiliza os indivíduos ao adoecerem, por não saberem cuidar de si. Fatores esses que distanciam cada vez mais o homem de sua comida (DEMÉTRIO et al, 2011).

¹⁷ Do latim *paciente*, que se refere à pessoa que padece, ao doente; também pode apresentar uma conotação adjetiva remetendo-se tanto àquele que sofre física ou moralmente, ou àquele que suporta com moderação e sem queixa, o sofredor, ou ainda àquele que é perseverante (CUNHA; MELLO SOBRINHO, 1982).

Como visto até aqui, o paradigma hegemônico sob o qual a nutrição se baseia, está apoiado sob questões biologicistas, em especial nos aspectos da alimentação pós deglutição¹⁸ (ALVARENGA et al, 2015; DEMÉTRIO, 2014).

No modo de funcionamento cartesiano, que propõe áreas cada vez mais especializadas, o corpo é comparado a uma peça mecânica e a doença, a um defeito no mecanismo. A ação do profissional da saúde torna-se reduzida a *o que se come* (AMORIM et al, 2001).

Nesse sentido, o terceiro momento de uma consulta nutricional refere-se à prescrição. Com o foco voltado para *o que se come*, e, não para *como se come*, deixa-se de analisar e orientar os comportamentos alimentares.

A prescrição de suplementos, cápsulas e outros compostos se configuram uma conduta de controle, visto que, o paciente torna-se, em algum grau, refém do *expert* e da indústria farmacêutica. A saúde não está mais disponível na feira, mas na farmácia e só pode ser adquirida com uma receita atrelada a um especialista, não sendo mais capaz de cuidar de si mesmo e de sua saúde de forma autônoma.

As pessoas passaram a seguir recomendações e prescrições meramente fisiopatológicas, desqualificando as outras tantas demandas dos sujeitos que adoecem (DEMÉTRIO, 2014).

Essa autora ressalta que o relacionamento que se estabelece orientado para a neutralidade operado de forma técnica e baseado na anamnese ou protocolos pré-estabelecidos, torna o momento da consulta algo similar a um interrogatório. Um processo mecanicista insuficiente na escuta e na sensibilidade, como um bombardeamento de perguntas rasas e discursos prontos de bem-estar e alimentação ideal.

É muito provável que nesse ambiente hostil que se estabelece, o paciente ficará pouco à vontade, afinal, todo o encontro está centrado no conhecimento do profissional e do domínio que ele tem sobre a doença do paciente. O profissional despreza a sabedoria e os conhecimentos apresentados pelo sujeito sobre si

¹⁸ Aspectos pós deglutição referem-se à preocupação da ciência da nutrição em observar, estudar, orientar e tratar questões envolvidas com o funcionamento do corpo-máquina. Desconsidera ou menospreza os aspectos pré-deglutição como os desejos, vontades, crenças, emoções etc., todos aspectos subjetivos.

mesmo, suas crenças, seus desejos e expectativas (DEMÉTRIO, 2014). Acontece o que Amorim et al (2001) descreve como ruptura médico-paciente.

A racionalidade que predomina as profissões da saúde, segundo Robles e Vasconcelos (2019), tem forte apelo a tecnologias e à prática baseada em evidências, busca no controle sobre o estilo de vida das pessoas a imposição de comportamentos padronizados, normalizados. Demétrio (2014) enfatiza que as práticas clínicas imperam de forma técnica, na busca pelo 'bem-estar'. Robles e Vasconcelos (2019) recordam que se estimula atitudes que, em grande parte, não estão ligados à valores, necessidades e interesses dos próprios pacientes.

Ceccim e Merhy (2009) são enfáticos na análise de que a prática clínica está de alguma maneira capturada por uma espécie de gerenciamento, protocolização, corporativização ou pelas racionalidades de onde se desdobra, assim, os profissionais estariam sujeitados, capturados por essas formas de agir, pensar e atuar.

Portanto, a prática clínica se reduz às normas e recomendações técnicas biológicas; desconsideram o contexto e as subjetividades dos indivíduos. A principal atividade do nutricionista é assistencialista, foge à lógica da humanização e da integralidade proposta pela política nacional da humanização da atenção e gestão do SUS (AYRES, 2006; BRASIL, 2003).

Para Neto (2007), na maioria das vezes trata-se de práticas disciplinares e raras exceções com possibilidade de autonomia. Essa é uma das principais dificuldades da área da nutrição – e da saúde em geral - é promover a autonomia e a participação ativa do paciente durante os tratamentos, consultas ou qualquer intervenção.

O encontro entre o profissional e o paciente se assemelha a um embate, um enfrentamento entre culturas e não um diálogo entre duas pessoas. Para Lira e colaboradores (2004), seria o encontro entre dois mundos diversos que se confrontam em uma conversa desigual. Não há reconhecimento ou validação do conhecimento trazido pelos pacientes sobre seus próprios problemas de saúde.

A autora dessa dissertação propõe, a partir de conceitos foucaultianos, que há uma ideia de controle que se refere às práticas da nutrição acadêmica pautadas, em sua

maioria, pela prescrição de dietas restritivas e padronizadas, baseadas na visão energético-quantitativa definidas e impostas pelo nutricionista.

De que forma pode-se pensar na resolução de problemas complexos vividos pelos seres humanos, a partir de condutas e práticas reducionistas que, não facilita a criação de vínculos, afetos, confiança, coparticipação, autonomia e até mesmo, promovem iatrogenia após atendimentos com essa abordagem mecanicista?

Cabe agora recuperar-se na sua prática a dimensão equilibrada, unificadora e próxima das causas reais que envolvem a saúde e a doença nas pessoas. É preciso descolonizar o saber sobre os outros, com os outros, no sentido de romper a hegemonia do saber nutrindo reflexões dos problemas da modernidade (LECHENER, 2016), desenvolvendo pesquisas e intervenções sob o enfoque da educação em saúde, porém com uma linguagem adequada para a população leiga (RIOS ET AL, 2007). Esse talvez seja um dos maiores desafios na prática clínica: não haver saberes sobrepostos a outros, mas sim uma relação simbiótica, reconhecendo-se limitações e novas possibilidades.

Torna-se urgente um olhar para esse campo que está visivelmente esgotado diante dos processos concretos de nutrição-saúde-doença-cuidado. Demétrio (2014) enfatiza que ainda são limitadas as discussões e estudos no campo da Nutrição. Segundo Bodstein (1992), a visão utópica, pode dar lugar à um esforço entusiasmado na busca por novas alternativas.

Porém, a construção de um novo paradigma talvez, possa ser impensável a curto e médio prazo, dar-se-á por um longo processo. Assim sendo, o próximo capítulo tratará de uma abordagem que possa se aproximar das características sob a perspectiva do cuidado de si.

“Tive uma longa caminhada e não adiantou nada. Faço dieta desde os 10 anos, aliás, troquei a chupeta aos 5 pelo sorvete. Achei que a bariátrica seria a solução. E olha eu aqui... engordei tudo de novo, já estou quase nos três dígitos novamente. Quero apenas encontrar o equilíbrio, quero ter menos culpa e me sentir mais confortável no meu corpo. Já entendi que nunca serei magra. ”

(Carol, 36 anos)

Atendia ela há mais de um ano. Naquela tarde ensolarada, em sua casa, seus relatos traziam elementos pessoais, que pouco se relacionavam com a nutrição. Sugeri que talvez fosse um bom momento para iniciar terapia com um psicólogo. A partir de então, a tarde escureceu... um tempo nebuloso. Ela começou a chorar compulsivamente. Eu sem saber o que fazer, fiquei ali, parada, tentando entender aquela dor. Quando respirou profundamente e se acalmou, perguntei o que estava acontecendo. E ela respondeu: “Eu nunca contei isso a ninguém, quando eu tinha 7 anos, um homem abusou de mim. ” Ofereci a ela a única coisa que eu tinha naquele momento, minha empatia. Estendi as mãos, nos conectamos e ela continuou. “Não quero ter que ir a um psicólogo falar sobre isso. Doí muito. Mas, eu sei que isso pode ter a ver com as questões sobre meu corpo e a alimentação, já pesquisei (...)”. Ao fim de seu relato apenas agradei a confiança de ter contato algo tão íntimo. E ela concluiu: “Ufa, parece que tirei um peso das costas! ”

(Larissa, 28 anos)

CAPÍTULO 2.0 – CUIDADO: UM MODO DE SER E AGIR

Em oposição ao controle de si, o cuidado de si é a outra categoria proposta pelo principal autor que norteia esse estudo. Este capítulo se ocupou em resgatar os significados, a origem, o sentido que essa palavra remete e, de que maneira isso se relaciona com a saúde – em especial com a ciência da nutrição.

Entende-se que a partir dele, é possível compreender diferentes abordagens transdisciplinares na tentativa de demonstrar sua importância para a área da saúde, especialmente no cuidado para com a alimentação humana.

Explorou-se desde a origem da palavra, seus princípios, conceitos, o cuidado de si proposto por Foucault e também ao longo da construção da ciência médica e da nutrição moderna, até, suas práticas no contexto saúde-doença.

Ser um profissional de saúde é ir além do conceito e da abordagem da doença. Resgatar e fomentar a vida que pulsa em cada pessoa parece se aproximar mais do que é cuidar.

Na nutrição isso pode se expressar de maneiras diversas, por isso, esse capítulo investigou abordagens, estratégias, conceitos e até políticas públicas – já existentes, que podem contribuir com a prática voltada para o cuidado.

O nutricionista tem como premissa o cuidado de pessoas através da alimentação, uma relação que não deve se estabelecer de forma hierárquica e distante. Trata-se de uma relação na qual ambos afetam e são afetados. Desconstruir a ideia de que há neutralidade na prática clínica é primordial para a tomada de consciência de que onde houver relações humanas, os encontros serão fonte de subjetividades, emoções e transformações para todos os envolvidos. E isso se mostra como parte importante para a construção do cuidado. A reflexão sobre o relacionamento especialista-leigo é essencial nesse modelo conceitual.

O último item dedicou-se mais especificamente às práticas voltadas para a atuação clínica, objetivando refletir situações e comportamentos diários que podem facilitar o processo de promoção de potências que inserem as pessoas no caminho do cuidado de si.

O capítulo fecha com a compreensão sobre a importância de que estar em busca de algo, é estar intencionalmente caminhando no caminho, uma prática que não se finda. É através de um exercício diário, baseado em um processo com regras e sentidos singulares que o cuidado de si se efetiva.

2.1 – Genealogia do cuidado

“Cuidado significa um fenômeno ontológico-existencial básico”.

Martin Heidegger

A noção de cuidado é polissêmica e transita por diferentes abordagens conceituais e metodológicas, dependendo do contexto em que está inserida (BARROS; GOMES, 2011). Ao buscar a origem da palavra cuidado, em latim, se assemelha a cura, expressando uma atitude de atenção, de zelo, bom trato, de preocupação, demonstrar interesse, inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. Boff (2005) complementa:

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu

destino, de suas buscas, se seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida [...] cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude (p. 29).

Heidegger (1997), autor de um dos principais textos sobre o cuidado, 'A fábula/mito de Higino', discorre que o ser humano está condicionado a ser no tempo, isto é, ser é presença - acontece no momento presente, não é possível ser antecipado. Segundo o autor, não é possível desconsiderar nossas limitações ou características mais íntimas do ser. Ou seja, cuidar é se lançar, se arriscar, errar, acertar, ser cuidado, se cuidar. Brustolin (2006) reitera tal posição quando define que:

Cuidado pode ser entendido também como *custodire*, que significa dar atenção, vigiar, perceber conscientemente. Ser cuidadoso não significa ser controlador, mas viver com atenção e cuidado, estabelecendo relações consigo mesmo e com tudo o que existe (p. 458).

Cuidar das coisas implica em buscar a intimidade, sentir, acolher, respeitar; é entrar em sintonia com as coisas e consigo mesmo; cuidar é estabelecer comunhão. Para Boff (2005), todos nascem com potencial de cuidar e necessitados de cuidado para nos desenvolvermos, essa é a essência do ser humano.

Leloup (2012) relembra que desde que o ser humano nasce, é essencial que tenha algum adulto que zele por seu cuidado, pois ele não é capaz de praticar o autocuidado ao nascer; mas essa capacidade pode ser aprendida e exercida ao longo do tempo, conforme as experiências da vida.

O cuidado é essa capacidade de observar, perceber e interpretar necessidades, através da interação entre seres humanos. Assim, desenvolve-se no processo de cuidar e ser cuidado a empatia e tecnologias para aprimorar o cuidado (MARANHÃO, 2000). A autora destaca que embora o ser humano tenha necessidades básicas universais, como a alimentação - as formas de se identificar, atender e valorizar são construções sociais. Ela destaca:

Assim, o ato de cuidar está sujeito também à capacidade daquele que cuida de interagir com o outro, de identificar suas necessidades, capacidade construída no interior da cultura e pelas aprendizagens específicas de determinados conceitos, habilidades que têm por base os diversos campos de conhecimento que estudam o processo de desenvolvimento e o cuidado humano (p. 120).

Para Touhy (1994), a base do cuidado é compreender como ajudar o outro a desenvolver-se como ser humano, baseado em sua singularidade, suas necessidades, desejos e seu contínuo processo de aprendizado. Descrição que vai

ao encontro da definição em Lira e Silva (2008, p. 364): “ [...] um conjunto de situações e elementos agentes que criam condições para que certos potenciais despertem e se manifestem numa certa direção [...]”. Nessa perspectiva de cuidado, não se trata apenas de ações ou comportamentos, mas fundamentalmente em formas de ser no mundo, de estar com as pessoas.

O cuidado, é um processo interativo, numa relação sujeito-sujeito (WALDOW; BORGES, 2008). Não se trata de uma razão analítica instrumental, a qual tem função específica, mas a razão cordial, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. Boff (2005) enfatiza, mais que o *logos* (razão), é o *pathos* (sentimento) que ocupa a centralidade; somente aquilo que passou por uma emoção evoca um sentimento profundo e promove cuidado, deixando marcas permanentes nos envolvidos.

O princípio do cuidado de si, é originário do período Socrático, mas permeia outras doutrinas e constitui-se como maneiras de ser, de agir, de se comportar. São definidos como modos de viver no qual os indivíduos se ocupassem consigo mesmo, antes de desejarem governar outros, regidos por condutas racionais, autônomas e livres (DANNER, 2008).

Cuidar de si mesmo trata-se de uma investigação pessoal com vistas à compreensão, ao cuidado e à iluminação de si mesmo, dando atenção e promovendo a transformação do modo de vida. O cuidado de si é uma arte de tornar-se melhor; um exercício para ser mais sensato, mais livre, que exige autoconhecimento, compreensão de si. Isso demanda do sujeito um esforço diário de transformação, que é pessoal, intransferível e se efetiva mediante exercício constante na possibilidade de melhoria (ROHDEN; KUSSLER, 2017). Essa prática deveria ser exercida por todas as pessoas independentemente da idade, pois nunca é cedo ou tarde demais para ocupar-se de si. É uma prática permanente, uma necessidade cotidiana.

Cuidar de si significa não ser escravo dos outros, dos que governam ou, de si mesmo e suas próprias paixões (LUNARDI et al, 2004). Uma das formas do cuidado de si é descrito na antiguidade grego romana a partir de técnicas de si.

Essas técnicas consistiam em ações realizadas por eles mesmos, operando em seu corpo, alma, pensamento ou conduta a fim de promover um domínio de si, refletindo sobre seu modo de vida. A melhor descrição para esse processo se dava pela palavra *askésis*, em grego quer dizer: exercício, prática. Ou seja, era necessário "ocupar-se consigo", com objetivo final de lhe permitir viver melhor na realidade deste mundo, com atenção e cuidados constantes em relação a si mesmo (VENTURA, 2008).

Mas essa ocupação não é uma simples preocupação. Trata-se de um trabalho empreendido a si mesmo, um olhar voltado ao interior – para isso exige-se tempo. Bessera e colaboradores (2014, p. 179) resumem: “na relação de cuidado, têm de ser valorizados aspectos importantes, como o diálogo, a escuta, sensibilidade, ternura e empatia, porque o ser humano é um ser em busca de sentido”.

Outro termo também utilizado para o âmbito do cuidar é a estética da existência. Foucault (2004) afirma que se tratam de práticas racionais e intencionais, que visam dar forma, que não servem para determinar apenas regras de conduta, mas para promover uma modificação de si mesmo, exercendo valores nos quais você se identifica – criar a si mesmo como se fosse uma obra de arte.

Indícios em vários textos foucaultianos demonstram que práticas psicológicas, psicanalíticas, médicas, pedagógicas e até mesmo filosóficas eram pertencentes a um mesmo campo; as artes da existência ou das técnicas de si. Isso porque na Grécia antiga as artes da existência eram essencialmente práticas médicas e filosóficas (NETO, 2007).

A estética da existência é caracterizada pela formação da subjetividade e da conduta ética. O indivíduo transforma a si mesmo e a sua existência a partir de princípios morais e estéticos – sua vida torna-se uma obra de arte (DANNER, 2008).

Ruhden e Kussler (2017) fazem uma citação de Sócrates na qual ele diz que a vida sem exame não é digna de ser vivida. Ou seja, a arte de bem viver concebe o cuidado de si a partir de reflexões sobre os próprios comportamentos e uma reavaliação da própria existência.

As técnicas de cuidado de si podem ser exercidas pelos próprios indivíduos ou com a ajuda de outros, de modo a operar sobre seus corpos, pensamentos, condutas,

modos de ser, de transformarem-se a fim de atender um certo estado de felicidade, pureza e sabedoria. Assim, a estética da existência, define os critérios estéticos e também éticos do bem viver. A definição de ética nesse sentido trata-se da:

Maneira pela qual o ser humano age sobre si mesmo procurando constituir-se como sujeito moral, como sujeito de suas próprias ações [...]. Com efeito, a ética é a prática da liberdade, ou melhor, a prática refletida da liberdade, que possibilita, cada vez mais, a autonomia do indivíduo em relação a si próprio (seu corpo, seus desejos, seus apetites, etc.), em relação aos outros, aos objetos, que o rodeiam e, finalmente, ao próprio mundo (DANNER, 2008, p. 80).

Mas isso não é sinônimo de um exercício egoísta ou solitário, mas sim uma prática social (FOUCAULT, 2018). Danner (2008, p. 84) reforça: “ninguém cuida sozinho de si. O cuidado de si requer um jogo de trocas no qual o outro desempenha um papel fundamental. É nisso que reside a ideia do cuidado de si como prática social”. Brustolin (2006) reitera:

A ética nasce da responsabilidade diante do outro. Acolhendo ou rejeitando o semelhante, definem-se as relações de cooperação ou de dominação. Decorre então, a necessidade de estabelecer critérios que permitam cuidar da vida (p.456).

Para tanto, Ruhden e Kussler (2017) destacam que o cuidado de si é possível mediante o conhecimento de si, sendo que isso deve preceder a condição para que o cuidado possa se instituir.

Nessa cultura de cuidado de si não existiam códigos exteriores e as regras de conduta deviam ser buscadas no e pelo próprio sujeito (VENTURA, 2008). Silva e colaboradores (2009) citam que desde a antiguidade o cuidado de si significava para os gregos uma busca por comportamentos de vida social e pessoal direcionados para esse bem viver com compreensão singular das pessoas, sua conduta, sua moral.

Foucault (2006) pondera a respeito do cuidado de si e seus desdobramentos:

O cuidado de si significa, antes, praticar a moderação e a limitação. Pois, se se cuida de si mesmo, se se presta atenção a si mesmo, se se age sobre si mesmo procurando se transformar e atingir um determinado modo de ser e de agir, é justamente para não correr o risco de abusar do poder que pode ser exercido sobre o outro; é justamente para manter uma relação satisfatória consigo, de controle, de exame, de reflexão, de conhecimento, que o cuidado de si deve ser praticado. É por isso que, como tivemos a oportunidade de ver anteriormente, o cuidado de si é um cuidado que, pensando no si, pensa igualmente no outro ou, em outras palavras, é um cuidado de si igualmente benéfico ao outro (p. 273).

A história que se relaciona ao cuidado, tem um capítulo importante vivida até o século XVIII, época em que cuidado era visto como uma ação social ligada à religião, no intuito de fazer caridade para salvar a própria alma. O hospital constituía-se como um local de assistência, separação e exclusão. O cuidado era concebido como uma atividade feminina, baseando-se em um paradigma mágico-religioso (ROSSI, 1991).

O hospital, enquanto local médico, constituiu-se com a necessidade de colocar ordem nos hospitais militares, na tentativa de curar os soldados, evitando a morte e vigiando-os, para não fugirem ou não fingirem que estavam doentes. A intervenção médica baseava-se na disciplina, na ordem e na vigilância: registros, diagnósticos, prescrições, tratamento, exames, etc., uma reclusão onde o paciente perdia sua autonomia e liberdade. Esse local representou uma grande perda para as 'artes da existência', pois concerne sobre o exercício de um poder pastoral, o que mais tarde viria a se tornar práticas do tipo educativo, médico (FOUCAULT, 1994; 2003).

Demétrio e colaboradores (2011) reforçam que hoje as instituições hospitalares ainda ocupam lugar de destaque na sociedade, reconhecidamente um local voltado para a formação clínica dos profissionais de saúde, incluindo o nutricionista.

Castro e colaboradores (2010), citados por Queirós (2015), ressaltam que o preceito do cuidado de si foi sendo esquecido no pensamento ocidental devido ao surgimento do paradigma cartesiano – o nascimento da racionalidade moderna, a qual qualifica o *conhece-te a ti mesmo* e desqualifica o *cuidado de si*, que por sua vez, valoriza o subjetivo do ser humano. Portanto, houve uma mudança no paradigma, instituindo o controle de si.

O cuidado de si só foi questionado, percebido ou valorizado como essencial, a partir do momento que se tomou consciência do direito de viver e o estilo de vida passou a ser algo relevante socialmente. Até então, não estar doente já era suficiente (QUEIRÓS, 2015).

Entre as estratégias citadas por Silva e colaboradores (2009) como cuidado de si, destacam-se: descansar, comer adequadamente, exercitar, abraçar, trabalhar criativamente, ter relacionamentos saudáveis, dançar e outros. Os mesmos autores

fazem uma reflexão interessante utilizando as palavras autocuidado e cuidado de si. As quais, pertenceriam a paradigmas diferentes.

A primeira, tem sua raiz no positivismo – um paradigma da totalidade, compreendendo a saúde como o bom funcionamento do corpo biológico, desconsiderando aspectos subjetivos. Dessa maneira, saúde seria um bem, algo que se detém, deliberada pelos padrões médicos e assim, os indivíduos necessitam de orientações – um saber que o leva ao objetivo.

Já a expressão ‘cuidado de si’ remete a uma compreensão do ser humano como um ser complexo, somatório de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Envolvido por um paradigma da simultaneidade, ou seja, um ser humano aberto, agente, que transforma o meio, interno ou externo, no qual interage continuamente, valorizando as subjetividades (QUEIRÓS, 2015).

Em resumo, a vida se mantém por constantes cuidados, empreendidos por nós mesmos ou por terceiros. Cuidador é aquele que está consciente de que pode aprender com o que passou, para ser melhor possível adiante. E cada profissional de saúde é um cuidador em potencial (ROBLES; VASCONCELOS, 2019).

2.2 O cuidado na área da saúde

**Apesar da desumanização de grande parte de
nossa cultura, a essência humana não se
perdeu.**

Leonardo Boff

É interessante pensar que o cuidado pode exigir um aprofundamento sobre o conceito de saúde-doença. *A priori*, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelece atualmente que saúde é: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Ayres (2004b) reflete:

Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente (p. 19).

A compreensão da OMS sobre o que é saúde parece ser uma utopia. O conceito parte de uma suposição falsa na qual seria possível uma vida sem sofrimentos, dores, doenças ou mesmo a morte. Trata-se de uma vida inumana. Boff (2014, p. 170) aprofunda a reflexão e diz que: “a saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana”.

Uma coisa é clara, quem é sã pode ficar doente (Boff, 2014). Fava (2000), citado por Castro et al (2006), afirma que qualquer doença deve levar em conta o indivíduo, seu corpo e o ambiente no qual está inserido. Informa ainda que, a influência dos fatores psicossociais pode variar de um indivíduo para o outro, mesmo que acometidos por uma mesma doença.

Se, a saúde é um objeto complexo, portanto, multifacetado, há diferentes pontos de vista, a depender de olhares, significações e culturas. O ser humano é resultado de suas articulações com o meio que vive.

A compreensão sobre o funcionamento corporal e as concepções acerca do processo saúde-doença, constituem a base das diferentes concepções sobre o que é cuidar. Dessa maneira, as significações socioculturais são fundamentais para o estabelecimento da visão de mundo e conseqüentemente das diversas práticas e conhecimentos desenvolvidos.

A saúde é então essa relação de contrários, de estado dinâmico, sempre singular, que não corresponde à ausência de doenças, que não está passiva ao meio, mas um sujeito que empreende, atua e se constrói nele. Portanto, a saúde é vivida nas relações seres humanos e meio (BARROS; GOMES, 2011). De forma que atingir esse ‘estado completo de bem-estar’, conforme pondera a OMS, impõe-se como uma utopia.

Na concepção Gadameriana¹⁹, a saúde é entendida como o equilíbrio, valorizando conceitos como: harmonia, diálogo, globalidade e evitando os excessos. A saúde constitui o ritmo da vida, não podendo ser mensurada porque está ligada ao estado de ser de cada indivíduo (CAPRARA, 2003).

¹⁹ Refere-se a Hans Gadamer, filósofo alemão muito relevante no século XX. Sua principal obra, Verdade e Método (1960), se dedicou a estudar sobre a hermenêutica, ou seja, o fenômeno da compreensão.

Viver a saúde é sinônimo de um processo conjunto com o adoecimento, afinal somos seres imperfeitos e não há vida sem essa relação simbiótica dos estados de saúde e doença (COELHO; FONSECA, 2007). Dejours (1986), citado pelos mesmos autores, relembra que o estado de saúde não é certamente um estado de tranquilidade, confortável ou bem-estar contínuo, mas sim, um estado transitório, uma mudança frequente.

A antropologia interpreta a doença como um produto culturalmente determinado. Nesta perspectiva, a cultura, entendida como conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos compartilhados em um determinado grupo cultural organizam a experiência da doença. A cultura produz estruturas simbólicas, metáforas e outras figuras ligadas à doença (LANGDON; WIIK, 2010). Antes de tudo, é a partir da cultura que temos uma visão de mundo, nossa maneira de [vi]ver [n]o mundo.

A doença é um processo mais que biológico, é vivido culturalmente, inclusive aprendemos a como adoecer, a como expressar isso, sobre a dor, o sofrimento e como superá-los (BESERRA et al, 2014; OLIVEIRA, 2002). Lira e Silva (2008) propõem que a doença é uma espécie de caos, uma perturbação do ecossistema humano, sendo necessária a criação de condições para haver uma reorganização e é, o que o cuidar cria ao potencializar novas possibilidades.

Barros e Gomes (2011) ressaltam que a saúde é a possibilidade de as pessoas conduzirem seus processos vitais, comandando sua forma de viver. Ou seja, não é um trajeto linear, é um processo, um mundo de possibilidades, no qual existe uma biopotência que encontra maneiras de produzir saúde (COELHO; FONSECA, 2007).

A saúde está relacionada com a capacidade de enfrentar as doenças, adversidades e de expandir as condições de vida. Para Gadamer (1994), citado por Caprara (2003), a saúde coincide com a satisfação de ter uma vida ativa. A perspectiva hermenêutica permite uma nova construção de modelos a partir da dimensão experiencial.

Antonovsky, o principal autor sobre a abordagem salutogênica, se interessou pelas causas que conduzem a uma boa saúde. A ênfase está na relação entre os indivíduos e seu ambiente. Para isso, as pessoas precisam criar seus próprios recursos, adquirir competências e habilidades para se relacionarem da melhor

maneira com os agentes que possam perturbar a saúde. Ao fazer isso, criam um 'sentido de coerência' (KATZ; PEBERDY, 1998). A salutogênese possibilita a compreensão de um processo sobre as potencialidades humanas de maneira que capacita as pessoas a viverem como desejam. Seu foco está baseado em um conceito positivo de saúde – um recurso para a vida, e não um objetivo de viver, totalmente contrário ao modelo biomédico, que entende a saúde como ausência de doenças (SALCI et al, 2013). O modelo percebe a dor e o sofrimento como experiências que podem ser manejadas, compreendidas e dotadas de um significado.

Canguilhem (2009) têm uma concepção de saúde positiva também que perpassa uma visão vitalista. Ou seja, o estado de saúde não seria um estado puro e estático. Também não se trata de seres humanos que não adoecem, pois estes não existem. Mas aqueles que em contato com a doença, conseguem frear o processo: “o homem são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde” (CANGUILHEM, 2009, p. 261). Boff (2014) ressalta esse processo adaptativo às situações:

Saúde, portanto, não é um estado nem um ato existencial, mas uma atitude face às várias situações que podem ser doentias ou sãs. Ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde. Ser saudável significa realizar um sentido de vida que englobe a saúde, a doença e a morte. Alguém pode estar mortalmente doente e ser saudável porque com esta situação de morte cresce, humaniza-se e sabe dar sentido àquilo que padece. [...] Saúde é a força de viver com esses danos (p. 170).

Cada sujeito pode viver a saúde-doença de uma forma diferente, pode ter sofrimentos de esferas diferentes. É interessante que se reconheça no sujeito leigo a capacidade de captar os fenômenos nas suas diferentes nuances e então ser visto como também construtor de conhecimento (RIOS et al, 2007).

Os terapeutas da Alexandria²⁰, segundo Leloup (2012), entendiam que a principal função do cuidador não é a de explicar, mas a de estimular a capacidade da pessoa para produzir um sentido para aquilo que lhe aflige, construindo seu próprio caminho e compreendendo que cada um tem suas possibilidades e limitações. Portanto, o

²⁰ Pessoas conhecidas na região da Alexandria, região próxima à Palestina, dedicados à arte de cuidar. Mas, não exerciam o que hoje entendemos como medicina. Era uma junção do cuidado do corpo, do espírito e da alma. Uma espécie de médico, psicólogo e filósofo.

papel dos profissionais de saúde em geral, nessa perspectiva, não seria curar; seria de proporcionar condições para que a cura aconteça. Boff (2014) afirma:

A doença remete à saúde. Toda cura deve reintegrar as dimensões da vida sã, no nível pessoal, social e no fundamental que diz respeito ao sentido supremo da existência e do universo. Por isso o primeiro passo consiste em reforçar a dimensão-saúde para que ela cure a dimensão-doença. Para reforçar a dimensão-saúde devemos enriquecer nossa compreensão de saúde (p. 169).

O mesmo autor relembra que nas maiores tradições terapêuticas da humanidade percebia-se a cura como parte de um processo global, envolvendo todo o ser, não somente a sua parte doente. Logo, as ações de cuidado com a saúde podem ser organizadas de acordo com diferentes concepções sobre o processo saúde-doença, o desenvolvimento humano, o contexto sociocultural, o momento pessoal do indivíduo.

A compreensão de um processo global remete à palavra holismo. O princípio holístico se estruturou na Grécia antiga entre o século V e VI antes de Cristo através do filósofo Parmênides. Segundo Brustolin (2006), o filósofo descreveu o ser humano como um todo, um todo inviolável, completo por toda parte. Depois em 1955 um teólogo descreveu o universo como um todo evolutivo, orgânico e dinâmico. De maneira que o holismo proporciona uma visão horizontal e vertical – horizontal pois, abriga a totalidade dos seres e, vertical pois, capta a profundidade de cada ser, respeitando cada parte, cada pessoa.

Castro et al (2006) fazem uma citação do importante psicanalista Groddeck (1917), pioneiro da medicina psicossomática, na qual ele afirmou que toda doença tem um sentido e não é fruto do acaso; é na verdade uma solução problemática para os conflitos pessoais. O conceito do termo psicossomático, compreendido como inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos, traz à tona a ideia da postura holística (RAMOS, 1994). Leloup (2015) finaliza que se trata de olhar o ser humano de vários ângulos, ver a realidade de todos os lados.

Boff (2014) ao refletir sobre a cura como um processo holístico, faz uma citação na qual remete às técnicas usadas no cuidado de si:

A cura acontece quando se cria um novo equilíbrio humano. Então o pecado-doença dá lugar à graça-cura. Em Epidauro as curas eram processadas de forma holística, através de métodos diferenciados: pela dança, música, ginástica, poesia, pelos ritos e sono sagrado. [...] tudo isso, já naqueles tempos, era visto como forma de terapia holística. A moderna

medicina alternativa não faz outra coisa senão resgatar esta memória terapêutica de nossa própria tradição, abafada pelo paradigma cientifista dominante, que tenta a cura enfatizando o tratamento das partes doentes pela química dos remédios sem a consideração do todo humano (p. 172 – 173).

Para o mesmo autor, fica claro que não podemos reduzir a saúde a um único fator, nada é linear, simples ou restrito à uma única causa: “tudo é complexo e vem urdido de inter-retro-relações e de redes de inclusões” (BOFF, 2014, p. 130).

A concepção moderna de saúde dissociou o corpo, fragmentou-o, desviando-se do conceito de saúde integral. O corpo, foi assim, modelado pelo excesso de especialização e, perdendo seu olhar aberto, tornou-se mínimo e inflexível (LELOUP, 2015). Vivemos em uma sociedade que não aceita a possibilidade de sermos vulneráveis, não é permitido sofrer ou adoecer, e assim somos até incapazes de percebê-lo (BESSERA et al, 2014). Brustolin (2006), frisa que na sociedade de consumo a busca desenfreada pelo bem-estar ensina que, a vida só vale a pena ser vivida se for uma constante de prazer e satisfação. Automaticamente, exclui-se o doente ou qualquer outro indivíduo que não está ‘apto’ ou ‘digno’ de ter prazer, satisfação e bem-estar o tempo inteiro.

Vive-se uma hegemonia da medicalização “em que fugir da dor é o caminho racional e normal. Assim, o sofrimento não é permitido, como se fosse algo que estivesse no domínio do homem ” (BESSERA et al, 2014, p. 177).

Gadamer (1997), em ensaios a respeito da saúde, demonstrou que a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode iluminar os significados do adoecer, do conhecimento em saúde e das técnicas e artes do curar/cuidar. Na tentativa de resgatar essa totalidade e, expressar de que maneira isso ocorre ou, deveria ocorrer na prática dos profissionais da saúde, destacou-se abaixo alguns pontos relevantes.

2.2.1 – Manifestações do cuidado na saúde

O cuidado de si mesmo é provavelmente a premissa para a promoção do cuidado com o outro. Robles e Vasconcelos (2019) defendem que, na relação entre quem cuida e quem é cuidado; o profissional precisa estar bem cuidado, no sentido de estar inteiro e o melhor possível para estar com alguém; e somente em seguida,

poder cuidar de outros. Para Nóvoa (1997), não é possível separar as dimensões pessoais e profissionais.

Essa questão relaciona-se com o conceito de governabilidade. Determinados modos adotados de ser e fazer prejudicam os profissionais do cuidado e conseqüentemente, a assistência, o cuidado para com os pacientes (LUNARDI et al, 2004). Para Baggio e colaboradores (2009), há uma circularidade que envolve o profissional em uma atitude crítica e reflexiva para, assim, ter a capacidade de entender a prática do cuidado de si, do outro e do “nós”. A negligência do cuidado do eu é um paradoxo encontrado na contemporaneidade.

Os autores citam alguns estudos que demonstram as situações frequentes de fadiga física e mental entre os profissionais de saúde. Além disso, compreende-se que o estado psicológico como um todo (crenças, pensamentos, emoções e sentimentos) dos profissionais, também precisa receber devida atenção, visto que afeta e é afetado na atuação.

Estudos nacionais e internacionais revelam que crenças e preconceitos por parte dos profissionais de saúde, podem impactar diretamente a maneira como acontecem os atendimentos, por exemplo, utilizando menos tempo para aconselhar ou em desenvolver um relacionamento terapêutico com o paciente (CORI et al, 2015; HARVEY et al, 2002).

Segundo Silva e colaboradores (2009), todo e qualquer profissional da área da saúde deve ter essa atenção no cuidado de si, para ter plenas condições do cuidado do outro. Isso acontece devido à relação de cuidado que se assume, se desenvolvendo e conseqüentemente, contribuindo para o desenvolvimento do outro.

O cuidado de si constitui-se como um dos grandes desafios existenciais, árdua tarefa em um mundo onde demonstrar fragilidades e ser vulnerável não é uma opção (AMORIM, 2013; BOFF, 2012). Além disso, deve-se considerar o impacto dos fatores que permeiam o mercado da saúde, na qual, condições precárias, longas jornadas de trabalho dificultam ainda mais a promoção deste cuidado.

Partindo do pressuposto que os profissionais de saúde conseguem contornar essas adversidades e, cuidam de si adequadamente, não como ação isolada, mas como modo de ser torna-se importante retomar um discurso e uma prática que consigam

aliar instrumentos técnicos com atitudes humana: ouvir os sujeitos e entender suas relações no meio, seu modo de ser, sua experiência com a doença, crenças, valores e tudo mais que possa ser incorporado na prática, a fim de obter-se tratamentos e condutas mais alinhadas com os indivíduos. Tal atitude pode gerar melhores resultados.

Para organizar o pensamento e seguir uma ordem similar ao que ocorre na prática clínica durante um atendimento em saúde, os passos a seguir são um convite para refletir o cuidado em cada instância: acolhimento; anamnese e; prescrição.

A primeira etapa essencial, para a maioria dos profissionais de saúde, é a chegada do paciente – o acolhimento. Isso pode acontecer de forma individual ou coletiva, se pensarmos em todos os atores que participam de um processo até chegar frente a frente com o especialista, como por exemplo a forma com que as consultas são agendadas, a maneira que acontece a recepção na secretária do consultório/clínica/hospital.

Diversos autores como Silva Jr e colaboradores (2003) e Teixeira (2003) mostram que o acolhimento é premissa base para um espaço assistencial positivo, de maneira a atender com efetividade as demandas do paciente. Eles também destacam que acolhimento e recepção ou pronto atendimento do paciente, são atitudes distintas.

O acolhimento pode se manifestar em algumas instâncias durante um atendimento. Este trabalho se propôs à análise de dois pontos essenciais: o relacionamento com o paciente e o ambiente/espço de atendimento.

Heidegger (1997), filósofo que refletiu sobre o cuidado, afirmava que a identidade do ser humano é construída na coexistência e na inter-relação com o outro. Nesse sentido, há grande importância o desenvolvimento de uma relação de cooperação e não de dominação.

Para se estabelecer essa conexão do processo de cuidar, há de se ter confiança, atenção e responsabilidade. Deve evitar tratar o outro como objeto, como uma mera doença. O ser humano é muito mais importante do que seus sintomas, com os quais não deve ser identificado (LELOUP, 2012; WALDOW; BORGES, 2008).

A tradição cartesiana apoia-se no princípio da neutralidade, priorizando o que pode ser observável, abstraindo as questões subjetivas e as relações interpessoais. Defende a cisão entre o mundo físico e o mundo subjetivo do paciente, acreditando que cada especialista deveria tratar apenas da sua área de formação (SOUZA; SANTOS, 2013).

Porém, segundo Brustolin (2006), a análise da realidade nunca é totalmente imparcial, pois diversos fatores podem influenciar. Lira e Silva (2008) relembram que o ser humano é uma unidade viva, constituída por outras diversas unidades vivas, que interagem entre si e com o meio externo. É a partir das relações que o ser humano vai se encontrando e se conhecendo. A experiência de se tornar sujeito está sempre penetrada de presenças: o eu, o outro, e o mundo. Mais do que isso, Morin (2000) recorda que o ser humano é um ser de relação, sente e faz sentir, afeta e é afetado.

A partir de uma visão construtivista-social, a proximidade afetiva com o paciente é tomada como uma construção social, percebida através da sua funcionalidade, ou seja, não se espera o alcance de uma verdade única, de uma regra ou um protocolo rígido comprovado cientificamente.

Souza e Santos (2013) compreendem que é possível sustentar uma prática com formas diversas de estabelecer um relacionamento para com um paciente. Conseguir promover um ambiente no qual verdadeiramente haja aceitação, sem julgamentos, empatia, confiança e compromisso, ajuda a produzir um relacionamento genuíno com o sujeito.

Quando há o cultivo de um bom relacionamento, Ugarte e Acioly (2014) afirmam que é possível identificar as necessidades de cada paciente, facilitando o sucesso de qualquer terapêutica. Para isso, é fundamental a compreensão das expectativas e do respeito em relação às decisões tomadas por eles.

Portanto, uma reestruturação se faz necessária, de modo a trazer o paciente para o centro, tornando-o mais ativo em seu próprio cuidado, facilitando a comunicação e a colaboração entre ambos.

A boa comunicação entre os atores é condição *sine qua non* no modo de ser que cuida. Spink (2015) chama isso de bom cuidado e, para obter um bom cuidado ela

ênfatiza três fatores primordiais: o desenvolvimento de habilidades para lidar com o paciente na interação face a face; a consideração das subjetividades, distanciando-se do pensamento iluminista racional no qual não se abarca a complexidade humana e o desenvolvimento de pesquisas que refletem esse olhar mais ampliado, com narrativas multifocais e novas metodologias.

Ao mesmo tempo que se revela um importante recurso terapêutico, o tema da afetividade e o relacionamento profissional-paciente é ainda pouco explorado nos debates em saúde (FERNANDES apud SOUZA; SANTOS, 2013; WHIGHT; HACKING, 2012).

Nessa perspectiva do cuidado em saúde, o relacionamento profissional-paciente se dá a partir de uma arena de negociações, permitindo um movimento dialógico, interativo para ouvir a voz do paciente (SOUZA; SANTOS, 2013). Dessa forma, o relacionamento não é uma técnica a ser seguida por meio de protocolos, mas um processo transformacional (SUCUPIRA, 2007).

Além disso, ter tranquilidade para compreender, esclarecer dúvidas e assim estabelecer junto ao paciente a melhor abordagem para o tratamento (WALDOW; BORGES, 2008). Nessa perspectiva, as abordagens são múltiplas e únicas, adaptadas ao paciente, assim como é o cuidado – múltiplo e dinâmico (MÉLLO, 2018).

Independente da forma como o cuidado será produzido, alguns autores como Cyrino e colaboradores (2009), acreditam que o modelo de atuação precisa ser baseado em *adherence*. Contrário ao modelo baseado em obediência, *adherence* traduzido como aderência, enfatiza a livre escolha do paciente em aceitar, ou não, as recomendações ou aconselhamentos dados pelo profissional em relação ao seu tratamento.

Nesse formato as experiências pessoais com a enfermidade, o conhecimento sobre a própria doença e a maneira pela qual ele responde ao tratamento, tornam-se fatores centrais – essenciais por exemplo para o tratamento de doenças crônicas.

Para o desenvolvimento dessa abordagem, é essencial que haja uma mudança no relacionamento que se estabelece entre profissional e paciente. Não é possível

haver aderência se houver assimetria ou hierarquia no relacionamento (CYRINO et al, 2009).

Considerar que o paciente assume uma função mais ativa no processo, faz com que haja uma reflexão sobre a própria terminologia usada. Na prática alguns profissionais utilizam o termo paciente, ou até mesmo cliente.

A etimologia da palavra paciente vêm do latim *patientem*, aquele que sofre, que padece; uma voz passiva. Parece não refletir a profundidade do papel do indivíduo que frente ao especialista. Ele é um agente da mudança, tendo o especialista como um guia, no qual facilita a mudança.

Ao buscar o termo mais adequado ou que melhor descreveria essa pessoa ativa durante o processo, que tem seus próprios conhecimentos, crenças, dúvidas, inseguranças – encontrou-se no campo da naturologia o termo interagente. Stern (2016) afirma que a relação de interagência é fruto da busca por um vínculo mais profundo entre profissional e o paciente. De modo que não se manipula ou força os indivíduos a seguir determinada direção – é uma relação horizontal que visa despertar o potencial de cura de cada um (CARMO; COBO; HELLMANN, 2012; HELLMANN, 2009). Para Helmann (2008), entender o processo de interagência, é conceber cada ser humano de forma singular, assim como seu processo de aprendizado. Porém, não é só o paciente que se transforma no processo, o profissional também – por isso essa relação de afetar e ser afetado.

Esse termo (inter)agente parece apreender a complexidade do ser humano que está envolvido em algum processo em junto com o profissional visando a promoção de saúde. Essa que é singular e repleta de significados, sentidos e motivações estabelecidas pelo interagente. Portanto, a partir desse ponto, a autora assume que sempre que estiver falando de pacientes utilizará a terminologia interagente.

Antes da reflexão proposta, falava-se sobre um modelo baseado na aderência. Para que isso se efetive, é necessário a construção de um ambiente favorável. Uma das premissas é que o interagente tenha informações acessíveis e de fácil entendimento para ser capaz de tomar suas decisões. Os autores reforçam: “ a oportunidade de participar das decisões aumenta os índices de satisfação do paciente com o tratamento, e a sua confiança [...] ” (UGARTE; ACIOLY, 2014, p. 276).

Mais importante do que apenas transmitir informações é fomentar ações emancipatórias de maneira que as pessoas possam se tornar mais conscientes e assim, tomar suas próprias decisões no processo saúde-doença e comportamentos positivos. Essa é uma das maneiras de cuidar, não só de pessoas doentes, mas especialmente, uma maneira de ampliar a atuação na educação em saúde (SALCI et al, 2013).

Ayres (2004b) evidencia que responsabilidade é relevante para o cuidado em saúde, em diversos níveis, seja para construir vínculos entre profissional e paciente, mas também para o reconhecimento da importância da participação ativa e comprometida dos interagentes, entendidos no processo como atores fundamentais.

Essa tomada de consciência é descrita por Foucault (2018) como um elemento importante do processo. Refere-se à percepção e reconhecimento dos indivíduos em relação às suas dificuldades, necessidades ou enfermidade, ou seja, é essencial que se tome consciência de que se sofre; que se precisa de ajuda ou, que há necessidade de mudança de comportamento.

A proposta de Paulo Freire diz respeito a uma emancipação e autonomia do sujeito, uma metodologia fundamental para a promoção de saúde, uma concepção que contribui para a transformação pela ação consciente. Ugarte e Acioly (2014) descrevem a autonomia como a capacidade de se autogovernar. É imprescindível que um indivíduo autônomo tenha liberdade e capacidade de agir intencionalmente. E além disso, é essencial que haja compreensão sobre os objetivos e consequências da ação.

Nessa construção da emancipação, os autores afirmam que, só é possível através de um espaço acolhedor, onde há um esforço para identificar as necessidades e preocupações dos interagentes e facilitando um debate (e não embate) efetivo. Ou seja, um diálogo entre profissionais e leigos sempre horizontalizado. Freire (2018) assume o modelo dialógico como essencial para a educação em saúde. Para isso, é fundamental que haja uma ruptura com comportamentos autoritários, pois para ele não há um que sabe mais que o outro, mas ambos sabem coisas diferentes.

Esse espaço educativo é chamado pelo mesmo autor de círculo da cultura. Termo criado por ele para designar um espaço dinâmico que facilita a troca de experiências e conhecimentos.

Outro termo utilizado para descrever esse espaço de educação em saúde no qual o profissional informa, orienta e aconselha os indivíduos, através do encorajamento, à tomada de decisões livres e conscientes é o modelo participativo. Um conceito que requer a participação de todos os atores envolvidos como agentes do processo, só acontecendo se permeado pela confiança (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Os autores destacam que há diversos benefícios no modelo participativo, entre eles: aumento da satisfação, melhora da qualidade de vida, aumento da confiança no tratamento e maior conhecimento acerca da própria doença.

Salci e colaboradores (2013) destacam que no campo da enfermagem, ainda se encontram práticas muito focadas na doença e que a educação em saúde quando utilizada, é feita através de abordagens educativas que desconsideram ou não tomam a cultura como ponto de partida e referência para o processo. Isso também é observado em outras especialidades da saúde, afinal todas estão inseridas nesse arquétipo do profissional possuidor de um saber superior.

Em uma abordagem na qual o profissional de saúde se coloca como educador, Lopes (2015) enfatiza que não é um processo que se controla, mas sim, facilita, buscando a sensibilidade e a experiência para inferir.

Com esse cenário, é natural que o ambiente de trabalho – o consultório, também reflita as estruturas e símbolos de poder. Alguns itens já discutidos no primeiro capítulo e, outras serão aprofundadas no tópico seguinte, de modo minucioso no âmbito do atendimento clínico do nutricionista. Na perspectiva do cuidado, a ausência desses elementos poderia facilitar e fortalecer um relacionamento que favorece esse contexto.

A segunda etapa de um atendimento em saúde, após o acolhimento, constitui-se, em geral, a entrevista para compreender às motivações da visita dos indivíduos ao serviço: a anamnese.

Como dito anteriormente, a anamnese é um instrumento para coletar informações, normalmente utilizado de uma maneira muito hierárquica, com perguntas que inibem

o paciente a se expressar verdadeiramente. Para isso é essencial que haja uma interação dialógica.

O movimento dialógico, exige que o binômio fala-escuta possa fluir durante o atendimento. O acolhimento só se dá na interação entre pessoas desenvolvendo uma escuta ativa. A anamnese pode ser um instrumento que facilita e estimula esse movimento.

Fochesatto (2011) relembra que Freud, pai da psicanálise, contrariou o paradigma médico, pois colocava o saber do paciente como ponto de partida para compreender os sintomas das doenças. Foi ele quem resgatou a importância dos aspectos internos do ser humano (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006). Seus estudos iniciaram-se pela histeria - a loucura, doença na qual não era concedida o direito da fala pela medicina, mas para Freud a escuta estava para além da moralidade.

O discurso do sujeito permite que ele se conecte com suas ideias e emoções, tendo a oportunidade de dar vazão às emoções, ressignificando-as. Freud entendia que é através da fala e dos atos dos pacientes, que pode surgir a sua própria cura. À medida que o sujeito fala, ele próprio consegue se escutar melhor (FOCHESATTO, 2011).

Porém, não se trata de qualquer escuta, mas sim, uma escuta atenta à pessoa e suas necessidades; de modo que o profissional empreste seus ouvidos para que o outro se escute melhor. Pois “é no cotidiano das interações que cada um vai se ‘re-apropriando’ do seu próprio ser” (AYRES, 2004b, p. 25).

Nesse sentido, o especialista não é “o sujeito suposto a saber; é o sujeito suposto escutar [...] Antes de escutar uma palavra, e o que ela expressa do inconsciente, deve aprender a escutar as coisas que não fazem barulho” (LELOUP, 2012, p. 62).

Nem sempre o indivíduo expressa por meio de palavras o que está sentindo, ou as questões que tem dificuldade. Gestos, expressões corporais, choros e até os silêncios, podem ser uma tentativa de comunicar algo importante.

É fundamental que também o cuidador se coloque com abertura, curiosidade, em uma posição de um não saber, abandonando conceitos pré-estabelecidos, protocolos e condutas universalizantes – a fim de produzir o cuidado no ato, no momento presente, uma relação de atores atuantes (MÉLLO, 2018).

A fala torna-se um processo fundamental para que através de narrativas as pessoas possam se ouvir melhor, e possam ter a oportunidade de alterar a maneira que se relacionam, encaram os fatos e agem (SALCI et al, 2013).

A fala é, portanto, ponto de partida dentro de um atendimento centrado no indivíduo, assim como a escuta, está intimamente atrelada ao cuidado. Escutar para tomar consciência de, para não entrar, ou ainda, para atenuar o sofrimento, expressando-se através da fala. Cuidar é não tolher a palavra, favorece a fala na busca por saídas.

Maturana (2013), citado por Robles e Vasconcelos (2019), complementa que, o papel do facilitador exige uma postura sem preconceitos. No sentido literal da palavra, exige do profissional da saúde a desconstrução de conceitos ou, o abandono desses para conseguir se comunicar de forma eficaz com o paciente.

Imersos na cultura racionalizada, técnica e controladora, palavras gentis podem ser, muitas vezes, mais valiosas ao paciente do que qualquer tratamento. Ou seja, o cuidado ocorre no encontro entre o cuidador e o que é cuidado (ROBLES; VASCONCELOS, 2019).

Após a anamnese, o terceiro momento é composto pelas prescrições. Ou seja, o momento em que o especialista determina condutas a serem seguidas para 'resolver' os problemas relatados pela pessoa que o buscou.

A prescrição origina-se desse paradigma de poder e controle sustentado pelos profissionais. Ressalta-se que, existem situações em que, inevitavelmente, haverá recomendações técnicas, específicas. Mas ainda assim, a maneira pela qual essas orientações serão dadas pode ser determinante para o sucesso ou fracasso da adesão, aceitação e até mesmo da cura.

Portanto, independente, do problema de saúde, das abordagens ou maneira que o cuidado é produzido, os profissionais são responsáveis por guiar o processo, minimizar a fragmentação e facilitar a expressão dos interagentes tornando as ações e condutas mais educativas. Especialmente nas doenças crônicas, onde há respostas parciais para as demandas isso poderia ajudar a evitar prescrições inadequadas, ineficazes e excessivas de medicamentos (CAPRARA, 2003).

Afinal, o cuidado é, ou deveria ser, uma prática constante. E não apenas um tratamento pontual. Similar ao pensamento de Heidegger (1997) no qual os seres humanos são vistos a partir de uma concepção de projeto contínua. Spink (2015) explica:

Na lógica do cuidado, como na contabilidade, busca-se o balanço entre crédito e débito. Mas o balanço não se reduz à soma e à subtração de vantagens e desvantagens, pois não há variáveis fixas. Esse equilíbrio tem que ser estabelecido ativamente, ajustando variáveis viscosas. Mol chama de viscosidade os hábitos, pessoas, condições materiais que não se submetem às nossas vontades (p. 120).

Mais ainda, a mesma autora reforça que esse ajuste às variáveis viscosas é um processo contínuo, trata-se de um tempo fluido. A pessoa necessita de uma combinação entre adaptação e perseverança – a busca não é pelo culpado quando algo dá errado, mas na reflexão do que pode ser ajustado, qual passo pode ser tomado em seguida e, o que pode ser aprendido com essa experiência. Portanto, culpa não combina com cuidado. A lógica do cuidado é um processo contínuo de idas e vindas – assim como é a descrição do cuidado de si, um processo que não se finda até a morte.

Atualmente, são poucas as condições para a afirmação de uma maneira singular de ser, de criar seu estilo de vida. O que se tem é, uma limitação de maneiras de ser vigiada e controlada por peritos, instituições e estados.

Inclusive, as campanhas de saúde direcionadas à população refletem também esse cerceamento das escolhas e da autonomia das pessoas. Mol (2008) faz a seguinte provocação, a respeito do contexto sociopolítico:

Ao invés de dizer o que os indivíduos deveriam escolher, essas intervenções de cuidado deveriam melhorar as condições coletivas sob as quais vivemos. Ao invés de nos obrigar a exercitar nossas forças de vontade, elas deveriam nos ajudar a cuidar de nossos corpos (p. 80).

Segundo Maturana e Varela (1995), citado por Barros e Gomes (2011), o que caracteriza os seres vivos é o fato de produzirem continuamente a si mesmos a partir de suas interações com o meio, que também se produz nesse processo. Boff (2014, p. 188) resume que “o cuidado não é uma meta a se atingir somente no final da caminhada”.

Spink (2015) mostra que a noção do que é cuidado ou, na prática o que é cuidar, tem sido discutido, principalmente, no campo da saúde coletiva movida pelas

questões da integralidade e humanização da atenção à saúde. Nesse sentido, “uma abordagem hermenêutica poderia oferecer suporte à produção de um conhecimento mais complexo – não alheio à área e sim incorporado a ela – em que se permitisse ver e criticar assuntos da técnica, dialogar com estes [...]” (FREITAS et al, 2011, p. 37).

O próximo tópico se dedicará à reflexão de diversos documentos, políticas, resoluções e abordagens que estão alinhadas às práticas de cuidado, atenção, humanização e ampliação das atividades dos profissionais de saúde, em sua maioria, oriundas do campo da saúde coletiva.

2.2.2 – O resgate do cuidado: conceitos, documentos e políticas públicas

Ao longo da construção do pensamento acerca do surgimento da medicina, a palavra cuidar esteve envolvida durante todo o percurso. De maneiras distintas, cada cultura expressa a arte do cuidado, mas o que elas têm em comum é a centralidade que a pessoa ocupa.

Na tentativa de refletir, problematizar e resgatar formas de promover cuidados na saúde, em especial na prática clínica do nutricionista, buscou-se alguns documentos, políticas, conceitos e abordagens que possam contribuir com essa revisão. O primeiro documento consultado, foi a Lei Federal nº 8.080/1990, a qual estabelece princípios e diretrizes a serem seguidos pelos profissionais de saúde. O capítulo II, art. 7º prevê:

II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; **III - preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; **IV - igualdade** da assistência à saúde, **sem preconceitos ou privilégios** de qualquer espécie; **V - direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde **(grifos da pesquisadora)**.

Ao tomar os documentos referentes ao próprio conselho federal que regulamenta a profissão, o CFN, na resolução nº 382/2006, art. 1º o juramento oficial do nutricionista tem o seguinte enunciado:

Prometo que, ao exercer a profissão de nutricionista, o farei com dignidade e eficiência, valendo-me da ciência da nutrição, em **benefício da saúde da**

peessoa, sem discriminação de qualquer natureza. Prometo, ainda, que serei fiel aos **princípios da moral e da ética**. Ao cumprir este juramento com dedicação, desejo ser merecedor dos louros que a profissão proporciona (grifos da pesquisadora).

E o código de ética que rege a categoria, também documento essencial, atualizado no ano de 2018, apresenta os seguintes princípios fundamentais:

Art. 3º O nutricionista deve desempenhar suas atribuições respeitando a vida, a **singularidade e pluralidade**, as **dimensões culturais** e religiosas, de gênero, de classe social, raça e etnia, a liberdade e diversidade das práticas alimentares, **de forma dialógica**, sem discriminação de qualquer natureza em suas relações profissionais.

Art. 6º A atenção nutricional prestada pelo nutricionista deve **ir além do significado biológico da alimentação** e considerar suas dimensões ambiental, cultural, econômica, política, psicoafetiva, social e simbólica.

Art. 7º Na atuação profissional, é fundamental que o nutricionista participe de espaços de diálogo e decisão, seja em entidades da categoria, instâncias de controle social ou qualquer outro fórum que possibilite o exercício da cidadania, o **compromisso com o desenvolvimento sustentável e a preservação da biodiversidade, a proteção à saúde** e a valorização profissional.

Art. 8º O nutricionista deve exercer a profissão de forma **crítica e proativa**, com autonomia, liberdade, justiça, honestidade, imparcialidade e responsabilidade, ciente de seus direitos e deveres, **não contrariando os preceitos técnicos e éticos** (grifos da pesquisadora).

Os documentos apresentados reforçam a importância dos preceitos éticos de forma a colocar o ser humano como ponto central para sua atuação. Portanto, ao propor a pessoa como cerne, tem-se a princípio, a intenção de cuidar – visto que é a partir de suas demandas, necessidades, sofrimentos, habilidades, e competências que o profissional poderá agir em conjunto, mas recordando a participação ativa e o desenvolvimento da autonomia para que se estabeleça uma relação de não dependência.

Além disso, reforçam a importância do respeito às singularidades e pluralidades que compõe os seres humanos. E é justamente por essas características que o profissional deve ir além das determinações biológicas. Na dimensão da alimentação Viana e colaboradores (2017) corroboram:

[...] ingerir alimentos por si só nem sempre é atitude suficiente para garantir a nutrição, se não for levado em conta a fenomenologia peculiar e anterior a esta função específica, uma vez que a contingência da prática alimentar não é restrita ao mapeamento científico do saudável e nutritivo. Transborda para a esfera da subjetividade e da representação que a comida implica [...] (p. 454).

Ao ampliar seu entendimento sobre o ser humano, naturalmente todas as outras esferas tendem a se expandir, por exemplo, o conceito de saúde, de alimentação

saudável, de doença – uma consciência que está para além do eu, atinge o todo. Recordando os conceitos de diversos autores como Boff e Foucault, o cuidado de si reflete, conseqüentemente, no cuidado com o outro, no cuidado com a natureza, o planeta e todos os seres vivos que o habitam. Conceito este, apresentado no artigo 7º.

Uma vertente que tem crescido, já instituída como política pública, são as práticas integrativas e complementares (PIC). Trata-se de práticas que primam pela integralidade da atenção à saúde, através de ações preventivas, promotoras e terapêuticas multiprofissionais, de forma a recolocar o paciente como sujeito central na relação profissional-paciente (ROBLES; VASCONCELOS, 2019). Além disso, são opções menos onerosas, aliviam o sistema de saúde vigente. O Ministério da Saúde aprovou em 2006 a portaria Nº 971 que trata sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), a qual:

[...] considera o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde –, corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania (BRASIL, 2006).

Sua ênfase está na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Evidências científicas demonstram os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares; é crescente o número de profissionais que se capacitam e valorizam os conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas. Esse avanço é entendido por Junior (2016) como uma nova forma de se aprender e praticar saúde, caracterizando-se pela interdisciplinaridade e por linguagens singulares, próprias, se contrapondo à visão altamente tecnológica de saúde.

Dentre as principais práticas oferecidas no âmbito do SUS estão: a medicina tradicional chinesa; fitoterapia; acupuntura; homeopatia; medicina antroposófica; arteterapia; meditação; musicoterapia; naturopatia; quiropraxia; reiki; yoga e

ayurveda²¹. Elas têm como principal característica a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (JUNIOR, 2016).

Diante do exposto, os documentos e teorias dialogam de forma integral com os conceitos originais sobre o cuidar, e como fomentado nesse trabalho, na temática do cuidado de si. Em outros dois artigos do código de ética, há ênfase na atuação do nutricionista:

Art. 5º O nutricionista, no exercício pleno de suas atribuições, deve atuar nos **cuidados relativos à alimentação** e nutrição voltados à **promoção e proteção da saúde, prevenção**, diagnóstico nutricional e tratamento de agravos, como parte do **atendimento integral** ao indivíduo e à coletividade, utilizando todos os recursos disponíveis ao seu alcance, tendo **o alimento e a comensalidade como referência**.

Art. 38 É dever do nutricionista adequar condutas e práticas profissionais às necessidades dos indivíduos, coletividades e serviços **visando à promoção da saúde**, não cedendo a apelos de modismos, a pressões mercadológicas ou midiáticas e a interesses financeiros para si ou terceiros.

Portanto, trata-se de um dever fundamental em sua prática profissional a promoção da saúde. O termo promoção de saúde é um conceito amplo que está associado a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta (SALCI et al, 2013, p. 225).

Segundo Buss (2009), a promoção de saúde é um campo com diversas influências. Ele poderia ser conceituado a partir de dois grandes grupos. O primeiro consiste em “atividades dirigidas à **transformação dos comportamentos** dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram” (p.22; grifos da autora). Nesse sentido o componente educativo é central.

Por outro lado, na sociedade contemporânea, o termo promoção de saúde ganhou um enfoque “mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro determinantes do processo saúde-doença e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde” (BUSS, 2009, p.37). Essa crítica feita pelo autor parece ir ao encontro de ações generalistas, protocolares que se distanciam

²¹ Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42802-no-espirito-santo-40-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>> Acesso em: 10 de julho 2018)

de um modo de ser cuidado. Esse enfoque dialoga com um termo proposto por Mol (2008), a lógica da escolha – o qual será elucidado mais à frente.

O Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) se constitui uma das estratégias para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável. Os princípios do guia são:

- 1) Alimentação é mais que a ingestão de nutrientes
- 2) Recomendações sobre alimentação devem estar em sintonia com seu tempo
- 3) Alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar socialmente e ambientalmente sustentável
- 4) Diferentes saberes geram o conhecimento para a formulação de guias alimentares
- 5) Guias alimentares ampliam a autonomia nas escolhas alimentares

O material discorre que apesar do surgimento do campo da nutrição ter acontecido a partir de uma vertente biologicista, esta não dá conta de explicar a relação entre alimentação e saúde. Porém, saber como, quando, com quem e, o modo que acontecem as refeições pode contribuir significativamente para a promoção de saúde e bem-estar.

Para isso, são necessários conhecimentos e saberes além da nutrição, como os estudos em ciências humanas e naturais. O guia propõe o respeito às culturas alimentares tradicionais, regionalismos, sazonalidade e, por conseguinte, um cuidado com o impacto ambiental e justiça social.

Além disso, há uma série de fotos que ilustram refeições adequadas e equilibradas, de maneiras a sugerir e incentivar refeições mais saudáveis. Todavia, o guia destaca que “as refeições apresentadas não devem ser tomadas como **recomendações rígidas** ou como cardápios fixos a serem seguidos por todos” (p. 56, grifos da autora) – essa é uma recomendação que estimula alguns dos princípios que estão envolvidos no cuidado como a autonomia, a singularidade, a subjetividade e acima de tudo, o respeito aos desejos e necessidades de cada indivíduo.

Dessa maneira, percebe-se que a promoção de saúde através da alimentação não é uma ação impositiva e unidirecional de responsabilidade do profissional de saúde apenas em ensinar algo técnico. É fundamental que haja o desenvolvimento de habilidades pessoais, especialmente a autonomia do paciente - também conhecido

como *empowerment*, de modo a gerar reflexos na mudança de hábitos e comportamentos em saúde (SALCI et al, 2013).

Segundo Carvalho e Gastaldo (2008), citados em Lopes (2015), *empowerment* é um dos pilares que embasam o modelo da promoção da saúde em diferentes países e suas respectivas políticas de saúde. No âmbito da nutrição, o guia alimentar (Brasil, 2014) trata sobre esse assunto:

A ampliação da autonomia nas escolhas de alimentos implica o fortalecimento das pessoas, famílias e comunidades para se tornarem agentes produtores de sua saúde, desenvolvendo a capacidade de autocuidado e também de agir sobre os fatores do ambiente que determinam sua saúde (p. 21 e 22).

Esse modelo de ação reforça o que foi dito por Buss (2009) anteriormente e coloca o indivíduo como ator principal e o profissional promotor e facilitador do processo. Salci et al (2013) afirmam que o empoderamento dos indivíduos proporciona uma interação maior com sua própria saúde, aumenta sua consciência sobre quais cuidados necessita, fortalece a tomada de decisão e o poder de escolhas.

A análise foucaultiana sobre os conceitos de técnicas de si e a estética da existência auxilia também na reflexão, pois sugere que a autonomia e a responsabilidade são princípios fundamentais para uma terapêutica adequada centrada no cuidado. Isso também vai ao encontro da pedagogia da autonomia, proposta por Freire (2018), que defende que o sujeito se torne mais ativo no processo de aprendizado, engajando-se através de suas próprias motivações.

Outro documento que aborda a perspectiva freiriana e o modelo de educação reflexiva é a estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no sistema único de saúde, desenvolvida pelo ministério da saúde (Brasil, 2015). Em sua introdução teórica, o documento destaca a importância da superação do paradigma ancorado na medicina higienista, que pode ser observado no trecho abaixo:

A concepção de educação problematizadora, definida por Freire, fundamenta-se na relação dialógico-dialética entre os sujeitos da educação: educador e educando. Nela, compromete-se com a libertação, com a criatividade, com o estímulo à reflexão e à ação sobre a realidade. A percepção ingênua ou mágica da realidade dá espaço à outra, na qual o ser humano é capaz de perceber-se, objetivar-se; essa última aprofunda a tomada da consciência da situação objetivada, apropriando-se dela como realidade histórica e, por isso, pode transformá-la num movimento de busca do “ser mais”, que já é a própria humanização – vocação histórica de

homens e mulheres [...] Essa concepção transformadora considera a realidade concreta e o aprendiz como um ser crítico, inacabado, com autonomia e identidade. O quadro a seguir apresenta as principais diferenças entre a concepção tradicional e a concepção transformadora (p.9).

Em seguida, na mesma página, o documento apresenta um quadro que ilustra as características do modelo tradicional versus o reflexivo. Apesar de estar fundamentado em uma teoria do campo da pedagogia, é inerente pensar o campo da nutrição pois, como visto, também necessita do componente educativo em sua prática.

Quadro 1 – Características das concepções tradicional e transformadora da educação

CONCEPÇÃO TRADICIONAL Pensamento liberal	CONCEPÇÃO TRANSFORMADORA Pensamento progressista
Concepção “bancária”	Construção do próprio saber/ corresponsabilidade
Centrada no professor	Centrada no educando
Monólogo	Diálogo
Estimula a ingenuidade	Estimula a criticidade
Professor dono do saber	Professor mediador
Vertical	Horizontal
Classificatória	Ênfase na formação de atitudes/processual
Memorização de conteúdos	Aprendizagem significativa
Considera a realidade fragmentada, sem contradições	Considera a realidade histórica e contraditória
Autoritária e repressora	Democrática e emancipatória
Alienadora	Libertadora

Fonte: Estratégia Nacional de Promoção de Aleitamento Materno (Brasil, 2015)

Outro documento relevante no Brasil, é a política nacional de humanização (PNH) do SUS, a qual estabelece que se deve cuidar de pessoas que adoecem, ao invés de focar exclusivamente em doenças. A PNH entende por humanização:

É a valorização dos diferentes sujeitos – usuários, trabalhadores, gestores – implicados no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde²² (BRASIL, 2003).

Robles e Vasconcelos (2019) defendem que a interação dos atores faz do encontro algo único, não cabendo de forma completa a protocolização. Silva e colaboradores

²² Portal da rede humaniza SUS: <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em 18/05/2019.

reiteram que, apesar de haver um sistema de conceitos e pressupostos que regem ações do cuidado, não se trata de algo esquemático, rígido. Na perspectiva heideggeriana trata-se de uma ação reflexiva.

Ainda que existam princípios e políticas na saúde para, de fato, se exercer o cuidado integral, é no ato singular e interativo entre profissional e paciente que ele acontece. Merhy e Franco (2012) esclarecem que produção e consumo do cuidado são simultâneos no ato clínico.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) estabelece diretrizes nacionais curriculares e enfatiza a proposta humanizadora na resolução nº 5 de 2001:

Art. 3º O Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do formando egresso/profissional o: I - Nutricionista, com formação generalista, **humanista** e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

Embora haja toda uma gama de documentos, resoluções e políticas pensadas para a produção de uma prática humanizada, os autores citados atestam que não significa que a mesma se constitui uma prática efetiva na maioria dos serviços de saúde até o momento. Humanizar é muito mais do que uma ação; depende de características pessoais, não apenas de um documento.

Para Queirós (2015), é mediante a ação de cuidar que o ser humano se humaniza. Em vista disso, esse é um dos maiores desafios educacionais: formar pessoas para a humanização; afinal, não é possível oferecer um tratamento humanizado sem que, antes, o profissional seja humanizado (ROBLES; VASCONCELOS, 2019).

O campo sobre o cuidado na saúde pode parecer conflituoso pois, algumas ações anunciadas como cuidado, podem se distanciar e se tornarem apenas ações técnicas. A exemplo, na área da enfermagem o profissional que preenche um formulário, faz aferição de glicemia ou de pressão arterial no posto de saúde, empreende uma ação técnica do cuidado, um protocolo. Porém, se essa ação vier conjuntamente com um olhar para o ser humano colocando-o como centro das ações, possivelmente estará se praticando o cuidado real.

Ayres (2004b, p. 22) destaca que é importante “a permeabilidade do técnico ao não-técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas”. O contrário também é verdadeiro; uma ação desprovida de atenção, intenção e apenas focada na doença é apenas uma ação técnica de cuidado; um serviço oferecido no cenário da sociedade produtiva.

Essa reflexão pode ser melhor elucidada a partir dos conceitos desenvolvidos por Anemarie Mol e Leonardo Boff: a lógica da escolha e a lógica do cuidado; e o modo de ser trabalho e o modo de ser cuidado, respectivamente.

A primeira autora, faz uma clara diferenciação entre as categorias. A lógica da escolha caracteriza-se a partir do julgamento sobre a melhor ação ou melhor produto, criando um distanciamento das coisas. A ação vem depois do julgamento, ponderando prós e contras (MOL, 2008).

Essa é uma lógica que se mostra compatível com a ideia do controle, pois apoia-se em ferramentas, regras, índices e observações externas – uma dieta no papel, um número na balança, um gráfico, um padrão pré-determinado. E em contrapartida, desconsidera a lógica de funcionamento corporal, interna e pessoal. Observado por Spink (2015):

[...] na lógica da escolha, a informação científica é concebida como uma coleção crescente de fatos que, gradativamente, aumentam a certeza na tomada de decisão. Nesse sentido, a função dos profissionais de saúde é fornecer informação aos pacientes (p. 120).

Segundo a mesma autora, promove-se assim uma submissão dos indivíduos frente às instituições, peritos, empresas e demais articuladores do conhecimento sobre o corpo e a saúde humana. A lógica da escolha traz consigo elementos e instrumentos como formulários de consentimento informado, anúncios sobre medicamentos e tratamentos, múltiplos estilos de vida – todos esses dependem de adesão, escolha dos pacientes. Estes, por sua vez, são vistos como cidadãos ou clientes, portadores de direitos.

A culpa faz parte do processo da lógica da escolha, visto que quem escolhe torna-se o responsável pelas consequências da escolha. Além disso, a lógica que predomina é a do mercado (SPINK, 2015).

Dessa forma, os sujeitos estão submetidos à essa ‘liberdade’ de escolha, uma liberdade cerceada, pois é condicionada às ofertas ambientais. O guia alimentar, já apresentado, discorre sobre o incentivo da autonomia na alimentação lembrando esses fatores limitantes:

A constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis no campo da alimentação depende do próprio sujeito, mas também do ambiente onde ele vive. Ou seja, depende da capacidade individual de fazer escolhas de governar e produzir a própria vida e também de condições externas ao sujeito, incluindo a forma de organização da sociedade e suas leis, os valores culturais e o acesso à educação e a serviços de saúde. Adotar uma alimentação saudável não é meramente questão de escolha individual. Muitos fatores – de natureza física, econômica, política, cultural ou social – podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas (p. 22).

Já na perspectiva da lógica do cuidado, Mol (2008, p.21) declara: “o cuidado não é uma transação na qual algo é trocado (um produto por um preço); mas uma interação em que a ação vai e volta”.

Aqueles que se colocam na posição de cuidadores, precisam eliminar qualquer forma de julgamento, substituindo-o por uma disposição à parceria na qual analisa, junto com o interagente, as questões, dificuldades e possibilidades (LOPES, 2015).

Diferente da lógica da escolha, a qual se baseia em informações externas e, em padrões generalistas, ou seja, distantes do sujeito e suas singularidades; a lógica do cuidado disserta que “você está dentro da sua vida, você a vive. Você não pode desembaraçar-se dela e estabelecer sua qualidade a partir de uma distância” (MOL, 2008, p. 94).

Dessa maneira, a lógica do cuidado busca construir um caminho de diálogo, acolhimento, trocas, conectada às subjetividades de cada pessoa, resultando em um paciente mais engajado e encorajado a cuidar da própria saúde (LOPES, 2015).

Outra questão apontada por Spink (2015) é que na lógica da escolha, os indivíduos são considerados iguais. Porém, como dito, cada indivíduo é singular e assim:

As pessoas têm necessidades distintas de modo que adição e divisão não estão em pauta, mas sim, diferenciação e especificidade. Dessa forma, tentar melhorar a saúde pública por meio de persuasão para que os indivíduos escolham uma vida saudável, como na saúde promocional, não é uma boa ideia, pois, as campanhas de saúde pública são genéricas, já que não fazem diferenciações entre pessoas específicas e situações específicas – tratam todos como iguais. Portanto, na perspectiva da saúde coletiva, o bom cuidado implicaria mexer nas condições nas quais esses coletivos vivem (p. 120).

De forma complementar a Mol, Boff (2014) argumenta que há dois modos de ser no mundo: o trabalho e o cuidado. O primeiro caracteriza-se pela intervenção e interação. O ser humano busca conhecer as leis e ritmos da natureza, procura intervir para tornar a vida melhor. Foi pelo empenho no trabalho que o processo evolutivo se efetivou, como por exemplo, o domínio da agricultura. Esse modo de ser exige uma certa objetividade, pois visa estudar o objeto para acumular experiências e conhecimentos.

Com o desenvolvimento das tecnologias, o trabalho, antes humano, foi tornando-se mais mecânico, automatizado ou até mesmo desenvolvido por robôs. Isso finda em um processo de antropocentrismo, ou seja, uma atitude centrada no ser humano – seus desejos e necessidades, ignorando o sujeito, as subjetividades. O desfecho é o predomínio de atitudes baseadas em intervenção, produção e dominação – uma relação de poder sobre o mundo.

Já o modo de ser cuidado, não se opõe ao trabalho, mas lida de uma maneira diferente. A começar pela relação, ao invés de ser sujeito-objeto, trata-se de uma relação sujeito-sujeito. Em relação ao mundo, o ser humano não se sente uma parte isolada ou até mesmo superior, promove uma coexistência com o todo. Não busca a dominação, mas a convivência harmoniosa. Interage, intervém, mas acima de tudo, busca a comunhão com as coisas.

Como visto, a lógica do cuidado e o modo de ser cuidado são conceitos que sustentam práticas que estão atentas a maneiras de promover o cuidado de si. De forma que, não se configuram modos de ser egoístas. Como já mencionado, são formas de ser e agir em harmonia com o todo.

Se o campo conta com tantos documentos que embasam o cuidado de si, é possível que a nutrição clínica também ofereça alternativas às práticas cartesianas. O próximo item buscou discutir a maneira pela qual acontece, ou poderia acontecer o atendimento clínico baseado no cuidado de si.

2.3 - A prática clínica nutricional baseada no cuidado de si

“O cuidado surge quando se encontra a justa
medida”
Leonardo Boff

Durante todo o capítulo sobre o cuidado, demonstrou-se que cuidar implica em várias práticas: a começar pela prática do cuidado de si mesmo. Nesse sentido, o nutricionista deve proporcionar primariamente esse cuidado a si mesmo.

Diante de todo o cenário apontado em relação à tríade corpo-saúde-alimentação, é crescente os níveis de doenças psiquiátricas ou mesmo, de um comer transtornado. É natural que, os alunos de graduação e os nutricionistas, também sejam impactados por essa pressão sociocultural. Destaca-se que esse público é altamente suscetível ao desenvolvimento de transtornos alimentares (BOSI et al., 2006).

Na prática clínica, é interessante refletir a maneira pela qual o cuidado de si tem sido compreendido e vivenciado pelos profissionais. A medida em que se têm uma visão restrita sobre o que é saúde, e o que é ser saudável, conseqüentemente, o cuidado tem uma perspectiva limitada - frequentemente associada apenas às questões estéticas. Estudo de Cori e colaboradores (2015), revela a estigmatização de pessoas obesas por parte dos nutricionistas.

Se a saúde mental do nutricionista pode interferir diretamente na maneira pela qual ele atua diante do paciente, seria interessante como ‘boas práticas’ na clínica que, eles se engajassem em um processo de terapia no plano pessoal e/ou mesmo, de supervisão de casos – similar às recomendações do conselho de psicologia para a prática clínica do psicólogo.

Ter essa questão como preliminar, já contribuiria para que o profissional, por exemplo, não perpetue comportamentos transtornados; possa estar entregue ao atendimento; consiga fazer as devidas orientações, cuidar e envolver-se com o indivíduo, sem deixar que isso o abale a ponto de prejudicar outros atendimentos ou a si mesmo.

Como proposto no item anterior, a interação com um profissional de saúde, em geral, segue um *script* durante o atendimento clínico. O primeiro item, descrito como

o acolhimento, é, normalmente, o primeiro contato e, talvez, mais importante entre o nutricionista-interagente.

Esse momento pode se tornar transformador para ambos; para quem cuida e quem é cuidado. Deve ser um processo de duas vias e o profissional precisa ter conhecimento técnico, mas é imprescindível que também haja o desenvolvimento de outras habilidades e competências como: empatia, comunicação, estabelecimento de vínculo e resiliência (STAMM, 2007; TAVARES, 2007).

Algumas ações contribuem para esse acolhimento. Receber o paciente na porta ou, ir ao seu encontro na recepção; abraçar ou estender as mãos, que também pode ser confundido com acolher. Assim como ser simpático pode se confundir com empático. Ser receptivo é valoroso, mas também é preciso estar atento ao indivíduo: seguir seus gestos, suas expressões faciais, o modo como se comunica e manter o contato visual.

Esses são comportamentos fundamentais para criar, de forma mínima, um elo de ligação com as pessoas. Outro ponto essencial é chamar sempre pelo nome. Alguns profissionais tem o hábito, as vezes com boa intenção, de chamar as pessoas de 'mãezinha', 'paizinho'. Porém, o nome é algo muito íntimo que estabelece a individualidade das pessoas. Uma prática interessante é indagar à pessoa de que maneira ela gostaria de ser chamada – visto que algumas pessoas têm um nome composto, ou com uma pronúncia difícil, originária de outra língua.

O toque é uma questão sempre muito discutível. Alguns profissionais defendem que não deve haver tamanho envolvimento, especialmente em momentos delicados como por exemplo, uma crise de choro. De acordo com tudo que foi discutido, o cuidado não é inteiramente possível de se encaixar em um protocolo. Ou seja, não existe uma verdade absoluta.

É importante estar atento a todos os sinais para ter a sensibilidade de oferecer o toque na medida em que o indivíduo dá essa abertura. Ao chegar no consultório, por exemplo, a pessoa pode abrir os braços e convidar ao abraço ou, pode também, estender a mão apenas para cumprimentar. Ou ainda, no momento de uma crise de choro, pode-se oferecer um lenço, estender a mão – como manifestação de apoio.

Não há certo ou errado, há a disposição do encontro para compreender o que cada pessoa irá demandar. E isso, claro, só poderá acontecer a partir do princípio fundamental da escuta.

A chamada escuta ativa é um caminho para compreender os motivos da busca pelo profissional e os sofrimentos envolvidos para além dos sintomas da patologia. Há, possivelmente, uma gama de sentimentos e percepções que extrapolam a doença e alcançam a vida cotidiana da pessoa.

É através da escuta que será possível captar as expectativas, as motivações, o nível de compreensão acerca das questões trazidas, respeitando e ouvindo sem julgamentos, para que o interagente se sinta confortável, à vontade e se desenvolva a confiança desse relacionamento. Esse trato não pode, entretanto, ser confundido com uma relação de amizade pois, isso também não seria terapêutico para o indivíduo.

No âmbito do espaço de atendimento é possível também proporcionar o acolhimento. Algumas características utilizadas no consultório de psicologia, poderiam ser adotadas na nutrição pois ajudam a criar uma atmosfera propícia de cooperação e a identificar no profissional a figura de alguém que está ali para ser um facilitador e não um juiz ou avaliador de bons e maus comportamentos. Sentar-se lado a lado ou, sem uma mesa separando-os, é uma boa maneira de iniciar uma conversa, de forma a se estabelecer uma parceria, na qual o 'leigo' é extremamente ativo e, o profissional um guia para trilhar esse caminho singular a ser construído.

A configuração espacial do local de atendimento clínico nutricional também pode simbolizar um espaço voltado para o cuidado. Aconchegante, ele deve convidar as pessoas a desenvolver conversas gentis, horizontais nas quais o interagente se sente à vontade. Acredita-se que o layout pode contribuir remetendo a um local seguro, íntimo, uma alusão à casa. Nesse sentido, alguns elementos podem corroborar para esse simbolismo, como luz indireta, poltronas, sofás, tapetes, objetos decorativos, plantas e quaisquer outras manifestações de arte e cultura que representam a alimentação e a vida humana. Em resumo, um espaço que seja acolhe(dor).

O jaleco, importante símbolo de um profissional da saúde, tradicionalmente, evidencia o poder e o *status* que o saber fixa. Muitos profissionais têm abandonado a vestimenta branca clássica uma vez que, ela parece afastar, inibir ou mesmo amedrontar as pessoas. Alguns indivíduos chegam a ter fobia, conhecida como ‘síndrome do jaleco branco’.

Usar ou não o jaleco não determina se um profissional, utilizando os termos conceituais dessa pesquisa, ‘controla’ ou ‘cuida’ das pessoas. Mas por se tratar de um instrumento simbólico de poder e separação, não há necessidade ou justificativa para seu uso.

O atendimento clínico nutricional ocorre, em sua maioria, no ambiente do consultório. Porém, uma outra modalidade que tem grande crescimento é o *personal diet*. Nesse formato, o profissional promove o atendimento em locais familiares dos interagentes: casa ou trabalho.

Esses ambientes podem ser facilitadores para que os indivíduos se sintam ‘em casa’ e, dessa forma, se sintam à vontade. Mas também pode incorrer em alguns empecilhos ou dificuldades que precisam ser gerenciadas para que o cuidado aconteça. Por exemplo: uma casa que têm muitos moradores ou crianças pode dificultar a interação entre profissional-interagente. Ou um local onde outras pessoas possam escutar a consulta também interfere. Também a postura do profissional que possa simbolizar uma invasão de privacidade ou que se assemelhe à uma amizade. Enfim, diversas adversidades nas quais o profissional precisa estar atento.

O acolhimento é seguido da anamnese. No capítulo anterior demonstrou-se que na prática a anamnese é um caminho seguro, do qual utiliza-se um ‘protocolo’ para tentar controlar a situação. Todavia, rompe com a experiência da entrega. A vulnerabilidade é essência condicional para a vida humana e indispensável para relacionar-se com plenitude (BROWN, 2016; ROBLES; VASCONCELOS, 2019; QUINTANA, 2016).

Portanto, estar disposto à vulnerabilidade, concomitantemente, é estar disposto a cuidar do indivíduo, o nutricionista sai do papel de entrevistador apenas, e torna-se ouvinte. Seu foco é centrado na pessoa, não na doença, na tentativa de alcançar subjetividades (SOARES et al., 2014).

A história de vida relatada pelo paciente é considerada e investigada pois, segundo Gay (2017), todo corpo tem uma história que deve ser tão relevante quanto os parâmetros populacionais e recomendações científicas. É necessário enxergar para além da doença.

A anamnese do nutricionista baseado no cuidado deve ser um instrumento para guiar o profissional e não para limitar as respostas das pessoas, privilegiando perguntas abertas ao invés das perguntas fechadas.

É nesse momento que se pode assimilar subjetividades em torno das questões principais; verificar habilidades que o paciente já tem e, outras que precisa desenvolver. Levantar as crenças que tem a respeito de si mesmo, dos problemas; dos seus conceitos sobre saúde, sobre alimentação saudável, sobre experiências pregressas. Prestar atenção em como se dá a dinâmica familiar em torno do indivíduo e das questões trazidas.

Diante desse cenário, saber escutar é uma habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde. Para ouvir melhor, é fundamental que haja espaço e que não se tenha respostas prontas para todas as perguntas.

Aliás, é essencial que entre uma pergunta e outra, haja tempo para que a pessoa possa pensar, refletir e elaborar as respostas. Em alguns momentos, possivelmente o interagente não terá respostas ou ficará reticente; em ambos os casos, o silêncio precisa ser respeitado e compreendido também como uma resposta. Não menos importante, recorda-se que é crucial não interromper a fala, ou evitar interromper ao máximo, a fim de não bloquear a linha de raciocínio do interagente.

Em geral, a anamnese precisa ser uma ferramenta para ajudar na construção de um quebra cabeça formado pelas experiências de vida do interagente. Por esse ângulo, é desumano imaginar que em uma consulta de uma hora (quando possível), que ambos seriam capazes de montar isso. Primeiro, porque o interagente nem sempre estabelece, desde o primeiro momento, uma inteira confiança para contar tudo. E, segundo, porque trata-se de algo a ser continuamente construído, repensado e que sofre interferências a todo momento.

A maneira como a comunicação se estabelece durante a anamnese também é um aspecto importante. O uso de termos técnicos pode dificultar a compreensão e o

engajamento do indivíduo. Quando o profissional não fala ‘a mesma língua’ do interagente, por exemplo, o modo de falar de crianças, adolescentes, adultos e idosos têm características diferentes, rotinas diferentes e, por isso, maneiras diferentes de ver e vivenciar o mundo. Ter familiaridade com o público alvo atendido facilita a comunicação.

Essa comunicação também precisa ter um tom de voz adequado, um ritmo tranquilo e, preferencialmente, o cultivo da não violência, evitando-se o ‘terrorismo nutricional’ que nada mais é, do que um discurso biologicista sobre a funcionalidade dos alimentos, de maneira dicotômica entre certo e errado; veneno e *detox*, entre outras expressões.

Observa-se também que a comunicação está para além da expressão verbal. Comunica-se através de olhares, gestos, roupas e atitudes. Uma amostra disso é o momento de se realizar a avaliação física. É parte do protocolo que esse momento aconteça, fazendo com que o profissional já tome como algo concreto e certo. Porém, nota-se que muitos pacientes sentem vergonha ou não ficam à vontade durante a execução da avaliação. Sob a lógica do cuidado, em primeiro lugar, recomenda-se assegurar que o paciente deseja submeter-se a tal procedimento; o profissional explique de antemão quais são os procedimentos, para somente em seguida, proceder a execução. Outra observação necessária é que, nem todo interagente precisará ser ‘medido’ e pesado, visto que há situações em que isso não contribui para a relação e o processo, apenas atesta a fragilidade da situação e pode até mesmo ser percebido como a revelação do fracasso de um paciente.

O terceiro e último momento de uma consulta, costuma ser a prescrição ou orientações gerais acerca da alimentação. Tradicionalmente, o nutricionista é um profissional que trabalha com uma perspectiva de educar, levar informação ao seu público alvo. Essa prática se destaca basicamente por transmitir informações que possam contribuir com a saúde da população, porém, muitas vezes são orientações desconectadas da cultura e da realidade local. A educação em saúde que tem o objetivo de prevenir comportamentos de risco com foco apenas em transmitir informações, sem levar em conta as questões mais amplas e estruturais como o social e o econômico, não atingem resultados significantes (SCRIVEN, 1996).

Entretanto, isso é uma prática limitada, e não dá conta da complexidade que é um processo educativo (SALCI et al, 2013). O que têm sido enfatizados é o desenvolvimento de competências, juntamente com o contexto social para que comportamentos desejados sejam promovidos (JONES; NAIDOO, 1997).

Anderson e colaboradores (1991) citado por Lopes (2015) em um artigo no qual trata sobre os educadores em diabetes, destacam algumas ações para que o profissional consiga ser o facilitador dos processos: perspicácia e sensibilidade para inferir da melhor maneira e, explorar os problemas apresentados. A partir de sua própria experiência, seu tom de voz, postura e expressões faciais o profissional não pode demonstrar comportamentos de julgamento, para assim, estabelecer um relacionamento mais próximo.

Apesar dos autores acima tratarem sobre um tema específico da educação nutricional com diabéticos, (uma doença crônica a qual exige cuidados e ações em saúde constantes, diários e que se relacionam diretamente com a alimentação), a apresentação desses conhecimentos reforça a importância e a responsabilidade do profissional de saúde, especialmente o nutricionista, em desenvolver seu trabalho com foco no cuidado.

A alimentação humana está para além das prescrições, dietas, condutas coercitivas e externas. É fundamental numa consulta de nutrição, a compreensão e o respeito das subjetividades, promovendo ações que devolvam ao sujeito sua capacidade de cuidar-se, sendo capaz de escutar o próprio corpo, honrando sua saúde.

Em resumo, para a produção dessas potências, o cuidado na prática nutricional deve fomentar que o interagente se torne um especialista de si mesmo, com a intenção de aprender e promover experiências que possam vir a ser novos comportamentos em saúde.

Como resultado desse modelo, o profissional é um facilitador para as dificuldades relatadas pelo paciente, empenhado em desenvolver um tratamento factível e aceitável (LUTFEY; WISHNER, 1999). Uma vez que, cuidar não é cercear e nem controlar, pelo contrário, é produzir potências para a cura (ROBLES; VASCONCELOS, 2019; SILVA et al, 2005). Ceccim e Merhy (2009) destacam que:

[...] em lugar de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de

si, não para construir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver (p. 540).

Nessa concepção de abordagem centrada na pessoa, horizontal e construtivista, a prescrição dietética quantitativa deve ser revista, pois não se encaixa, em muitos momentos, como uma abordagem centrada no cuidado.

A prescrição restritiva, imposta principalmente como estratégia para perda de peso, proporciona um saber basicamente amparado por regras externas, necessidades biológicas, desconectada das humanidades e da realidade cotidiana. Os interagentes ocupam uma posição submissa perante o profissional.

Alguns autores no Brasil já estão pesquisando e trabalhando com modelos alternativos à prescrição e todo o conjunto de ações propostas pela nutrição moderna inserida no paradigma hegemônico. Nos últimos anos destaca-se a atuação e destaque do Instituto de Nutrição Comportamental®. O projeto idealizado por cinco nutricionistas²³ produziu um livro e tornou-se referência no assunto no país. A ponto do termo 'nutrição comportamental' tornar-se sinônimo de uma atuação que vai além das questões biologicistas, da prescrição dietética – ampliando o olhar e divulgando diversas ferramentas, abordagens e conceitos para contribuir com essa prática que visa a humanização, a empatia, a horizontalização, a autonomia e toma qualquer processo a partir de aderência e não na obediência.

Uma das alternativas à prescrição, é o aconselhamento nutricional (AcN). Segundo Motta (2009) citado por Ulian et al (2015), o conceito de AcN é definido como “um encontro entre duas pessoas para examinar com atenção, olhar com respeito, e deliberar com prudência e justeza sobre a alimentação de uma delas”.

A abordagem, também, conhecida como não dieta, prevê um modo de ser/estar durante a consulta em que se objetiva uma construção coletiva com o indivíduo do processo e considera sua história de vida, hábitos, percepções, necessidades, desejos e crenças, de forma a estimular e fortalecer habilidades e atitudes alimentares voltadas para o cuidado de si (ULIAN et al, 2015).

²³ Informações obtidas através da consulta no site oficial <https://www.nutricao comportamental.com.br/quem-somos.php>.

As autoras destacam que há casos nos quais a prescrição dietoterápica se faz necessária, mas que ainda assim nessas doenças mais graves e restritivas pode-se combinar tecnologias de modo a produzir prescrições menos impositivas.

Para isso, é essencial que os referenciais teóricos não se limitem às questões biologicistas. Elas destacam a importância, mais uma vez, de disciplinas como a sociologia, a antropologia, a psicologia e a filosofia. Ou seja, campos que estudam e se propõem a entender o ser humano.

A entrevista motivacional (EM) é também uma das técnicas que podem apoiar o aconselhamento. Trata-se de uma maneira promover o aconselhamento em saúde, na qual seu principal objetivo é trazer à tona as motivações intrínsecas do paciente a fim de dar suporte para a mudança de comportamento – para isso utiliza-se o diálogo como meio (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

É interessante que ao aprofundar nas técnicas, ferramentas e abordagens, o que norteia todas é muito similar – o respeito, a empatia, a colaboração, a escuta ativa. Essas habilidades podem ser desenvolvidas e treinadas desde que o profissional se permita vivenciar a vulnerabilidade. Bessera e colaboradores (2014) explicam:

[...] a vulnerabilidade humana pode ser um dos possíveis caminhos para a ampliação da sensibilidade dos profissionais para com a susceptibilidade do paciente, possibilitando estabelecer uma relação mais simétrica, empática e solidária entre estes (p. 176).

Isso porque, segundo Mol (2008), os diálogos assumem uma configuração de troca de experiências, sem confrontos de argumentos, imposições.

Outra alternativa à prescrição, apresentada pelas autoras do livro *Nutrição Comportamental*, que também se aproxima do cuidado, é o Comer Intuitivo e o Comer com Atenção Plena - *Intuitive Eating* e *Mindful Eating*. De um modo geral, configuram-se como propostas que permitem o desenvolvimento de um relacionamento saudável com a comida e o corpo utilizando-se da sabedoria corporal – ou seja, sinais internos de fome e saciedade para guiar o comportamento alimentar. Além disso, explora os sentidos (tato, olfato, paladar, audição e visão) para potencializar experiências, conectadas com o momento presente, propondo um comer meditativo, com plena atenção, intenção e sem julgamentos.

O comer intuitivo (CI) é um conceito desenvolvido pelas nutricionistas Evelyn Tribole e Elyse Resch que propõem que é possível ensinar as pessoas a se tornarem *experts* de seus próprios corpos. Para promover essa sintonia entre comida-corpo-mente, baseiam-se em três pilares: permissão incondicional para comer; comer para atender necessidades fisiológicas e não emocionais; e apoiar-se em sinais internos de fome e de saciedade para conseguir definir o que, quando e quanto comer (ALVARENGA; FIGUEIREDO, 2015).

A vertente da nutrição Antroposófica defende que a principal função do nutricionista deveria ser discorrer sobre as qualidades de cada alimento, acompanhar o paciente na sua escolha alimentar e estimular seus instintos alimentares adormecidos. Portanto, alinhada também com o CI e, essa concepção de que o indivíduo pode ser um especialista no seu próprio cuidado.

Já o *mindful eating*, ou comer com atenção plena é uma abordagem que auxilia a ter um comportamento não julgador, intencional e com atenção ao comer. Essas características na verdade são a base do *mindfulness*, traduzido como atenção plena - um campo da ciência que se destacou com os estudos na década de 70 de Jon Kabat Zin. Mas na verdade, trata-se de algo milenar originário do Oriente – especialmente da filosofia budista (LEVINE, 2000).

Os achados comprovam que a prática do *mindfulness* através da meditação, se relaciona diretamente com a saúde física e mental das pessoas. Sintomas de estresse, ansiedade, depressão e comer compulsivo reduziram após programas de intervenção (GOLEMAN; SCHWARTZ, 1976; GROSSMAN et al., 2004; BAER; FISCHER; HUSS, 2005; TEASDALE et al., 2002; KRISTELLER; HALLETT, 1999).

Da mesma maneira, também está associado à melhora de aspectos saudáveis como: maior resiliência; melhora do humor; melhora da qualidade de vida; bem-estar psicológico; melhora da autoconfiança e autoimagem (DAVIDSON, 2004; CRUESS et al., 2000; CARLSON et al., 2004; BRAZIER et al., 2006; WALLACE, 1970; SRIDEVI; KRISHA RAO, 1998).

Bays (2009) descreve que o comer com atenção plena é uma experiência de total integração e presença do ser humano, consigo mesmo, com o ato de comer e com a natureza. Não há tabelas, prescrições ou regras fixas e rígidas, o que há é a

experiência individual de cada pessoa – *expert* de si mesma. Lopes (2015, p. 492) em referência à lógica do cuidado complementa que “é difícil prever o que vai funcionar e o que não vai, o que implica em cuidadosa experimentação – a disposição para”.

Em congruência, Mol (2008) também legitima essa abordagem na qual não há apenas uma opção certa e errada, ou formas únicas definidas de se praticar o cuidado. O mais importante é estar atento ao que acontece, adaptando-se, testando possibilidades e dando continuidade nas práticas.

A concepção e as práticas de *mindful eating* não se limitam à qualidade alimentar no sentido de nutrientes, pelo contrário, amplia a compreensão sobre qualidade, incluindo as relações que se estabelecem durante as refeições, o local e o modo que se come, a origem dos alimentos – de forma a contemplar alimentos orgânicos, in natura, locais, sazonais e estimulando também a prática culinária.

O *mindful eating* não é conhecido por grande parte dos próprios nutricionistas, mas no Guia Alimentar Brasileiro (Brasil, 2014) observa-se algumas recomendações pertinentes e conectadas à essa abordagem:

Três orientações básicas são apresentadas: comer com regularidade e **com atenção**; comer em **ambientes apropriados**; e **comer em companhia**. Como se verá, os benefícios da adoção dessas orientações são vários, incluindo melhor digestão dos alimentos, **controle** mais eficiente do **quanto comemos**, maiores oportunidades de convivência com nossos familiares e amigos, maior interação social e, de modo geral, **mais prazer** com a alimentação. [...] refeições feitas em horários semelhantes todos os dias e **consumidas com atenção e sem pressa** favorecem a **digestão dos alimentos e também evitam que se coma mais do que o necessário**. Os mecanismos biológicos que regulam nosso apetite são complexos, dependem de vários estímulos e levam certo tempo até sinalizarem que já comemos o suficiente. Em outras palavras, **comer de forma regular, devagar e com atenção é uma boa maneira de controlar naturalmente o quanto comemos**. [...] algumas providências simples podem evitar que se coma de forma rápida e dispersiva. Quando mastigamos mais vezes os alimentos, naturalmente, aumentamos nossa concentração no ato de comer e prolongamos sua duração. Assim fazendo, também usufruímos de todo o prazer proporcionado pelos diferentes sabores e texturas dos alimentos e de suas preparações culinárias (p. 91-92) (grifos da pesquisadora).

Percebe-se a proximidade de termos e conceitos que estão alinhados ao *mindful eating*, porém, também apresenta explicações biologicistas e de caráter controlador – reflexo do paradigma cartesiano.

Mindful eating não é um modo de ensinar as pessoas a controlarem o quanto ou o que comem, mas de compreender, aceitar e escolher quais comportamentos adotar.

Mas o fato de ter em um guia federal conceitos e práticas que estão caminhando em direção a outras perspectivas, já pode ser um indício ou, minimamente uma esperança de que é possível atuar sob outros alicerces.

Tudo isso contribui com o nutricionista para que sua prática seja enriquecida ao dar a oportunidade e promover um processo mais hermenêutico, centrado na pessoa. Em um texto de Freitas e colaboradores (2011) há uma citação à Foucault, evocando justamente essa ideia:

[...] uma orientação dietética intersubjetiva não se exaure no dualismo entre o bom e o mau comportamento alimentar, ultrapassando as relações de poder do modelo biomédico tradicional, conforme denunciou Foucault. Como exemplo, nesta reflexão, citam-se os casos de retirada do sal de uma dieta para determinado paciente, em que é preciso ouvir e dialogar com ele sobre o que sente, o que pensa e como interpreta essa mudança de gosto alimentar, pois o consumo de sal tem a ver com crenças religiosas e com sabores que foram cuidadosamente domesticados durante uma vida inteira. [...] é preciso ir além do que se fez até o momento. É preciso ter métodos para compreender e interpretar as relações que fazem interagir dieta alimentar e cultura, possibilidades socioeconômicas e dietas socialmente possíveis e ricas, e mudanças que ao mesmo tempo preservem o contexto cultural da comensalidade e acrescentem a ele propostas novas e substanciais. Muitos dos fracassos das práticas agenciadas pela clínica poderiam ser explicados, pelo menos em parte, pela falta de diálogo e de disposição de praticar uma comunicação intersubjetiva. A nutrição normativa é, de fato, uma região fechada aos significados atribuídos pelo sujeito que, independentemente e em sua própria autonomia, quer explicar sua comida e interpretar as relações com a nutrição em seu corpo (p. 36-37).

Constata-se que ambas as abordagens estão alinhadas com o conceito do cuidado de si. A busca pelo equilíbrio na saúde perpassa necessariamente por um caminhar constante, especialmente na nutrição. As pessoas se alimentam, em média, três vezes ao dia; portanto, trata-se de um comportamento que se repete inúmeras vezes que necessita de autoconhecimento, autonomia, prazer, respeito ao próprio corpo, enfim, de uma relação de paz que honre a saúde e esteja alinhada aos fatores externos.

Em cada refeição o indivíduo tem a oportunidade de exercitar essas habilidades a fim de comer adequadamente. Elyn Satter (2007), nutricionista americana, resume que o comer vai além de um mero abastecimento ou reposição de energia. Os alimentos refletem nossas histórias pessoais, nossa forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo.

O movimento *Health at Every Size*® (HAES) originário dos Estados Unidos, é outra abordagem que se opõe à prescrição, tem como principal objetivo encorajar comportamentos saudáveis para pessoas de todos os tamanhos corporais. O peso corporal, critério essencial e de controle rigoroso nas abordagens biologicistas, é visto nessa abordagem como um fator que pode se alterar ou não, durante o processo. Ou seja, é uma consequência de comportamentos positivos. Os princípios do HAES são: 1) reconhecer que a saúde e bem-estar são multidimensionais e incluem aspectos emocionais, físicos, espirituais e intelectuais; 2) encorajar a construção de uma imagem corporal positiva; 3) aceitar e respeitar a diversidade de tamanhos e formatos corporais; 4) promover uma alimentação que equilibre necessidades nutricionais individuais, além de aspectos como fome, saciedade, apetite e prazer; e 5) promover atividades físicas prazerosas e sustentáveis (ASDAH²⁴).

O que as abordagens apresentadas têm em comum é a visão ampliada sobre a saúde humana. A prática clínica da nutrição se beneficia à medida que incorpora esses conhecimentos. Existem outros tantos conceitos, teorias e estudos que podem contribuir, porém, essa pesquisa não teve a pretensão de dar conta de todos.

Esse capítulo visou contribuir com a apreensão de uma genealogia do cuidado. A partir desse método foucaultiano, concebe-se uma singularidade das práticas, desconstrói pontos fixos e, retoma o corpo em sua totalidade. Boff (2014, p. 228) arremata: “não busquemos o caminho da cura fora do ser humano. [...] ele precisa voltar-se a si mesmo e redescobrir sua essência que se encontra no cuidado”.

O capítulo a seguir, descreve a pesquisa de campo desenvolvida – desde a sua concepção à análise e, discussão de dados.

²⁴ Association for Size Diversity and Health. ASDAH [Internet]. [Acesso em: 7 de dezembro 2019]. Disponível em: <https://www.sizediversityandhealth.org>

CAPÍTULO 3.0 – PESQUISA DE CAMPO: DA CONCEPÇÃO À ANÁLISE

**“Caminhante, não há caminho. O caminho se
faz ao caminhar”**

Antônio Machado

Após uma longa jornada revisando teorias na tentativa de promover reflexões transdisciplinares, a imersão no campo foi um esforço para aprofundar e ampliar o tema proposto.

Inicialmente, concebi²⁵ um campo que propunha uma pesquisa-ação junto à pacientes leigos através de uma experiência em grupo, a qual visava explorar o tema controle e cuidado de si. Porém, após algumas considerações na banca de qualificação, foram realizados ajustes e a inserção no campo se deu pelo viés do profissional nutricionista.

Inspirada na teoria foucaultiana, ao propor os termos controle e cuidado de si no campo da nutrição, a pesquisa empírica analisou os discursos, as abordagens, as condutas, percepções e experiências que a atuação do nutricionista produzia e seu contexto de inserção.

O projeto foi elaborado e submetido ao comitê de ética responsável (anexos 1 e 2) seguindo os requisitos éticos para a realização de uma pesquisa qualitativa com seres humanos.

3.1 – METODOLOGIA

Essa pesquisa assume uma natureza qualitativa. Yin (2016) opta por não dar uma única definição sobre pesquisa qualitativa, mas resume que ela tem pelo menos cinco características principais: estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representar as opiniões e perspectivas dos participantes; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano e esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.

²⁵ Todos os processos daqui em diante serão descritos em primeira pessoa visto que eu, como pesquisadora, tive um envolvimento direto e minha participação foi um fator importante desde a concepção, desenvolvimento, análise, até as considerações finais.

Esse é um estudo de caso exploratório que visou investigar, ampliar e detalhar a temática central do estudo – controle de si e cuidado de si. Para dar início ao estudo de caso, é imprescindível a formulação de problemas ou questões a serem exploradas. Mas não se trata de verificar relações de causa-efeito; tal formulação caracteriza-se por ser mais aberta e abrangente, sendo elaborada com palavras do tipo ‘o que’ ou ‘como’ (GIL, 2010).

O mesmo autor (2002, p.54) define estudo de caso como um “estudo profundo e exaustivo em um ou poucos objetos, de maneira que permite seu amplo e detalhado conhecimento”. O estudo de caso, método adotado, pareceu ser o mais indicado para o desenvolvimento da pesquisa de campo, pois trata-se de uma maneira de investigar que não tem a pretensão de apreender a realidade em sua totalidade, mas compreender como os discursos são construídos, considerando o contexto onde os atores estão inseridos.

A construção teórica e as reflexões propostas foram endossadas sob a ótica do especialista e com certa experiência capaz de dialogar com o tema. A fim de delimitar um recorte para a pesquisa, definiu-se que o público alvo seriam nutricionistas com dupla jornada: atuação na área de ensino superior e na área clínica, sendo esse o critério de inclusão da pesquisa, descrito no item 3.1.2 a maneira que se realizou essa seleção.

Goldemberg (2004) e Gil (2010) afirmam que o estudo de caso consiste em uma tentativa de levantar questões, proporcionar maior familiaridade, construir hipóteses e aprimorar ideias. Para isso, na maioria dos casos utiliza-se um levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que estão envolvidas no problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Na investigação, optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica de produção de dados. Poupart (2012, p. 216) afirma que esse formato de entrevista é “um meio de dar conta do ponto de vista dos atores sociais e de escutá-los para compreender e interpretar suas realidades, permitindo uma aproximação com a realidade e uma interação com os ‘atores’”. Além disso, nesse formato o pesquisador organiza e pré-estabelece as questões centrais do estudo, mas permite que, caso novos questionamentos surjam no decorrer do diálogo, sejam incorporados.

Entretanto, o mesmo autor relembra que nenhuma forma de entrevista pode apreender a totalidade da experiência, pois trata-se apenas de interpretações pessoais sobre os fatos e o universo que cercam os informantes. Yin (2016) enfatiza que, decorrente dessa interferência do pesquisador, naturalmente, acontecem recortes, categorias pré-selecionadas e seletividades no decorrer do campo e da análise de dados. Isso leva a dedução de que a verdade não é, e nunca foi um elemento calmo do discurso, pois situa-se em um campo de disputas e múltiplos olhares.

Para guiar as entrevistas, um roteiro (anexo 4) foi desenvolvido, com perguntas abertas, em sua maioria, de modo a propiciar mais oportunidade de fala aos entrevistados. Elas foram construídas em torno da temática controle e cuidado - sem utilizar necessariamente esses termos - de forma a investigar e problematizar questões desde a formação do profissional até sua atuação – perpassando pelos atores envolvidos no processo: o aluno, o paciente e o cenário sociocultural em geral que todos vivem.

Gil (2010) afirma que no decorrer de um estudo de caso é fundamental que haja múltiplas técnicas de coleta de dados, de forma a garantir a profundidade necessária e a contextualização. Yin (2016) reforça que a complexidade do campo de pesquisa justifica o uso de fontes diversas para sustentar o estudo. Dessa forma, optou-se por utilizar outro instrumento de produção de dados, de forma complementar às entrevistas. Ao refletir sobre o cenário contemporâneo no qual a alimentação está inserida, a internet, em especial as redes sociais, é um canal que possui papel de destaque. Meio de comunicação e *marketing*, a rede é vista, por Gil (2010), como uma fonte secundária legítima de dados e informações.

A *cyber* etnografia ou *netnografia* é um método de pesquisa online que visa explorar informações oriundas da internet, por meio da interação social mediada por computador. Pode-se rastrear os temas e atores, pesquisando, por exemplo, *hashtags* (#), comentários, engajamentos e publicações sobre os temas. Essa pesquisa não teve a pretensão de desenvolver essa metodologia, visto que, poderia configurar uma nova pesquisa ou dar uma profundidade ao estudo que não caberia nos prazos de um mestrado. Porém, de maneira complementar, fez-se uma breve análise das publicações no perfil profissional do *Instagram*® de cada participante.

Seguindo as premissas éticas implícitas a uma pesquisa realizada com seres humanos, a análise não teve a intenção de expor os participantes ou promover julgamentos. A consulta serviu para refletir sobre a hegemonia do paradigma na formação e na atuação dos profissionais; as incongruências com os próprios discursos; a pressão sociocultural que os especialistas sofrem e até a expectativa do público que demanda pautas e informações recorrentes.

Para garantir que não haveria nenhuma ‘invasão de privacidade’, foram utilizados dois critérios para definir se as redes sociais seriam inseridas na análise: primeiro, se o entrevistado utilizava as redes sociais como meio profissional de divulgação de informações (pergunta inserida no roteiro de entrevista); e, se o perfil era de livre acesso (ou seja, aberto à toda rede). Em caso positivo, a rede social seria considerada uma fonte de dados legítima para comparação e complementação do material gravado durante a análise.

Definiu-se um período de 60 dias²⁶ para o acompanhamento das publicações feitas pelos participantes para analisar o tipo de conteúdo desenvolvido e qual a sua relação com o tema pesquisado e, uma maneira de fazer possíveis correlações com a entrevista concedida.

Devido ao comitê de ética só ter emitido a aprovação da emenda final no mês de novembro, o período de coleta de dados foi imediatamente iniciado para viabilizar a análise. Coincidentemente, o fim do ano é um momento no qual surgem diversas propagandas sobre ‘projeto verão’, dieta para ter o ‘corpo da praia’, como lidar com os exageros das festas comemorativas, *detox*, entre outras. Enfim, um período peculiar para observar os discursos e a maneira pela qual esse conteúdo é divulgado.

Após a coleta de dados, na fase de análise e interpretação dos dados das entrevistas, optou-se pela análise de discurso (AD). A AD é descrita como uma teoria que promove o cruzamento de diversas disciplinas. Em geral, trata-se de uma análise da fala em contexto. Gondin e Fischer (2009) complementam:

(...) ela ajuda a compreender como as pessoas pensam e agem no mundo concreto. A história, o contexto e a posição social concorrem para as produções discursivas. O enunciador do discurso, portanto,

²⁶ O acompanhamento das publicações ocorreu entre 15 de novembro de 2019 e 13 de janeiro de 2020.

não é somente um sujeito empírico, um sujeito da experiência e da existência individualizada no mundo, mas sim um sujeito discursivo, cuja história pessoal se insere na história social, ideologicamente marcada (p.12).

Através da análise do discurso, reconhece-se a dubiedade de uma mesma palavra, frase ou construção. Além disso, permite vir à tona as contradições dialéticas que mostram o jogo que desempenham (FOUCAULT, 1995). Isso se dá devido às múltiplas vozes sociais que se encontram na enunciação do sujeito e do discurso. Busca-se, também, compreender o sentido para além do que foi dito verbalmente, ou seja, os silêncios, os interstícios, os elementos simbólicos e qualquer outro signo que possa significar algo e que não foi dito no discurso (MACEDO et al, 2008). Essas autoras revelam que “a riqueza de qualquer texto está no fato de que ele pode ser simultaneamente um ‘objeto de significação’ e um ‘objeto de comunicação cultural entre sujeitos’. Estes dois aspectos na verdade se complementam” (p.653).

Segundo Caregnato e Mutti (2006), há pelo menos 57 maneiras diferentes conhecidas como AD; esse número se justifica pelas diversas vertentes, linhas e enfoques que ela pode ter. Um dos autores referência em AD é Foucault – seu método é definido como arqueogenealogia.

Para Foucault (2014), o discurso constitui uma série de acontecimentos que situa o sujeito em uma determinada dimensão histórica e é através da linguagem que se materializam os enunciados. Ele propõe o entendimento do discurso no plural, como discursos; afinal, trata-se de um objeto que faz parte de uma luta política, ligados aos poderes, a fim de produzir efeitos de verdade.

Os discursos possuem suas regras internas e externas, são organizados e determinam os sentidos por onde passam; disseminam-se pela trama social e assim, resultam em uma complexa rede. O autor afirma:

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 2014, p. 8-9).

Nesse sentido, a tarefa da análise de discurso é revelar as regras de formação na produção dos discursos, afinal, o discurso está “longe de ser esse elemento transparente ou neutro” (p.9).

Foucault (2014) descreve os procedimentos que formam os discursos, os quais se dividem em internos e externos. Os **procedimentos externos** são divididos em: interdição, separação/rejeição e vontade de verdade. **Interdição** é quando “não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (p. 9). Dentro desse procedimento inclui-se o tabu do objeto; ritual da circunstância; direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala; **Separação/rejeição** também conhecido como segregação da loucura, em referência ao período do surgimento dos manicômios, diz respeito ao discurso de algum sujeito que não pode circular como o dos outros. De maneira que, sua palavra é considerada nula, não é acolhida; não tem verdade e nem importância; não podendo testemunhar na justiça; não podendo autenticar um ato ou um contrato. Ao contrário do que se pode pensar inicialmente, esse procedimento não está extinto, apenas se manifesta de maneiras diferentes; A **vontade de verdade** é o procedimento que se sustenta sobre um suporte institucional, em especial, o modo como socialmente o saber é aplicado, valorizado, distribuído, repartido. Esses discursos têm ligação direta com o desejo pelo poder; estão disseminados por todo o tecido social e tendem a influenciar outros discursos. Foucault exemplifica a questão da loucura na qual houve um empenho de diversas instituições a fim de produzir uma verdade: o médico que diagnostica; o psicólogo que endossa; a o sistema penal que aplica a lei. Em resumo, Ferreira e Traversini (2013) afirmam que:

Esses procedimentos – interdição, separação e rejeição, vontade de verdade – são exercidos, de certa forma, no exterior dos discursos; são independentes deles e lhes impõem limites de circulação. Outros, contudo, localizam-se internamente, são desempenhados pelos próprios discursos e têm a função de controlar a sua dimensão de acontecimento - suas características aleatória e dispersa (p. 214).

Os **procedimentos internos** são: comentário; autor; disciplinas e rarefação. O **comentário** é um tipo de procedimento o qual é responsável por criar um desnível com a narrativa inicial. Ou seja, “coisas ditas uma vez e que se conservam, porque nelas se imagina haver algo como algum segredo ou uma riqueza” (Foucault, 2014 p. 21) “O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta” (p.25); O **autor** não refere a uma pessoa que disse algo, mas o sentido maior, dito anteriormente, no plural. Há discursos que não necessitam de uma ‘referência’ para serem endossados, mas há outros campos como a filosofia, a literatura e a ciência

que evocam um autor para dar credibilidade à fala; A **disciplina** é o terceiro procedimento interno de controle da produção do discurso. “Elas agem no sentido inverso do comentário e do autor. Contrárias a este, as disciplinas estruturam-se de forma anônima à disposição de qualquer um que possa acessá-las” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 214). Não necessariamente tudo o que uma disciplina produz é verdade. Foucault (2014) exemplifica:

A medicina não é constituída de tudo o que se pode dizer de verdadeiro sobre a doença; a botânica não pode ser definida pela soma de todas as verdades que concernem às plantas. Há, para isso, duas razões: primeiro, a botânica ou a medicina, como qualquer outra disciplina, são feitas tanto de erros como de verdades, erros que não são resíduos ou corpos estranhos, mas que têm funções positivas, uma eficácia histórica, um papel muitas vezes indissociável daquele das verdades (p.29 e 30).

Por fim, a **rarefação** faz parte de um grupo de procedimentos que funciona de modo “a determinar as condições de funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles” (Foucault, 2014, p. 35). Rarefação é, portanto, a diminuição dos sujeitos que falam, pois há regras e exigências para estar qualificado à fala. Como exemplo, pode-se mencionar o diploma de uma instituição que assegura à população uma ‘garantia’ de que os alunos estão qualificados ao mercado. Essa seria apenas a primeira ‘barreira’, mas há outras. Foucault afirma que “nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis” (p.35); de modo a criar diferenciações – as restrições relativas à mestres e doutores, por exemplo, para publicações em revistas.

Enfatizo que durante a análise e interpretação dos dados, algumas categorias foram muito presentes, como por exemplo a vontade de verdade, mas outras apareceram menos como o comentário e a disciplina. Optei por deixar todas as descrições teóricas a fim de facilitar o entendimento e pontuar que há muitos procedimentos descritos pelo autor.

Como se percebe o método foucaultiano, assim como toda sua obra, é denso e complexo. Essa pesquisa tem por base seus conceitos, por se tratar do grande delineador que o autor foi para as reflexões, mas não se utilizou aqui estritamente o método arqueogenealógico. A pesquisa incorporou outras referências sobre pesquisa qualitativa e maneiras de realizar a análise do discurso.

A AD para Macedo e colaboradores (2008) incorre na leitura exaustiva do material, para explorá-lo e construir o tratamento e a interpretação dos dados. Para cultivar um olhar multidimensional, Barros (2004) orienta que é necessário a contemplação de três dimensões: o **intratexto** - corresponde aos aspectos internos do texto; **intertexto** - diz respeito ao relacionamento de um texto com outros; e, o **contexto** - corresponde à relação do texto com a realidade que o produziu e que o envolve, equivalendo aos aspectos externos do texto.

A fim de facilitar a AD e organizar os dados obtidos, sistematizou-se a interpretação em três etapas. Apesar do número de entrevistas ser numericamente pouco expressivo (n=6), o volume de informações e discussões que emergem desse banco de dados foi significativo. A análise de dados poderia ser realizada de diversas maneiras; no entanto, optou-se por um modo que pudesse abranger não só o conteúdo das entrevistas como também os significados, as disputas de poder e todos os procedimentos internos e externos que envolvem os discursos.

A primeira etapa constituiu-se a tentativa de compreender o que emergiu em cada entrevista como mensagem principal, o contexto que a envolveu, o que buscou ser revelado ou escondido por cada interlocutor. De modo geral, foram privilegiados todos os aspectos que envolveram a entrevista desde a sua marcação; o local; o tempo; as expressões faciais; os silêncios; tudo que não foi falado, mas expressado de alguma maneira; e o relacionamento estabelecido entre entrevistado e entrevistador.

O objetivo principal dessa etapa foi compreender o contexto em que cada entrevista ocorreu. A pesquisadora esforçou-se para ser uma observadora do que ocorria no momento da entrevista, como proposto por Yin (2016), pois tudo pode transmitir informações significativas – em especial os símbolos de prestígio em um consultório, ou no próprio profissional.

A segunda etapa buscou fazer uma análise das perguntas e das respostas de modo a contemplar a comunicação por meio das palavras, objetivou assim a compreensão intratexto.

A principal habilidade a ser cultivada durante a conversa é a capacidade de escutar. Para além do senso de audição, tal capacidade convoca todos os sentidos, e ainda,

a intuição. Entre os exemplos está o humor do entrevistado; as roupas; os gestos; as micro expressões; a cordialidade ou altivez; a entonação e o volume da voz, tudo isso é tão importante quanto as palavras ditas (YIN, 2016).

E, não menos importante, a terceira etapa visou realizar um mapeamento do discurso pontuando quais os procedimentos internos e externos foram percebidos no discurso falado nas entrevistas, conectando-o ao discurso das redes sociais. Ou seja, relacionando as informações obtidas ou acessadas como um modo de analisar o discurso não da pessoa física - que como supramencionado não teve como intenção o julgamento de condutas e discursos - mas a análise mais profunda do contexto sociopolítico e cultural no qual todos estamos inseridos, sendo, portanto, inerente que nos afete.

Ressalto que, durante todo o processo a bibliografia foi mobilizada de forma transversal à análise. Para além dessa estratégia, é possível visualizar no quadro abaixo, o resumo de cada etapa proposta.

ETAPA		OBJETIVO	FOCO
1	Análise individual das entrevistas	Impressões Imagem transmitida	Contexto
2	Análise de perguntas/respostas	Mensagem comunicada	Intratexto
3	Mapear o discurso a partir das entrevistas e publicações da rede social	Conexão de informações	Intertexto

Quadro 02: Resumo das etapas de análise de discurso (AD)

3.1.1 – Entrevista Piloto

Por se tratar de um estudo qualitativo com um número de participantes pequeno, o roteiro de entrevista precisava ser muito bem desenhado para contribuir com as questões conceituais desenvolvidas nos capítulos teóricos.

Dessa forma, desenvolvi um roteiro de entrevista piloto para verificar, testar e fazer os devidos ajustes. Convidei duas colegas nutricionistas com o perfil semelhante ao proposto na pesquisa para colaborarem com o teste. Conscientemente, elas foram escolhidas por terem condutas opostas na minha percepção – uma mais prescritiva e outra menos; de modo que isso poderia contribuir para reflexão das perguntas e

temas chaves inclusos ou esquecidos no roteiro. Assim, seria possível contemplar as duas categorias conceituais, vistas inicialmente como maneiras muito distintas.

Após combinar dia e horário, fui até o local de atendimento de cada profissional para realização das entrevistas. Ir ao encontro dos participantes era uma estratégia para minimizar o transtorno e, também, para observar *in loco* o ambiente onde os pacientes eram atendidos.

A primeira entrevista foi realizada com uma colega de profissão com mais tempo de formada e experiência; tem em sua atuação um perfil que vai ao encontro das propostas da nutrição menos prescritiva e atenta às questões psicossocioculturais. Percebi que suas respostas eram mais elaboradas; levou mais tempo para responder e seu conteúdo evidenciou questões que permeiam a categoria do cuidado, como a ética, a humanização e a abordagem centrada na pessoa.

Os gestos com as mãos e o movimento dos olhos sinalizavam indícios de que ela estava pensando, resgatando ou elaborando respostas o mais próximo da sua realidade; em muitos momentos deu exemplos, para reafirmar sua posição; demonstrou propriedade sobre cada temática e ao mesmo tempo, manteve uma postura relaxada e aberta à conversa.

Essa entrevista foi importante pois, em vários momentos a profissional afirmou que não tinha entendido bem a pergunta, dessa maneira, me ajudou a repensar, reescrever e ser mais clara no roteiro. O tempo total de duração foi de 1 hora e 30 minutos.

A segunda entrevista, expôs fragilidades, tensões e pontos transversais ao controle e às práticas hegemônicas, a começar pelo ambiente. A profissional atende em uma clínica médica a qual tem outras salas disponíveis – todas ocupadas por especialistas da área da medicina, em especial da medicina estética. A sala de espera tem um '*design clean*' – asséptico. Ao chegar, fui recebida por uma atendente e me sentei nas cadeiras para aguardar.

As cadeiras chamavam a atenção, pois, eram modelos estreitos que não comportariam pessoas com corpos maiores; o que torna o ambiente pouco acolhedor e, de alguma forma, já poderia ser analisado como um elemento de

rejeição simbólica – que não está preocupado e nem preparado para atender esse perfil de paciente.

Outra observação feita, foi a mesa lateral que exibia folhetos sobre procedimentos estéticos – ‘novidades’ e, revistas de moda/saúde/beleza; isso também se caracteriza como um signo importante de dominação e perpetuação da ditadura da beleza, analisado sob a ótica de Wolf (2018).

Ao entrar no consultório, expliquei sobre a pesquisa e a importância desse teste piloto para ajustar o roteiro de perguntas. A entrevista teve uma duração aproximada de 50 minutos. Essa diferença no tempo entre a primeira e a segunda entrevista, justifica-se, entre outras possibilidades, pelo tipo de resposta dada: em sua maioria, respostas breves e objetivas. Ela evitava prolongar as discussões de cada tema. De certo modo, parecia ter pressa ou estar incomodada com a situação. É natural que profissionais se sintam julgados ou avaliados em situações de pesquisa, visto que, culturalmente vivemos em uma sociedade que incentiva a competição e, além disso, quando se trata de pessoas autocríticas, é natural que pensem que os outros também estão sendo críticos ao olharem ela. É comum que as pessoas se sintam incomodadas quando em situações de vulnerabilidade. De modo que é valorizado a ideia de que devemos saber todas as respostas e ter domínio sobre tudo (BROWN, 2016).

Logo no início da entrevista pontuei o quanto ela estaria contribuindo para que eu pudesse aprimorar o roteiro de perguntas e não havia respostas do tipo certo ou errado. Apesar de não usar os dados como parte da AD, algumas afirmações chamaram a atenção:

Eu estabeleço uma **meta irreal**, muito acima do que eu sei que o paciente é capaz, só para ver até onde ele pode chegar. Para ele dar o seu máximo **(grifos da pesquisadora)**.

Gosto quando o paciente me liga, me manda mensagem, pois, sei que de alguma maneira ele está **dependente de mim** e isso é bom, sinônimo de que está **engajado (grifos da pesquisadora)**.

A maioria dos pacientes não segue a dieta prescrita, mas, não tenho muito o que fazer se o paciente não se empenhar e **obedecer às minhas orientações**, afinal foi para isso que ele me procurou **(grifos da pesquisadora)**.

As afirmações acima, levam à reflexão sobre alguns conceitos que permeiam o relacionamento profissional-paciente como empatia, motivação, autonomia,

engajamento e autoridade/poder/hierarquia. Essa entrevista-piloto também contribuiu para reforçar a importância da observação de elementos e símbolos que pudessem encarnar o controle e o cuidado, a depender de como são utilizados.

Dentro do consultório havia a presença de diversos elementos, como por exemplo: o uso do jaleco; o ambiente asséptico; livros teóricos nas prateleiras; e inclusive, o elemento de maior destaque no ambiente era a balança de bioimpedância. Aliar o discurso falado ao não falado, é fundamental para compreender o jogo que os envolve.

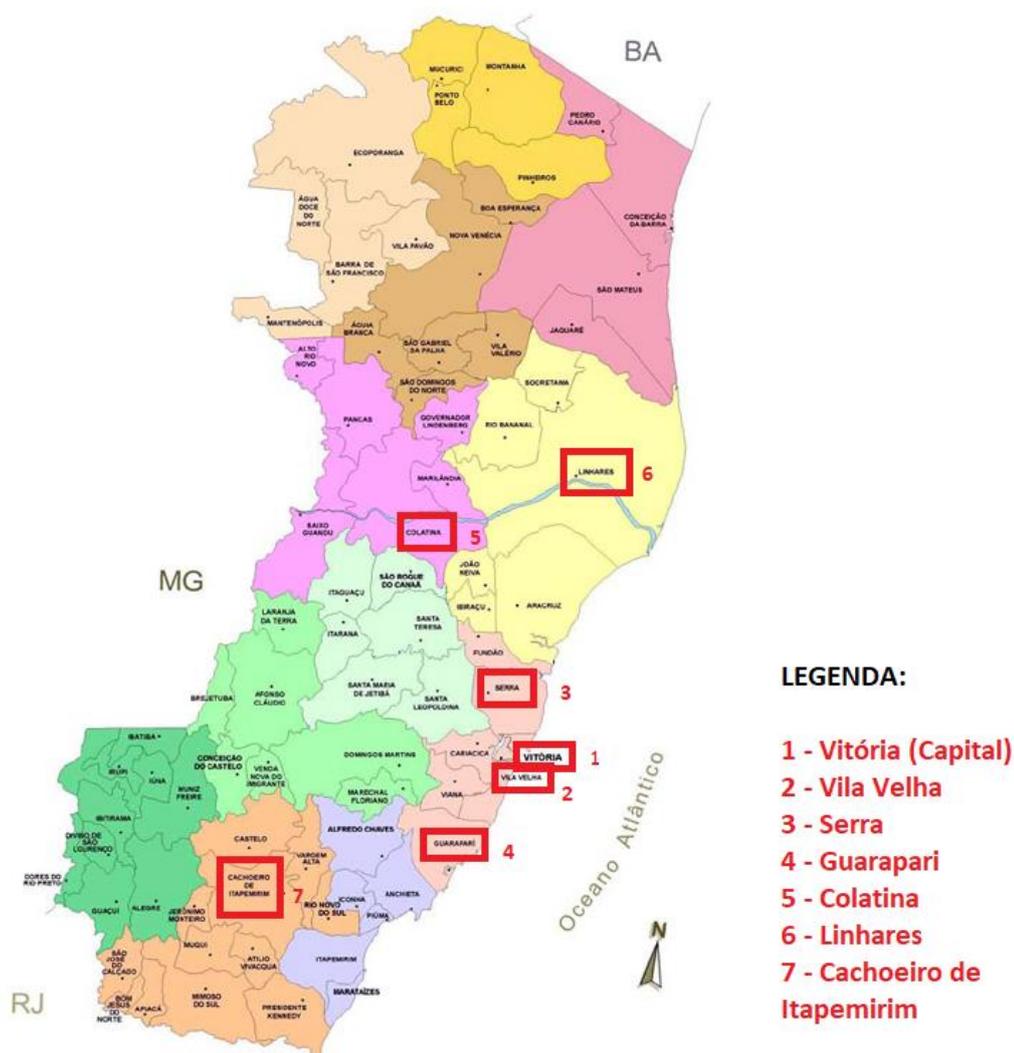
De modo geral, as conversas foram extremamente enriquecedoras e contribuíram para a continuidade e execução das etapas da pesquisa. Ao fim das entrevistas-piloto algumas perguntas foram retiradas, por motivo de similaridade com outras; outras foram reorganizadas; e, outras ainda foram reescritas em busca de maior clareza. Antes dos testes, o roteiro de perguntas tinha aproximadamente 55 questões, e sua versão final, 43. Em resumo, o estudo piloto foi a oportunidade para praticar e se familiarizar com todas as etapas da entrevista de campo.

3.1.2 – Sujeitos e procedimentos da pesquisa empírica

A seleção para encontrar os potenciais participantes não foi uma tarefa fácil. Em primeiro lugar, realizei uma pesquisa na internet a fim de encontrar todas as instituições de ensino superior do estado do Espírito Santo; há atualmente um total de sete instituições de ensino superior no estado que oferecem a graduação em nutrição - algumas possuem mais de uma unidade/polo.

A Universidade Federal (UFES) foi excluída da lista, visto que os docentes possuem dedicação exclusiva e não preencheriam o critério de inclusão inicial desta pesquisa. A UFES é a única instituição de ensino pública do estado do ES. De modo que, o perfil dos cursos oferecidos pelas IES é similar – todas particulares e com duração de quatro anos.

Coincidentemente, as IES estão localizadas de modo estratégico: ao sul, ao norte e na grande Vitória. Para ilustrar, destaca-se no mapa abaixo as cidades contempladas:



Quadro 03: Mapa do Espírito Santo, destaque para municípios com instituições de ensino superior em Nutrição

Dessa maneira, por não se tratar de muitas instituições, optei por fazer contato com todos os coordenadores, a fim de buscar essas informações sobre profissionais com dupla jornada: atuação docente e clínica. Em um primeiro momento, imaginei entrevistar profissionais apenas na grande Vitória. Porém, o número de profissionais com o perfil desejado é bem restrito. Além disso, as IES localizam-se a uma distância não muito grande, um raio de 130 km a partir da capital Vitória, de modo que foi viável ir aos municípios e realizar as entrevistas.

A proximidade da pesquisadora ao campo de pesquisa foi condição descrita por Poupart (2012) como favorável para promover uma boa compreensão do grupo pesquisado.

Iniciei o processo de contato telefônico com os coordenadores dos cursos listados; após as devidas apresentações, pessoal e da pesquisa, prontamente auxiliaram a listar profissionais que trabalhavam no local, e que preenchiam os critérios da pesquisa. Foi então, a partir dessa lista de indicações dos coordenadores de curso que os potenciais participantes foram pré-selecionados. A lógica da escolha de casos não foi baseada em amostra estatística, pois, não visava quantificar ou relatar fatos, mas sim, conhecer um campo pouco explorado cientificamente.

Após a realização de um contato telefônico e, as devidas apresentações, as entrevistas foram agendadas em dia, horário e local que melhor atendesse à demanda dos participantes. Yin (2016) reforça que os locais desejados para realização das entrevistas devem seguir o que for mais conveniente para o participante.

Após esse procedimento inicial, obtive uma lista de onze profissionais que preenchiam os critérios de inclusão no estudo; dessa lista, dois profissionais não atenderam ou responderam mensagens. Portanto, o convite para a participação na pesquisa foi feito à nove profissionais, porém, nem todos tinham disponibilidade; sete sinalizaram positivamente para a participação, entretanto, apenas seis se concretizaram devido à (in)compatibilidade de agendas.

Conforme mencionado anteriormente, as entrevistas deveriam ocorrer pessoalmente, de acordo com as possibilidades de cada participante. Inicialmente, almejava que pudesse marcar as entrevistas nos respectivos consultórios dos profissionais, pois assim, poderia ser observado o local de atendimento e a presença de objetos simbólicos. Entretanto, de forma natural os participantes sugeriram outros locais que eram mais cômodos.

Das seis entrevistas, duas aconteceram nas IES que os nutricionistas são docentes; uma em um ponto comercial próximo a residência do participante; uma no consultório da participante; uma em um hospital no qual o participante trabalha e, uma aconteceu na IES onde eu, pesquisadora estudo, pois era próximo ao local de atendimento do participante (sugerido por ele mesmo).

A princípio, o ambiente que se realizou cada entrevista não pareceu interferir negativamente. Apenas uma delas que se tratava de um ponto comercial mais

barulhento, exigiu uma dedicação maior na hora da transcrição devido aos ruídos, mas nada que comprometesse. Entendi que facilitar o encontro era mais importante do que exigir um local idealizado – o consultório, pois, como se percebe, são poucos os profissionais que possuem essa dupla atuação, conforme a pesquisa apontou.

Outro ponto importante, é que a medida que os próprios entrevistados escolhiam os locais de entrevista, pude ter uma noção inicial do nível de intimidade, segurança e aceitação por parte de cada um. Podendo-se dividir as entrevistas em duas categorias quando ao local: pessoal (ambientes familiares para o entrevistado) ou impessoal (ambientes comerciais).

O primeiro momento de cada entrevista foi destinado à explicação sobre o roteiro de perguntas, a importância da participação de cada um; em seguida, a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 3), o qual todos assinaram e, também concordam com a gravação do áudio da entrevista - para posterior transcrição.

Outro ponto muito relevante nesse primeiro contato foi o esclarecimento sobre o objetivo da entrevista, a qual não tinha qualquer intenção de promover julgamentos em relação a atuação, práticas ou discursos de cada participante. Em momento algum as respostas seriam avaliadas por categorias de certo ou errado, a maior proposta foi refletir e investigar as influências, os contextos, as práticas, as ideias que perpassam os conceitos que a pesquisa enfatiza: controle e o cuidado de si. Esse movimento se deu na tentativa de minimizar o desconforto que uma entrevista poderia causar. Reduzindo-se também as possibilidades de informações desconectadas da realidade ou imprecisas.

Apesar desse esforço, isso não significa dizer que não há distorções do cenário analisado. Até mesmo porque, segundo Poupart (2012, p. 223) “na concepção construtivista, os ‘informantes’ agem como interpretes, apresentando diferentes reconstruções parciais e parcelares da realidade”. Além disso, na proposta da AD, o analista também é um intérprete “que faz uma leitura também discursiva influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças, suas experiências e vivências; portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 682).

Cabe aqui a ponderação de que a minha presença como pesquisadora, nutricionista e especialista em comportamento alimentar pode ter influenciado o discurso dos informantes, visto que metade dos entrevistados já me conheciam pessoalmente ou por meio de redes sociais. Além disso, ao me apresentar formalmente no início de cada entrevista, relatei minha prática profissional e meu interesse por essa área de estudos.

3.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO

Após a fase de coleta de dados, todas as entrevistas gravadas foram transcritas para análise. A transcrição constituiu-se como uma maneira eficaz de resgatar na memória detalhes com relação à entonação, abertura, tempo entre pergunta e resposta e até mesmo, as interferências que fiz durante as entrevistas.

E, um detalhe importante percebido, é que conforme fui me familiarizando cada vez mais com o questionário, me senti mais à vontade e, com isso a entrevista fluía melhor, tornando-se uma conversa agradável e natural.

Outro ponto é que, à medida que as entrevistas foram acontecendo ou mesmo durante a análise, surgiram novas perguntas ou ideias decorrentes daquelas respostas. Isso demonstra que a pesquisa poderia tomar outros caminhos, se aprofundar ainda mais ou, provavelmente, servir de base para outros projetos de pesquisa. Esses *insights* foram incluídos nas considerações finais.

Para facilitar a compreensão e a organização, conforme descrito na metodologia, as análises das entrevistas estão organizadas em três etapas, descritas a seguir.

3.2.1. Primeira etapa: Análise Global das entrevistas

Por se tratar de um estudo de caso, o número de entrevistados (N=6) é significativo, e proporcionou uma pluralidade importante. De maneira que, o contexto envolvendo as entrevistas também foi diverso. Por esse motivo, justifica-se essa primeira etapa, a fim de 'reconstruir o cenário' que envolvia cada conversa, o vínculo estabelecido, as condições ambientais e o que cada profissional deixou como mensagem principal. De acordo com os autores mobilizados, a AD deve buscar contextualizar

os discursos e acontecimentos, de modo que as narrativas não são aleatórias ou neutras. Segue abaixo cada entrevista e suas respectivas impressões.

✓ **Entrevista 01:**

Realizada em um ponto comercial próximo à casa da entrevistada, sugerido por ela mesma a fim de facilitar seu deslocamento. O local estava vazio e a conversa pode acontecer de modo tranquilo. Entretanto, a rua era bem movimentada e o fluxo de carros influenciou na gravação da entrevista, de modo que, no momento da transcrição necessitei de uma atenção maior e assim, nenhum trecho ficou inaudível.

Até o dia em que aconteceu a conversa, a profissional só atendia no sistema *personal diet*, ou seja, atendimento em domicílio. E por esse motivo, não poderia me receber em um consultório. Entretanto, no ano de 2020 iniciou seus atendimentos em parceria com uma clínica voltada para terapias holísticas – constatado via divulgação nas redes sociais. Esse tipo de atendimento permite ao profissional um desprendimento de vários elementos simbólicos. Além disso, por se efetuar em um espaço íntimo e conhecido do paciente, torna-o mais aconchegante. Em contrapartida, também pode vir a se tornar uma invasão de privacidade – dependente do comportamento do profissional.

Essa entrevista teve uma característica diferente de todas as outras, pois, por ser a primeira, apresentou traços mais formais de apresentação, da leitura das perguntas exatamente na ordem do roteiro e de toda a condução do processo de entrevista. Compreendido como normal, e não influenciando negativamente o desempenho ou as respostas da entrevistada. Mas quando se escutou o áudio, percebeu-se claramente as pausas maiores e uma certa dificuldade de fluidez.

Não nos conhecíamos pessoalmente ou virtualmente, sendo o primeiro contato no dia da conversa. Seu estilo de roupas, acessórios, jeito tranquilo de falar, indicavam estar alinhada ao estilo oriental. Ao iniciar sua apresentação, descreveu todo seu interesse pelas abordagens orientais e pelas práticas integrativas e complementares (PIC):

Já fiz especialização em nutrição humana (...) já fiz especialização em fitoterapia (...); mestrado em farmácia; formação em **homeopatia**; mestrado em **reiki**, e agora formação em **ayurveda** (grifos da pesquisadora).

Questionada sobre a motivação para buscar cursos diferentes e pouco convencionais entre os colegas de profissão ela respondeu:

Eu acho a **nutrição muito limitada**. Porque dentro das diretrizes da nutrição, engloba o tratamento holístico do paciente. A nutrição é uma **ciência holística**. Porém, eu percebo uma **insuficiência teórica e prática** 'pra' você atender um paciente de uma forma mais holística. E 'ai' eu comecei a partir **para outras áreas que complementasse (grifos da pesquisadora)**.

A entrevistada dedica boa parte de seu tempo à docência, mas também aos atendimentos clínicos, os quais se iniciaram por demanda dos próprios alunos. Em diversos momentos apontou sua inclinação à conceitos e práticas que se inserem no contexto que compreende o ser humano como um todo. Inclusive, afirmando da necessidade de articulação entre teoria e prática para que os alunos possam vivenciar experiências e dessa maneira estarem mais aptos a lidar com os pacientes.

O estágio configura-se para ela como uma possibilidade de vivência e aproximação com a realidade e prática clínica. Entre as maiores dificuldades, relatou a falta de maturidade dos alunos; e o principal papel no educador nessa área é a humanização.

Durante toda a entrevista se mostrou tranquila e serena nas respostas. Exceto na temática sobre a internet e papel das redes sociais, na qual se mostrou irritada e preocupada com todo o caos provocado pelo excesso de informações e inverdades que são transmitidas por leigos e peritos.

✓ **Entrevista 02:**

Trata-se do único encontro que aconteceu em consultório particular. Partiu da profissional a iniciativa de agendar o dia e o horário – escolhido em um que não haviam pacientes – exclusivo para conceder a entrevista.

O consultório localiza-se em um prédio comercial; na porta da sala havia uma placa com o nome da profissional, sua especialidade e um telefone de contato. Ao entrar, havia uma pequena sala de espera composta por algumas cadeiras, mesinhas de apoio que exibiam revistas de beleza à disposição dos pacientes.

As revistas constituem-se como um símbolo importante do século XXI. Wolf (2018) defende que foi utilizando-se das revistas como meio de comunicação em massa

que se reproduziu e reforçou ideias sobre o que é ser mulher, o que ser sexy, o corpo ideal e claro, a promoção de dietas e produtos de beleza necessários para atingir a perfeição e relacionado ao universo feminino.

Ao entrar no consultório, havia uma mesa grande que dividia e proporcionava um afastamento significativo entre profissional e o paciente. Do lado das duas cadeiras destinadas aos pacientes, havia uma pequena mesa e uma cadeira de plástico com brinquedos, papel e canetas para crianças. Colorido e lúdico, o cantinho destinado ao público também contatava com um adesivo na parede para aferir a altura que ilustrava uma girafa. No decorrer da conversa, a entrevistada mostrou outros três materiais didáticos que também utiliza durante as consultas – para crianças e mães/adultos. Isso demonstrou empatia e atenção aos detalhes na orientação dos pacientes conforme sua realidade física, mental e social. Além de possibilitar uma linguagem acessível e adequada a cada público atendido.

Demétrio e colaboradores (2011) defendem que é fundamental a promoção de um ambiente mais favorável à criatividade e ao acolhimento. Quando o espaço de atendimento consegue ofertar esse acolhimento, buscando responsividade, autonomia e satisfação, é chamada por Ceccim e Merhy (2009) de territórios, que findam em uma relação terapêutica.

A linguagem e as expressões utilizadas pela entrevistada, curiosamente, apresentaram muitas palavras no diminutivo: “pratinho”; “mãezinha”; “comidinha”; “jeitinho”; “calculadinha”; “perfeitinha”. Isso se revelou em momentos em que se referia ao seu público alvo, crianças; mas também quando se referia às mulheres, gestantes ou mesmo aos alunos.

As suposições a respeito dessa questão envolvem três vertentes: a princípio, pelo público alvo atendido, a linguagem utilizada pode ser uma tentativa de aproximação ao mundo das crianças. O atendimento de outros profissionais da saúde diante do mesmo público também se caracteriza pela utilização de palavras no diminutivo – o que pode configurar uma estratégia negativa e inserida na categoria controle, pois, em última instância, o uso de determinadas palavras, como ‘mãezinha’, destitui o sujeito de sua identidade.

A segunda hipótese, consiste na ideia de infantilizar as relações, podendo isso vir a configurar também uma relação de dominação (controle) diante de alunos e pacientes – em ambas situações se colocando de forma hierárquica. E, a terceira teoria, supõe uma preocupação ou até medo, em se expressar. Ao manter um discurso que aparenta ser carinhoso e cativante, ao mesmo tempo, a ideia de querer não desagradar, ser simpática e assim, convencer ou conduzir a um determinado caminho que ela acredita; seu tom de voz contribuía e reforçava isso; era suave e seu jeito de falar era pausado, pensado, de certa maneira posso descrever como envolvente por ser agradável.

Ainda sobre o espaço físico, na mesma parede, de costas para o paciente, ficava a balança para aferir o peso de adultos. Discreta, ela demonstrou não ser tão relevante no ambiente; já seu discurso apresentava pontos em que o peso era central, mas isso não parecia ser o único critério e, nem o mais importante.

As estantes contavam com livros técnicos de nutrição, destacando-se como parte da ‘decoreção’ do ambiente; o que não é de se estranhar, culturalmente é um símbolo de status, poder. Isso poderia vir a sinalizar em algum nível uma hierarquia ou, como proposto por Foucault (2014) um direito privilegiado do sujeito que fala – o perito.

Logo no início da conversa, fez questão de pontuar sua posição de especialista, legitimada com um título: “mas a graduação é fundamental ‘pra’ gente estar aqui né”. Isso remete ao procedimento de exclusão definido por Foucault (2014) como segregação da loucura – demonstrado nessa fala a partir de um contexto ‘moderno’, que condiciona e valida discursos a partir de um dispositivo de controle, a universidade.

E, em outros diversos momentos, ao longo da entrevista, se posiciona a partir do cargo que ocupa como coordenadora do curso – o que foi um tanto quanto curioso, visto que o ambiente da entrevista era seu próprio consultório e os critérios da entrevista não estavam embasados em seu cargo de coordenação

Eu preciso passar o que a gente tem de referência, porque os alunos precisam ter uma referência.

A gente tem falado muito de habilidades e competências. O MEC tem exigido muito isso da gente.

A entrevistada buscou a todo momento a neutralidade que se efetivou no discurso atento e preocupado expresso por exemplo no trecho a seguir: “eu estou medindo as palavras para pensar” e, em “eu tento manter uma conduta neutra, porque sou professora”. Isso endossa o que Foucault (2014) descreve sobre a produção do discurso; pois, o mesmo é sempre controlado, selecionado, organizado e redistribuído por procedimentos. A entrevistada se portou durante toda a entrevista de modo a organizar seu pensamento e suas respostas; antes de todas as respostas, repetia a si mesma a pergunta em voz alta; também ponderou a imagem que gostaria de transmitir, visto que, falava não como pessoa física, mas como professora e coordenadora do curso de uma IES.

Inclusive, outro destaque é que, eu enquanto pesquisadora, não conhecia pessoalmente e nem virtualmente a entrevistada. Porém, ela relatou me conhecer das redes sociais e acompanhava minhas postagens. Confirmado por ela no seguinte trecho: “eu repositei um *post* seu outro dia, que falava de autonomia (...) e fez o maior sucesso”.

Esse é um fato interessante para reflexão se foi um fator de interferência na entrevista. Pois, a partir do relato da dela, meu perfil nas redes sociais aparece como fonte de inspiração ou informação que tem credibilidade e repercute em seus próprios pensamentos, publicações e até em seus discursos no consultório. Isto posto, abre-se a discussão sobre o papel que as redes sociais ocupam e, a maneira que podem afetar leigos e peritos na perpetuação de discursos que circulam nas mídias – sejam eles verdadeiros ou não. Como citado anteriormente, a *cyber* pesquisa é uma potente vertente do mundo contemporâneo.

Diversas respostas foram interessantes durante a entrevista, mas a mensagem que mais sobressaiu foi uma controvérsia sobre a importância de saber calcular dietas; o desejo que o paciente siga exatamente o plano prescrito ou calculado; e, em contrapartida, alegou em vários momentos que utiliza muito mais o plano qualitativo; que as mudanças de comportamento são mais preponderantes e que muitas vezes não faz sentido nenhum calcular dietas ‘perfeitinhas’.

Essa controvérsia pode sugestionar o conflito entre a posição dela enquanto coordenadora de curso, que precisa ensinar e cumprir um plano educacional, mas sua experiência clínica demonstra que há outras alternativas para trabalhar a

alimentação que estão para além do cálculo da dieta – especialmente para grupos vulneráveis como as crianças, adolescentes e gestantes, por exemplo.

Ao fim da conversa, a entrevistada me ofereceu bolo e café; comemos e conversamos por aproximadamente mais uns 40 minutos. Todo o bate papo foi muito agradável, um clima cortês no qual não havia pressa ou expressão de algum desejo por encerrar. A gravação da entrevista foi a mais longa; teve uma duração de 1 hora e 20 minutos, mas o tempo de permanência no local foi de 2 horas, pois o momento do café não foi gravado.

De modo geral, o diálogo não aparentou naturalidade por parte da entrevistada, ele foi pensado, preparado (nos mínimos detalhes incluindo uma mesa de lanche) e ponderado de acordo com todas as condições explicitadas.

✓ **Entrevista 03:**

Realizada na universidade em que essa pesquisa se desenvolveu; a pedido do entrevistado, ele sugeriu para que fosse mais fácil o acesso e, próximo ao seu local de atendimento. Justificou que a sala onde realiza consultas particulares é alugada por períodos, dessa maneira se fosse realizado lá teria que pagar pelo uso. Logo, agendamos o encontro em uma sala privada, na qual pode acontecer de forma tranquila a conversa. Isso, igualmente, poderia ser entendido como uma ação de restrição ou distanciamento de sua ‘intimidade’, devido à escolha de um ambiente impessoal.

Salienta-se que não nos conhecíamos pessoalmente ou virtualmente antes dessa entrevista. O primeiro contato se deu via telefone e no momento agendado da conversa.

Me chamou atenção seu pouco tempo de formado (4 anos); mas vasto empenho no seu autodesenvolvimento profissional (2 anos de atuação clínica e 1 ano na docência); já tendo concluído um mestrado e, cursa duas especializações ao mesmo tempo.

Ao todo, a conversa teve uma duração de 1 hora e 15 minutos; ele demonstrou muita serenidade e parecia se sentir ‘especial’ por estar sendo entrevistado. Manteve uma postura ereta durante todo o tempo, não só postura física, mas também na fala e na imagem. Bem apresentado, vestia roupas formais e

transparecia profissionalismo/formalidade. Além dos trajes elegantes, apresentava uma oralidade impecável; a transcrição da entrevista quase não apresenta palavras coloquiais, expressões populares ou gírias. Seu tom de voz também era agradável e fazia muitos movimentos e gestos para ilustrar o que estava dizendo; tudo isso de maneira muito harmônica e delicada.

Assim como a segunda entrevistada, repetia o início de todas as perguntas, organizava e elaborava todas as respostas de modo pausado e pensado. Essa preocupação com sua autoimagem, pessoal e profissional, foi uma das maiores percepções da entrevista. Isso também se manifesta na ênfase dada por ele para a importância e atenção dos aspectos comerciais que envolvem a prática clínica, inclusive alegou que esse foi um dos motivos para ingressar nos cursos de pós-graduação: “demanda do mercado”.

Ele afirmou ser atento às redes sociais e a todas as questões que envolvem a prestação de um serviço de qualidade, observado nos seguintes trechos:

(...) a gente tem que se respaldar, tem que estudar o máximo para você conseguir dar um bom atendimento, passar segurança e, lógico, ter sucesso na carreira.

(...) tem muita coisa que a gente não aprende do ponto de vista de *marketing*, que todo mundo fica associando *marketing* a só divulgação, colocar uma imagem boa no *instagram*, a sei lá, fazer um *outdoor*, esse tipo de coisa. Mas, a gente não tem esse conhecimento tão grande. *Marketing* começa desde o primeiro contato que você tem com uma pessoa, de você tratar bem (...) de você servir o melhor possível.

A gente tem sempre que buscar melhorar né? Então uma coisa que eu já estou para implantar (...) é um formulário pós atendimento. Mas, nada referente à nutrição (...) questões que gostou ou não, o que poderia melhorar no atendimento. Isso já me gera um *feedback* fantástico para eu ir adequando a minha consulta futuramente.

Esse discurso parece sugerir uma forma de adaptação que o profissional encontrava para se adequar às situações e contextos – planeja seus passos conforme a demanda do mercado. Estar conectado às tendências e necessidades é uma estratégia importante no cenário contemporâneo, mas se for considerado que vivemos em uma sociedade transtornada, suas demandas também serão – como é possível de se observar o *boom* de procura por serviços estéticos e dietas da moda.

A impressão é que ele estava respondendo algumas questões como se houvesse algo correto a ser dito ou que eu, enquanto pesquisadora desejasse ouvir. Esses

aspectos estão mais aprofundados na terceira etapa, pois, as publicações nas redes sociais contribuíram para explorar essa reflexão.

✓ **Entrevista 04:**

Realizou-se, a pedido da entrevistada, na instituição de ensino a qual ela ministra aulas. A maneira e o horário no qual foi agendada a conversa, já mostrava indícios de uma profissional muito atarefada e que, a fim de colaborar com a pesquisa, se dispôs com empenho e abriu mão de parte de seu horário de almoço.

Destaca-se que, no início da conversa a profissional relatou já me conhecer pessoalmente – tecendo elogios ao meu trabalho. Um ano antes da entrevista ocorrer, houve um convite da coordenadora da IES a qual ela é docente, para que eu realizasse uma palestra sobre o tema comportamento alimentar. Nessa ocasião, a entrevistada estava na plateia e assistiu à palestra, entretanto, eu só a conheci formalmente no dia descrito aqui.

Mais uma vez, o fato de me conhecer previamente parece ter influenciado de alguma maneira; suponho que nesse caso positivamente, pois ela parecia ter alguma empatia por mim – o que pode ter sido um estímulo ao seu desejo de contribuir com a pesquisa.

No decorrer da entrevista confirmou-se as percepções sobre a correria e a quantidade de compromissos da profissional; a partir de sinais como olhar algumas vezes o relógio; responder mensagens e ligações; e, ao fim quando questionada se haveria algo que gostaria de acrescentar que não tinha sido perguntado, ela respondeu: “nossa, você já fez muitas perguntas (risos), mas foi ótimo!”

Apesar da correria do dia a dia, as respostas não sinalizaram tédio ou qualquer outro indicativo de falta de interesse. Pelo contrário, houve muitas respostas longas, elaboradas e com relatos intensos sobre experiências e memórias – entre todos os entrevistados, ela tinha maior tempo no exercício da profissão. A duração total da entrevista foi de 1 hora e 10 minutos, dentro da média de todas as outras.

Nossa interação aconteceu de forma aprazível, sentadas lado a lado, juntas a uma mesa redonda, localizada em sala restrita de reuniões de professores e alunos. Essa proximidade física, pareceu impactar positivamente no desenrolar da conversa. Estar mais próximo fisicamente contribuiu para a interação pessoal, possibilitou a

troca de olhares e isso pode vir a ser um fator muito relevante para o desenvolvimento de uma relação de parceria, como por exemplo durante uma consulta nutricional.

A maior dedicação atualmente da entrevistada é para a docência; ministra aulas em duas instituições diferentes (e em municípios distantes) e, muito provável por isso, na entrevista surgiram muitas questões e exemplos trazidos por ela em relação ao ensino, ao perfil de alunos e ao futuro da nutrição. A fala e a postura condiziam com essa imagem de educadora, a qual se reproduzia não só na sala de aula, mas também, no consultório. Disse que em muitas consultas utiliza o recurso dos desenhos para ilustrar situações e explicar da melhor maneira para o paciente. O uso de metáforas, também como recurso didático, foi percebido em suas falas e exemplos.

Destaca-se que pelo tempo de experiência (30 anos), foi a entrevista que mais apareceu revelações sobre o modelo biologicista e de como a nutrição foi impactada por esse modelo desde a sua origem. Demonstrado nos trechos a seguir:

Só que a 30 anos atrás não é a mesma coisa que é hoje. A nutrição era vista de uma outra forma. Nós éramos praticamente **'copioterapeutas'** – então o médico que falava sim, e a gente acatava (...) a gente não tinha **autonomia** para mudar uma dieta igual a gente tem hoje no hospital (**grifos da pesquisadora**).

Eles (o mercado) só viam nutricionista atuando em restaurante, porque a **mulher era feita para cozinhar (grifos da pesquisadora)**.

Como eu falei, hoje a nutrição é nutrição. Antigamente, a gente estudava pra **ficar em casa cuidando do marido**. Infelizmente era isso. (...) **Não existia** mestrado em nutrição, pós-graduação... eu vim fazer pós depois, bem depois (**grifos da pesquisadora**).

Essas afirmações corroboram com o capítulo um apresentado no que tange a influência do desenvolvimento da nutrição enquanto profissão; envolvida por um contexto sociopolítico; inserida no modelo capitalista que exacerbaram características descritas como controle. Em resumo, foi uma entrevista agradável, dinâmica e serena – transmitida pela sua voz e jeito calmo de falar.

✓ **Entrevista 05:**

A quinta entrevista também aconteceu com a coordenadora de uma IES. E também por solicitação da entrevistada, ocorreu em sua sala na faculdade, com duração de 1 hora e 10 minutos. Nós já nos conhecíamos pessoalmente e virtualmente; havia sido

convidada, no início do ano de 2019, para ministrar uma aula na instituição a qual ela é docente.

Houve grande dificuldade para conseguir agendar a entrevista; desmarcada duas vezes, justificada pela profissional pela alta demanda de compromissos.

Similar à entrevista anterior com a coordenadora de uma IES, essa também apresentou sinais de uma preocupação com a imagem a ser passada a respeito da instituição, dos alunos, e de si mesma enquanto profissional. Suas falas foram técnicas, pensadas e muitas vezes seguindo uma teoria formal sobre o assunto, evitando aprofundar a discussão e até um certo distanciamento; manteve uma postura ereta e, a hierarquia de seu cargo parecia ser algo valoroso. Em resumo, a entrevistada se colocou de forma reticente ao apresentar seus pontos de vista.

A sala da coordenação contribuiu para essa situação, pois, era composta por mesa e cadeiras em lados opostos e, ainda contava com uma tela de computador que dificultava a interação visual. Além disso, o ambiente era separado por divisórias a qual não tinham boa acústica, de modo que, não se tratava de um ambiente com privacidade total.

A entrevista revelou aspectos desse distanciamento e de uma possível posição 'privilegiada' de poder enquanto coordenadora; ocorreram diversos pontos obscuros e conflitantes na própria fala. Um deles foi seu posicionamento a respeito do perfil de pacientes atendidos em que falou: "o meu perfil é mais voltado para a saúde e qualidade de vida do que modismos e estética tipo 'o corpo perfeito para o verão'"; e, quando questionada sobre os motivos que a fizeram buscar por uma especialização em nutrição esportiva, ela afirmou: "as pessoas buscam muito essa questão do corpo perfeito". De modo que, leva à uma interpretação de que ela deseja suprir essa demanda do mercado. A temática corpo perfeito apareceu novamente quando se tratou das expectativas em relação ao paciente: "porque as vezes nem nós mesmos conseguimos fazer tudo e ter o corpo que todo mundo espera que a gente tenha". Mais uma vez, sugere sua preocupação com o corpo ideal; uma possível cobrança pessoal que pode ser transmitida aos pacientes.

Outro ponto relevante percebido foi a quantidade de vezes em que ela citou nomes de profissionais, instituições ou pessoas ‘famosas’ como referência para sua atuação, observado nos seguintes trechos:

Na **pós-graduação**, a **professora** nos disponibilizou o material que ela tinha como padrão no consultório dela e, eu adaptei para a minha realidade (**grifos da pesquisadora**).

Quando o paciente é de segunda vez, eu trabalho com o questionário que peguei do **ministério da saúde**, que avalia como está o consumo alimentar da pessoa (**grifos da pesquisadora**).

Percebo que por estar dentro de uma clínica médica e receber muita **indicação vindo deles**, o meu perfil é mais voltado para a saúde (**grifos da pesquisadora**).

A partir de conceitos foucaultianos, os procedimentos que emergem dessas falas são: autor e vontade de verdade. Ou seja, autores que dão credibilidade a algo e, instituições ou profissionais que exercem um papel de autoridade no assunto.

Suas falas destacaram muito a IES, e o trabalho que está desenvolvendo na mesma. Os exemplos que citou também pertenciam ao universo da docência – desde a grade curricular, a maneira com que ocorrem atividades avaliativas, problemas frequentes em sala de aula. Isso também foi um ponto marcante de sua entrevista; o que pode sugerir o quanto está empenhada nessa atuação; ou, o quanto é um cargo valioso para si; ou ainda, o status que isso pode oferecer ao seu currículo.

As redes sociais são destaque para essa entrevistada. Seu perfil apresenta um alto número de seguidores e postagens. Confirmado por ela: “eu peço para eles irem me marcando para a gente manter um contato”; portanto uma ferramenta de *marketing* de seus serviços e meio pelo qual percebe o engajamento do paciente no processo.

Essa foi a entrevista em que a palavra **controle** mais apareceu, sete vezes. Em pelo menos cinco situações, foi utilizada de modo a significar o controle de si. Observado nas seguintes colocações: “controle perante determinadas situações”; “controle do que fez ao longo do mês”; “vejo que eles precisam desse controle”; “muita dificuldade na questão do autocontrole”. Os outros entrevistados pronunciaram entre zero e quatro vezes, porém, em nenhum caso o sentido atribuído à palavra voltava-se para a perspectiva do controle de si. Outra palavra que apareceu muitas vezes foi “médico” (quinze vezes).

Barros (2004) afirma que a recorrência de certas palavras, a maneira de organizar a narrativa, imagens e outras referências intertextuais - de modo voluntário, involuntário, explícito ou implícito – independentemente, fala por si mesmo.

Além disso, uma outra afirmação chamou a atenção; quando falava sobre pacientes resistentes à mudança disse: “tem horas que você tem que **colocar a pessoa na parede** e perguntar o que está faltando para dar o primeiro passo” (obediência). Essa frase me soou um tanto quanto agressiva de certo modo; e contraditória à uma afirmação anterior em que falou: “não adianta o nutricionista falar, o psicólogo falar, o educador físico falar...**basta querer**” (culpabilização). A dicotomia entre perceber a disposição e motivação interna do paciente versus a ideia de convencê-lo a mudar parece permear esse discurso; um paradoxo que ilustra bem as dificuldades oriundas do modelo hegemônico.

✓ **Entrevista 06:**

A última entrevista foi a mais conturbada em relação ao local, pois, o profissional atua dentro de um hospital. A conversa aconteceu em uma área de convivência, uma espécie de praça interna, a qual tinha um banco. Sentados lado a lado, ficamos ali durante 1 hora e 10 minutos. Nesse período, ele precisou dar algumas orientações à funcionários e cumprimentou outros colegas que passavam pelo local. Nós não nos conhecíamos pessoalmente ou virtualmente, sendo o primeiro contato realizado por telefone.

Apesar de todo o contexto, e de suas obrigações, ele demonstrou um desejo genuíno de contribuir com a pesquisa; aparentava estar relaxado, falava de maneira calma e bem informal; olhava-me nos olhos o tempo inteiro, buscava se conectar e estabelecer uma relação próxima; configurando-se como um bate papo agradável. Ao fim da entrevista verbalizou: “olha você fez eu resgatar muita memória boa, obrigada.” Yin (2016) destaca que quando o participante dispõe de seu tempo para reconstruir suas experiências e realidade com suas próprias palavras, o objetivo da pesquisa qualitativa está em parte alcançado.

Embora ocupasse um cargo de gerência no local, sua postura não expressava hierarquia, pelo contrário, observa-se um espírito de cooperação e trabalho em equipe. Por exemplo, em uma fala quando se refere à sua busca constante por atualização e dupla jornada entre prática clínica e acadêmica, destaca sua relação

com os colegas de equipe: “E querendo ou não, eu **treino com eles**, eles aprendem, eles são cobrados com relação ao conhecimento, a gente tem **reuniões de discussões** – acaba exigindo que **a gente acabe sempre se atualizando**” (**grifos da autora**). Suas falas expressavam na maioria das vezes no plural, a equipe, o nós. Essa mesma postura de não se identificar como alguém superior pareceu se reproduzir em sua relação com os pacientes e com os alunos, constatado nos trechos, respectivamente:

...ele (**o paciente**) é o principal, **o protagonista**. E **nós somos os facilitadores** (**grifos da autora**).

Eu abro discussão em sala de aula, eles **vivenciam aquilo tudo comigo**. Teve até um caso legal que eles **me ajudaram a chegar ‘numa’ solução** para um problema que eu tive na instituição, e aí isso acabou virando um trabalho deles que foi um **trabalho parcial da disciplina**, aí no final eu mostrei para eles o resultado daquilo que foi plantado... eu sempre trago eles ‘pra’ fazer visita aqui no hospital – periódica (**grifos da autora**).

Um dos aspectos que mais se destaca foi seu interesse e empenho em estudar áreas que complementam à nutrição. Observado em vários trechos como:

Eu estou iniciando o mestrado agora, e fiz pós-graduação em Terapia Nutricional Hospitalar e todas as outras são de **gestão**. Fiz MBA **gestão de pessoas**, alguns cursos de **inteligência emocional**, o Empretec® para ter esse raciocínio de **controle de custos**, eu fiz alguns cursos de **contabilidade**, agora estou para iniciar um curso de **controladoria** para me ajudar com esse monitoramento. A gente aqui no hospital também tem um programa de **capacitação de lideranças**, que ajuda a gente a identificar perfil de profissionais. Isso que me fez ter o **diferencial**. Foi quando eu **saí daquela mentalidade só da nutrição e comecei a buscar em outras ciências aquilo que me faltava** para ser um gestor mais eficiente para a instituição (**grifos da autora**).

Gosto muito de psicologia, economia, administração, antropologia, e **é o que mais ocupa meu tempo hoje**. Eu falo hoje com as meninas, se terminou a faculdade tem que fazer uma pós-graduação na área de nutrição que você gosta, que seu coração dispara; **os outros, busca o que te complementa** (**grifos da autora**).

Olha meu trabalho hoje, sou nutricionista de uma empresa onde gosto de trabalhar, mas cerca de **80% do meu trabalho é com gestão de gente**, é cuidando de pessoas e, 20% de fato é nutrição. Eu fiquei a manhã inteira resolvendo questões de férias, conflitos, gerindo custos, e eu nem fui lá na cozinha, na empresa onde produz alimentos. Ou seja, **lidar com gente** é algo que a gente **precisa ter preparo, precisa aprender, nós não sabemos** (**grifos da autora**).

O profissional destacou que apesar de considerar fundamental as questões emocionais, e o quanto isso influencia na alimentação humana, ele não se sente preparado para trabalhar essas demandas:

Eu gostaria de ter uma bagagem para trabalhar nessas **questões emocionais**, mas **a gente não consegue**. A gente tem que prestar atenção

no que ouve e encaminhar para o psicólogo, só que complicado... ao mesmo tempo o curso é **muito generalista. A gente não é incentivado a trabalhar multidisciplinarmente (grifos da autora).**

Esse ponto foi destaque entre outros profissionais também. Expressos de formas variadas, o assunto comportamento alimentar percorreu todas as entrevistas. Entende-se que todos eles sabiam dessa vertente da nutrição a qual se dedica a outros aspectos além da biologia para explicar e atuar diante da saúde e da doença. Além disso, outro ponto importante é que todos sabiam da minha formação e atuação nessa área.

A avaliação geral em relação às entrevistas realizadas julga-se como positiva. Todas aconteceram de modo tranquilo; transcorreram dentro da proposta inicial; revelaram informações importantes – em mais profundidade no tópico seguinte; e, geraram uma reflexão maior a respeito dos fatores contextuais que envolvem a prática profissional do nutricionista na contemporaneidade – no aspecto macro e micro.

De forma ampla, os aspectos da sociedade capitalista que regem a vida impactam diretamente na atuação, desde a demanda por serviços à necessidade de produtividade do profissional para se manter economicamente. E assim, refletindo na qualidade do exercício profissional, seja na clínica, na docência ou em outras esferas.

No plano micro, se o profissional já está exercendo a profissão, a depender do seu público, ele direciona sua prática para essas demandas e acaba por fortalecer tudo que envolve tal necessidade - discursos, pesquisas, práticas, entre outros. Ambas as situações podem gerar impactos positivos e negativos, legitimando alguns elementos que se inserem dentro da perspectiva de controle ou de cuidado.

Observou-se que o local e o modo como ocorreram as entrevistas propiciou uma interação maior ou menor, a depender de alguns fatores. Especialmente nas situações mais informais: sentar lado a lado; e estabelecer um vínculo colaborativo ao invés de hierarquia, poder ou posição distinta, a conversa teve mais avanços e avalia-se como mais verdadeira – não no sentido restrito ao conteúdo, mas na entrega e na conexão interpessoal. Já os profissionais preocupados com a imagem que gostariam de revelar sobre si mesmos ou, sobre a IES na qual eram docentes, tornou a entrevista menos densa, com informações mais técnicas e de certo modo questionáveis - até que ponto estariam conectadas à realidade do campo?

3.2.2. Segunda etapa: Análise de perguntas e respostas

O roteiro de entrevista apresentava quarenta e três itens e está disponível no anexo 4. Por se tratar de um extenso conteúdo, essa etapa de análise e discussão dos dados, optei por levantar uma visão geral sobre os entrevistados de forma a destacar as respostas que mais geram o debate a que essa pesquisa se propôs – o entendimento das categorias conceituais controle e cuidado de si no campo da nutrição.

A fim de facilitar e ilustrar as perguntas e respostas, criei um esquema interpretativo com as palavras chave e pequenas afirmações que resumem as respostas das entrevistas (anexo 5).

O roteiro foi concebido para estabelecer de modo crescente uma interação e intimidade com o entrevistado; com o propósito de que os profissionais pudessem estar à vontade, e como enfatizado anteriormente, não se sentissem julgados, pressionados ou constrangidos com as perguntas. Yin (2016) destaca que em pesquisa qualitativa as entrevistas evocam um modo conversacional.

A) Perguntas Neutras

Para isso, as primeiras perguntas do roteiro eram mais neutras e visavam estabelecer uma aproximação, de fato, conhecer o entrevistado. Questões como: nome completo; tempo de formado; tempo de atuação clínica; perfil de pacientes atendidos; e toda a parte formação; cursos complementares; experiências na época em que cursou a faculdade; disciplinas que ministra na docência entre outras.

Essas perguntas mais diretas e neutras configuram-se como uma estratégia para os primeiros momentos da conversa, a qual tende a ser crucial para conseguir estabelecer, ou não, uma relação mínima de confiança e empatia (YIN, 2016).

De acordo com as entrevistas, todos atendiam um perfil de pacientes da rede particular; a maioria dos profissionais tem atuação na região da grande vitória – região central e próxima à capital. Em relação à atuação, tinham uma boa diversidade de público alvo, focados em: crianças e gestantes; esportistas; doenças graves pós internações ou cirurgias; doenças crônicas e, reeducação alimentar.

Apesar das diferenças entre tempo de formação ou atuação, clínica e docente, todos os profissionais afirmaram que as disciplinas com maior ênfase na graduação foram a dietoterapia e, outras, referentes à unidade de alimentação e nutrição – UAN. Em todos os casos, participaram de disciplinas na época da graduação no campo das ciências sociais, como a sociologia, a antropologia e a psicologia. Porém, em sua maioria, afirmaram que essas matérias não atingiram o propósito de se conectar à nutrição. Uma das entrevistadas chegou a afirmar que o estudo da sociologia se deu junto ao curso de geologia na IES; e, uma segunda, afirmou que quem ministra a disciplina atualmente na faculdade é um advogado, ou seja, uma disciplina que parece apenas cumprir carga horária.

Outro entrevistado relatou a dificuldade de professores que não são nutricionistas em correlacionar essas matérias com a realidade e, ainda, a imaturidade dos alunos ao cursar essas disciplinas logo no início da faculdade desprezando toda sua importância, ao comparar com as disciplinas específicas do curso. Apesar da dificuldade no acesso de conteúdos de qualidade e que se relacionassem com a prática profissional, todos afirmaram ser de grande valia esse campo de estudos.

Observei que todos os entrevistados realizaram diversos cursos complementares após a faculdade – desde curta duração, especialização à mestrado; nenhum deles possui doutorado. Sabe-se que o curso de nutrição, assim como todos os outros da área da saúde, possuem um perfil generalista. Dentro do tempo de formação, torna-se inviável o aprofundamento em todas as áreas possíveis de atuação do nutricionista. A educação continuada parece ser uma estratégia essencial para que a prática profissional possa ser mais especializada e atenta às especificidades do público alvo.

Esse fator – educação continuada, aliado à uma dupla jornada de atuação – clínica e docência, parece ser uma combinação interessante. No decorrer da entrevista, esses elementos se mostraram fundamentais para uma prática profissional mais atenta às questões humanas e toda sua complexidade – reforçada pelos entrevistados. Por exemplo, ao serem questionados sobre as disciplinas que ministram ou já ministraram na graduação, todos relataram pelo menos uma disciplina menos teórica ou técnica como: antropologia, educação nutricional, saúde pública, coordenação de estágio e inovação em saúde. De forma a propiciar o

avanço e o aprofundamento em temáticas sobre o ser humano e as dimensões complexas que envolvem o corpo e o comer.

Ao serem questionados sobre habilidades ou competências que destacariam como essenciais para ser um nutricionista clínico, todos enfatizaram a importância de saber lidar com pessoas – desde o trato com o paciente, o relacionamento com colegas de equipe, até o empreendedorismo e o *marketing* para atingir o público alvo.

É interessante pensar que as disciplinas menos técnicas e restritas ao ensino da nutrição biologicista, é que possivelmente conseguem dar base e estrutura para um olhar mais humano e integrador. Papel esse que pode ser desenvolvido nos estágios e nas inserções de campo do aluno – fator também destacado pelos entrevistados como elemento que deveria ter mais espaço na formação, a fim de proporcionar ao aluno vivências práticas. Em congruência a essas questões, foi unânime a importância da relação entre a teoria e a prática - como se pode perceber nos seguintes depoimentos:

Eu acho que é muito bom poder aliar a prática com a teoria, eu consigo levar casos reais, lógico que sem expor nenhum paciente. Mas, contar casos que ilustram muito melhor a situação. E eu me sinto muito mais **segura também para ministrar a aula**, e eu sinto que **os alunos sentem essa segurança na gente**. Eles sentem uma segurança porque sabem que o que eu 'tô' falando é verdade, é aplicável (**grifos da pesquisadora**).

Se eu não tenho como visualizar um paciente numa UTI com DPOC com todos os sinais e sintomas que ele apresenta, como é que eu vou falar isso 'pro' aluno? Uma coisa é decorar ou mais ou menos saber...outra coisa é você estar vendo ali, você 'tá' vendo como tudo procede. Então é de fundamental importância.

Cursos da saúde precisam de prática, até porque **o ser humano não é receita de bolo (grifos da pesquisadora)**.

As respostas apresentadas destacam a importância das relações interpessoais – com alunos ou pacientes – para que a transmissão de informações ocorra da melhor maneira possível e atinja o objetivo singular de cada envolvido. Isso também está em concordância com o que Robles e Vasconcelos (2019) defendem a respeito da humanização só ser possível de ser praticada, quando previamente houver a humanização dos envolvidos – alunos e professores.

B) Práticas, ideias e discursos investigando o controle e o cuidado de si

O segundo bloco de perguntas, visava estimular o entrevistado a revelar práticas, ideias e discursos sobre questões contemporâneas que pudessem indicar as categorias controle e cuidado de si – sem necessariamente utilizar essas palavras na investigação.

Em geral, o roteiro de uma consulta foi similar entre todos, exatamente como no *script* teórico: privilegiando aspectos técnicos e biológicos. Entretanto, revelou-se também algumas ambiguidades. A título de exemplo: a importância de saber calcular dieta enquanto discurso, e na prática, utilização maior de estratégias qualitativas; a compreensão de um paciente que exerce um papel mais ativo; que precisa ser escutado, cultivando uma relação próxima, amigável, horizontal, de confiança e respeito; e em contrapartida, o desejo que o paciente siga exatamente o plano alimentar proposto – obedecendo às orientações dadas. Inclusive com a utilização de expressões como: “seguir rigorosamente”; “ouvir o que o profissional fala”; “seguir o que se prescreve”; “basta querer” - quando se referia às ações necessárias para o paciente atingir seus objetivos.

Essas contradições sugerem talvez uma herança do modelo cartesiano e do contexto biopolítico no qual o corpo está inserido na contemporaneidade. Além disso, Minayo (2004) afirma que a palavra é capaz de expor contradições e conflitos, pois é construída em uma série de questões ideológicas e, para compreender o discurso, há que se compreender as relações sociais que ele expressa também.

O desejo de um paciente que segue as prescrições à risca, parece evocar o que Foucault chama de procedimento de separação ou rejeição, em que a voz do paciente não é validada, prevalecendo a voz do especialista – saber é poder.

A cultura de culpabilização do sujeito, citada no primeiro capítulo, insere profissional e paciente em uma lógica que dificulta a humanização do atendimento; acresce-se a esse cenário, todo o contexto sociocultural e mercadológico que reforça esse discurso da ‘força, foco e fé’. Mas, vale lembrar que “o estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade entre nutricionista e paciente deve permear as práticas de atenção à nutrição e à saúde no intuito de ampliar a sua humanização e o vínculo terapêutico” (DEMÉTRIO et al, 2011, p. 744).

Em seguida, quando questionados sobre parcerias e indicações de outros profissionais de saúde, a medicina foi a primeira referência em todas as entrevistas – reforçando a herança biomédica, centrada na figura do médico como detentor dos saberes ou mesmo, como uma autoridade no assunto saúde – ainda que o curso de medicina se debruce sobre a patologia e o tratamento de doenças, o que torna o termo “área da saúde” um paradoxo só compreensível dentro do histórico da constituição dos campos.

Além disso, apesar de reconhecerem a importância das questões emocionais e psicológicas dos pacientes, somente metade dos entrevistados afirmaram ter algum contato ou fazer encaminhamentos aos psicólogos. Isso não significa que trabalhem em conjunto ou de forma interdisciplinar, pois, uma das entrevistadas relatou que na clínica onde atua a comunicação dos profissionais se dá mediante um sistema em que todos podem acessar o mesmo prontuário, no entanto, não há discussões de caso ou um real engajamento em conjunto em prol de cada caso.

Essa questão foi um dos poucos elementos do discurso em que os participantes de alguma maneira se colocaram vulneráveis, pois, trouxeram à tona lacunas importantes que são inerentes à vida humana. A verbalização de “não sei” expressava em algum nível uma angústia.

Para fechar esse ciclo de perguntas, metade dos entrevistados afirmaram que o nutricionista exerce a função de um ‘facilitador’; a outra metade enfatiza a necessidade de transmitir informações e conhecimento. Pela lógica do *‘too much information’*, descrita na introdução dessa dissertação, a população aparenta não necessitar de mais informação ou conhecimento, pois isso tem gerado mais confusões e uma espécie de anomia.

De modo intrigante, um mesmo entrevistado afirmou que uma das funções do nutricionista seria de “passar informação com segurança e baseada em evidências científicas”, de modo que na pergunta seguinte, quando questionado sobre a era da informação e como isso impacta os pacientes, o profissional afirmou que “ter muita informação confunde as pessoas” e, reforçou como estratégia mostrar aos pacientes artigos científicos para aumentar sua credibilidade (o que também é um paradoxo).

É interessante pontuar que por se tratar de um campo de disputas, de poder e interesses, sobretudo, econômicos, é natural que haja controvérsias. Ou seja, é possível identificar sobre um mesmo tema, opiniões divergentes – como por exemplo o caso da soja explorado por Azevedo (2011); dessa maneira, perpetuando as dúvidas e a cacofonia entre os próprios peritos. A mídia por sua vez utiliza essas informações de maneira aleatória e sensacionalista, na maioria das vezes, objetivando a audiência.

A partir de conceitos foucaultianos (2014), essa análise poderia ser vista sob a ótica do procedimento interno do autor e da disciplina, ambos complementares. Na ordem do discurso científico a atribuição a um autor é indispensável como indicador de verdade. Já a disciplina é definida da seguinte maneira:

Uma disciplina se define por um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos: tudo isso constitui uma espécie de sistema anônimo à disposição de quem quer ou pode servir-se dele (...) uma disciplina não é a soma de tudo o que pode ser dito de verdadeiro sobre alguma coisa; não é nem mesmo o conjunto de tudo o que pode ser aceito. (p. 28 - 29)

Portanto, o fato de haver produção científica a respeito de um tema não necessariamente imputa-se a verdade como regra. Além de tudo que já foi citado, há que se considerar que as ‘verdades’ são produzidas a partir de uma visão – a qual tende a ser parcial ou limitada sobre o assunto – a título de exemplo, no início do capítulo um, procurou definir-se o corpo, o qual assume diversas vertentes, a depender sob qual disciplina é estudado.

Para executar a função descrita pelos entrevistados de facilitador do processo de mudanças do comportamento alimentar, parece ser necessário ir além da produção/promoção de informações, de modo a construir caminhos e maneiras que façam sentido para cada pessoa de modo individual e singular – abarcando a complexidade de cada história.

Macedo e Dimenstein (2009) realizaram um estudo entrevistando psicólogos sobre as formas de percepção a respeito do cuidado em seus campos de atuação. Como resultado, eles obtiveram na maioria das entrevistas, uma compreensão do cuidado como uma forma de intervenção especializada que objetiva ajudar ou melhorar a vida das pessoas, tornando-as autônomas, produtivas, autossustentáveis, saudáveis

e conscientes. Um segundo grupo, minoria, expressou uma compreensão a partir da técnica, mas também, de uma postura acolhedora, um exercício ético-político.

Essas pesquisas colaboram com o pensamento sobre as dimensões que o cuidado de si pode ter, maso acima de tudo, da maneira como é praticada pelos diferentes profissionais da saúde, a depender de suas formações. O que fica evidente é que: “a redução da vida a processos biológicos, vitais, deixa a vida desnuda, despe-a de toda narratividade. Retira à vida a vivacidade, que a vida é algo muito mais complexo que mera vitalidade e saúde” (HAN, 2017, p.107).

C) Prática clínica e mercado de trabalho

O terceiro bloco de perguntas foi constituído por questões sobre a própria prática profissional ou do cenário da nutrição, com a finalidade de promover a autorreflexão dos temas propostos. Além disso, explorei também a presença, ou não, de elementos simbólicos do campo que pudessem reforçar as respostas obtidas anteriormente.

Como citado, a primeira pergunta desse ciclo, referia-se à percepção dos profissionais a respeito das informações, dúvidas, crenças e conhecimentos que os pacientes traziam para o consultório. O que mais se destacou foi o impacto negativo das mídias, especialmente redes sociais²⁷.

Em uma busca na rede *Instagram*®, a partir de *hashtags* (#) é possível identificar, por exemplo, 5,8 milhões de publicações para *#alimentaçãosaúdavel*; 19,4 milhões de publicações para *#dieta*; e, 20,5 milhões de publicações para *#saúde*. A título de comparação, a *#nutricionista* apresenta 3,7 milhões de publicações. Números que revelam a pertinência da temática e, mesmo sem uma análise em profundidade, encontra-se pessoas ‘leigas’ que assumem uma posição de ‘celebridade’ e falam sobre o assunto na internet com ‘autoridade’, como é o caso de diversas blogueiras como: Mayra Cardi e Gabriela Pugliesi, respectivamente com 3,5 e 4,1 milhões de seguidores cada uma. Elas reforçam o que Foucault (2014) chamou de apropriação social do discurso, uma rede de processos que “ensinam” os discursos à determinada população, veiculados através da mídia, redes de ensino, espaços

²⁷ Pesquisa realizada no dia 08 de janeiro de 2020.

esportivos, marketing; de modo a alterar os acessos aos discursos, aos saberes e aos poderes que a eles se associam.

Essas influenciadoras digitais, como são conhecidas, propagam a uma velocidade indiscutível, informações de todos os tipos, para todos os públicos e de fontes diversas. De maneira especial, os leigos ganham força e tem uma voz ativa, presentes na arena, tanto quanto os peritos.

Na pergunta seguinte, ao refletir sobre como os profissionais percebem o engajamento dos pacientes no processo, além de fatores biológicos (exames e peso), o que mais apareceu foram postagens e mensagens divulgadas em redes sociais e, aplicativos de mensagens. Portanto, o mesmo profissional que reconheceu um impacto negativo das redes sociais anteriormente, utiliza ou percebe a potencialidade da mesma ferramenta para promoção de *marketing* e divulgação do seu trabalho.

Essa é uma temática nova e que vem exigindo esforços e um árduo trabalho, até dos conselhos que regulamentam a profissão. No fim de 2019, o Conselho Regional de Nutricionistas da 4^o região (Espírito Santo e Rio de Janeiro) (CRN-4) produziu um material²⁸ de orientação e educação a respeito do uso das mídias sociais com ética e responsabilidade. O documento traz duas afirmações de destaque:

As mídias sociais são espaços importantes de relacionamento e comunicação, onde é possível divulgar suas atividades profissionais e informações sobre alimentação e nutrição. Tais conteúdos devem ter como **objetivos a promoção da saúde e a educação** alimentar e nutricional alinhadas à prática profissional e à **literatura técnico-científica (grifos da pesquisadora)**.

Ter cuidado com as suas redes sociais é essencial para utilizá-las com **ética e responsabilidade (grifos da pesquisadora)**.

As informações destacadas acima corroboram com todos os outros documentos exibidos no capítulo dois, que tratam dos deveres e responsabilidades do nutricionista. Além disso, o documento propõe algumas dicas para tornar as redes sociais um ambiente mais seguro, transparente e com elementos que respaldam o profissional.

²⁸ A ética do Nutricionista nas mídias sociais - disponível em: <http://www2.crn4.org.br/pg/comunicacao/publicacoesdocrn-4>

Outro ponto que se destacou nesse item, versa sobre o cuidado enquanto forma de ser e estar durante um atendimento. Dois dos entrevistados utilizaram as expressões “brilho do olhar” e, “olho no olho” para se referir à maneira como identificam o engajamento dos indivíduos, momento que só pode acontecer na interação ao vivo e atenta, fruto do relacionamento profissional-interagente, só sendo possível a partir de uma relação horizontal e cooperativa, sintetizada por Demétrio e colaboradores (2011) no trecho abaixo:

O estabelecimento da competência dialógica na clínica nutricional possibilita a seus formuladores estarem presentes como sujeitos e, desse modo, não repetindo práticas, mas formulando-as conjuntamente (p. 759).

Essa interação e atenção centrada na pessoa apareceu de forma mais clara na percepção dos profissionais a respeito do que seria um caso de sucesso. Todos os profissionais citaram de maneiras distintas mudanças comportamentais percebidas ou relatadas pelos interagentes. Um deles enfatizou que cada sucesso, na verdade, trata-se de algo subjetivo e que tem significado de modo peculiar à cada pessoa. Essa afirmação fortalece o conteúdo apresentado no capítulo sobre o cuidado no que tange a individualidade de cada pessoa e suas atribuições ao que é saúde – cabendo somente a ela atribuir esse sentido. E ao profissional, cabe facilitar para que isso seja contemplado.

A pergunta 30 do roteiro questionava a respeito dos conceitos do profissional sobre alimentação saudável e saúde; metade deles citou de forma literal o conceito da organização mundial da saúde: “completo bem-estar físico, mental, social – não é só a ausência de doenças”.

É possível dois apontamentos relevantes; o primeiro relacionado ao papel exercido pelas instituições que norteiam o campo da tríade saúde-alimentação-nutrição. Na AD proposta por Foucault (2014), o procedimento da vontade de verdade invoca a pressão exercida pelas instituições que produzem os discursos. Existe, de forma contundente, um discurso hegemônico no que tange o perfil de indivíduo saudável ou de estilo de vida, de maneira a criar um campo de verdade que se retroalimenta, se considerar o cenário de mercado.

Exemplificando, a partir de um conceito do que é ser saudável – determinado pela OMS, por exemplo, as instituições que regem e regulamentam a saúde disseminam essa ‘verdade’ através dos profissionais da categoria. Esses, por sua vez, produzem

discursos de modo a convencer, ensinar, docilizar leigos em direção a esse estilo de vida – afinal, eles é quem têm o direito privilegiado do discurso. Em resumo, a linguagem é nesse caso, instrumento de poder, refletido a partir da prática linguística se efetua um discurso político (FOUCAULT, 1995).

O segundo apontamento, a definição de saúde da OMS se porta como um ‘tipo ideal’ Weberiano, isso se traduz com a principal característica da perfeição – um padrão exemplar de modo a garantir melhor desempenho. Uma fórmula interessante para o mercado capitalista, mas que também pode reverberar em piores níveis de saúde, uma vez que o ideal da perfeição pode conduzir à sensação de inadequação e, conseqüentemente, a um sentimento de fracasso.

Em “Sociedade do cansaço”, Han (2017) defende que não vivemos mais em uma sociedade disciplinar – como propôs Foucault; mas uma sociedade do desempenho. O autor explica que as palavras que norteiam esse cenário são: projeto, iniciativa e motivação, e então:

O excesso de trabalho e desempenho, agudiza-se numa autoexploração (...) o explorador é ao mesmo tempo o explorado. Agressor e vítima não podem mais ser distinguidos. Essa autorreferencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes, se transforma em violência. Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal (p. 30)

Essa é uma reflexão intrigante em meio ao crescente número de casos de transtornos alimentares, depressão, ansiedade e outras tantas questões que se relacionam com o corpo e a alimentação. A medida em que se normatizam esses discursos, torna-se ainda mais complexo identificar as nuances e os dispositivos que exercem o controle e o poder.

A medida que crescem os instrumentos biopolíticos e são por conseqüência incorporados como ‘estilo de vida’ inerente a pessoas que se preocupam com a ‘saúde’, percebe-se o agravo de outras tantas doenças crônicas. Em uma análise relacional é possível afirmar que quanto maior o controle – seja por parte de instituições ou o autocontrole individual – acentua-se o número de pessoas com dificuldades, doenças e transtornos relacionados à alimentação e ao corpo.

Dessa maneira, cabe uma reflexão da importância de práticas, conceitos e ideias que devolvam à população a possibilidade de se colocarem no caminho que visa o

cuidado. Algumas dessas possibilidades foram citadas no capítulo 2, entre elas é possível citar: *HAES®*; *mindfulness*; *mindful eating*; comer intuitivo e exercício intuitivo. Juntas, configuram-se como práticas que relembram a condição de humanidade compartilhada que envolve todas as pessoas e o contexto particular em que cada um se insere; não se trata de conceitos utópicos, pelo contrário, partem da aceitação da condição atual e estimulam o aprendizado, a autonomia e o caminho singular que cada pessoa pode traçar.

Apenas a título comparativo, ter políticas públicas que se aproximam da realidade da população – de seus hábitos, culturas, atitudes, condições sócias, financeiras e todos os aspectos que envolvem a saúde, pode direcionar à um movimento que promove comportamentos positivos em saúde ou que reduzem os danos - assim como na política nacional de redução de danos, pensada no âmbito do uso de álcool e drogas.

D) O corpo

Nas perguntas 32 e 33, destacou-se a temática sobre o corpo. Como visto no primeiro capítulo, é um instrumento biopolítico, mas, para Pelbart (2003), pode vir a ser um processo de biopotência dependendo de como for tratado.

A avaliação física é uma das etapas que constituem o acompanhamento nutricional. Entretanto, é um momento que pode gerar desconforto e constrangimento afinal, é algo íntimo – a manipulação do corpo. Verifiquei, junto aos informantes, se os mesmos realizavam medidas antropométricas, qual a relevância e se indagavam ao paciente se ele desejava fazer essa etapa.

Todos responderam que essa etapa normalmente é realizada – aferição de peso, altura, circunferências; e, algumas vezes bioimpedância e pregas cutâneas. Avaliaram que a relevância depende do perfil de pessoas atendidas e; a respeito da vontade do paciente, metade dos entrevistados não responderam ao questionamento. O silêncio pode indicar algumas possibilidades: é possível que tenham ignorado a pergunta ou não desejavam respondê-la – evitando o assunto; ou ainda, não sabiam como responder.

A avaliação física se constitui uma etapa 'obrigatória' dentro do que é ensinado nas IES, de modo que o profissional é treinado, literalmente, a fazer medições e

manipular os instrumentos para classificar os pacientes. A não realização desta etapa ou o questionamento se o paciente deseja, talvez, nem sejam questões consideradas pelo profissional, tamanho o impacto de sua 'docilização'. Uma observação pertinente é que, nem todo acompanhando nutricional 'exige' a tradicional avaliação física – há casos em que, essa prática apenas irá reforçar a sensação de fracasso e desânimo do indivíduo frente à situação.

A outra metade dos entrevistados relatou algumas situações relevantes. A primeira, afirmou que não pode "forçar a barra"; a segunda relatou já ter atendido pacientes com pânico de se pesar e respeitou essa dificuldade. Um terceiro ponderou que para realizar a etapa de avaliação física solicita que as pessoas vistam roupas de academia - ele informou que explica o procedimento em si mesmo antes de fazer no paciente. Afirmou que pede sempre licença e, em caso de ser paciente do sexo feminino que não veste roupas adequadas (como saias, por exemplo), evita a avaliação para não constranger ambos. E uma outra entrevistada disse que utiliza a avaliação física para verificar se o paciente está seguindo o que ela prescreveu no plano alimentar.

Essa última parece atribuir nessa fala, uma relevância grande e uma condição de causa e efeito direta, compreendendo o corpo como uma máquina inerte que responde apenas aos alimentos ingeridos como modo de produção/gasto de energia, conseqüentemente de perda/ganho de peso.

E) Relacionamento profissional-interagente

O respeito e a confiança foram citados como características essenciais para um bom relacionamento com os interagentes; são fatores que contribuem para uma prática clínica centrada na pessoa quando a tomada de decisões, ações, sugestão de tarefas e a proposta de alcance metas ou comportamentos são desenvolvidos em parceria entre ambos. Ceccim e Merhy (2009, p. 535) reconhecem a importância do encontro:

A produção da atenção **não se esgota** na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, envolve nossa **capacidade de acolhimento** do outro; contato com a alteridade, produção de um **dizer-se respeito** em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação , produção de um **ambiente-tempo comum** ou, cada vez mais, **comum entre dois**, um momento intensamente intercessor, encontro, onde, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja

eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como **problemas de saúde (grifos da pesquisadora)**.

Ao retornar às questões sobre o peso e a imagem corporal, elas aparecem recorrentemente conectadas à insatisfação corporal. Esse é um fator crescente, que entre outras razões, também pode ser fruto da cobrança excessiva de um corpo perfeito. Isto posto, perguntei de que maneira o nutricionista poderia proceder durante uma consulta; como contribuir para não impor essa condição e se esse ideal fazia parte de um anseio recorrente em pacientes atendido por eles.

Metade dos entrevistados ressaltam o efeito iatrogênico. Por não ter instrumentos, conhecimentos e preparo suficiente, dois deles acreditam que os profissionais estão contribuindo para o agravo da insatisfação corporal, ressaltando a dificuldade de lidar com os aspectos psicológicos e necessitando encaminhar para outros profissionais que possam dar conta disso. Uma das entrevistadas afirma: “Que tipo de contribuição o nutricionista pode dar para uma pessoa que tem neurose em estética? A gente fica na parte alimentar só...eu não me sinto preparada para isso”.

Como exposto no segundo capítulo, ao assumir que o ser humano é holístico e não se trata de partes ou de uma máquina biológica, por conseguinte, não é possível atender um indivíduo desconsiderando os aspectos psicológicos. Constata-se que, de fato, o nutricionista não é o profissional capacitado, especializado e legitimado para cuidar da saúde mental, essa é a função do psicólogo. Porém, é inerente que surjam questões, temáticas que circulam por áreas complementares e situações que exijam minimamente uma capacidade de manejo; afinal, a alimentação está diretamente conectada à aspectos psicológicos como as emoções e sentimentos.

As adversidades e as demandas contemporâneas exigirão a revisão das maneiras, métodos e estratégias, a fim de dar conta das lacunas deixadas pela graduação e sua tendência a abordagens generalistas, sua ‘grade’ curricular (cujo termo já implica em inflexibilidade) ou mesmo devido à falta de demanda anterior. Esses pontos podem ser observados nas seguintes falas, no item que tange o cuidado integral:

A gente só saber fazer um plano alimentar, eu acho muito **insuficiente**, para a **necessidade real** de um ser humano **(grifos da pesquisadora)**.

Se importar mais, não só com a alimentação dele, mas, com o processo como um todo. Como o emocional dele (...) ele como um todo, como um ser humano. Eu ‘tô’ focada agora no ser humano. A gente tem que voltar na

antropologia (pausa pensativa), você me lembrou bem. A gente tem que **aprender mais sobre o ser humano**, sobre a **neurociência** mesmo ‘pra’ saber, porque o ser humano é complicado, muito **complexo! Não é só alimentação**, é muito mais do que isso (**grifos da pesquisadora**).

Desde sua criação a nutrição obteve avanços inegáveis, mas os cursos ainda dão pouca atenção à dimensão humana e social dos sujeitos na formação acadêmica e, conseqüentemente, no tratamento ofertado na prática clínica aos pacientes, desconsiderando a alimentação como um fenômeno psicobiossociocultural (DEMÉTRIO et al, 2011). Entretanto, percebem-se, cada vez mais demandas para inserção de abordagens socioantropológicas e culturais no campo da alimentação-nutrição.

F) Perspectivas atuais e alternativas de transform(ação)

Na pergunta 37, indagou-se a respeito de novas práticas, abordagens, conceitos ou ferramentas que os entrevistados já tinham ouvido falar ou que conheciam e acreditavam que poderia contribuir com a prática clínica.

Por unanimidade, as respostas giraram em torno da temática comportamento alimentar e práticas integrativas e complementares – previstas pelo SUS. Todos os informantes parecem acreditar que a população, tem uma visão do ‘novo’ em torno da tríade resistência-curiosidade-aceitação. Ou seja, parece natural haver em um primeiro momento um medo, misturado à curiosidade do novo e, no movimento da busca constante pelo ‘moderno’, surge a aceitação.

Outro ponto que novamente pode ser relevante é a dupla jornada dos profissionais e as diversas formações complementares que possuem. Ambos os aspectos contribuem para a ampliação do olhar e dos estudos em relação à alimentação humana.

Na pergunta 39, após uma longa reflexão sobre o modelo de atuação da nutrição, questionou-se se enxergavam o cenário a partir de uma crise. Algumas afirmações como: “não há crise, mas transformação”; “sim, tem gente que não tem condições de atuar, não tem ética, isso preocupa”; “se está assim, é porque a gente se vende por isso”; e “não acho que é crise, mas um entendimento de nossas reais capacidades, o nutricionista é apenas parte do processo”; de alguma maneira, as falas parecem ser complementares.

Parece haver uma compreensão, por parte dos entrevistados de crise na nutrição na perspectiva interna e externa. Interna porque há relatos de comportamentos percebidos pelos entrevistados como não adequados e, que, enfraquecem a classe – como a ética, ou a falta dela; E, outro entendimento, sob uma perspectiva externa, no que tange o modo de atuação. Ao invés de se questionar o porquê da crise, os profissionais parecem se questionar ‘como’ ou ‘de que forma’ poderia ser superada tal condição. Essas palavras contribuem para também pensar a alimentação com um olhar mais amplo, abandonando o reducionismo ‘o que’ e ‘quanto’ comer. Relembro que, foram apontados autores nos primeiros capítulos que confirmam uma visão de crise do paradigma hegemônico – o que vem a ser uma proporção maior do que a percebida entre os entrevistados.

Na pergunta 41, indagava-se a percepção de cada um a respeito da dimensão social da comida e da doença. A primeira, houve uma discussão um pouco maior, privilegiando aspectos que vão ao encontro do cuidado – ressaltaram a superação da mera ingestão de nutrientes; a comensalidade; a sustentabilidade e a importância do contexto cultural. A segunda, houve muitas respostas evasivas ou muito curtas, não aprofundando a reflexão.

Diante dessas respostas, posso ponderar que talvez os entrevistados não entenderam a pergunta; a mesma não foi bem elaborada; ou, era muito ampla e isso acabou por dificultar as respostas. Outra possibilidade, seria que, por se tratar de uma pergunta já no final do roteiro, os mesmos poderiam estar cansados ou, desejando o fim da entrevista. E por último, de que talvez esse não seja um tema de domínio ou interesse dos entrevistados; e para não afirmarem não saberem discutir o tema, preferiram dar respostas curtas e gerais como os seguintes exemplos: “acho difícil relacionar, mas acho válido. Tem que abordar a questão da empatia”; e, “principal é ter uma rede de apoio para enfrentar a doença”.

Essa interpretação pode ser vista sob a ótica do tabu do objeto, conceito foucaultiano, em que algo não pode ser dito, ou não é conveniente que se pronuncie. Isso invoca a temática da vulnerabilidade enquanto tabu na sociedade, ou seja, para não verbalizar que não sabem responder, ou não tinham domínio.

O que almejava investigar com essa pergunta seria toda a singularidade que envolve a comida, a saúde e a doença. Lira e colaboradores (2004) afirmam que o conceito

de enfermidade, em inglês *illness*, seria a melhor descrição de quando há um adoecimento, pois trata-se do conjunto da “experiência dos sintomas e do sofrimento”. Além disso, inclui-se “o julgamento do paciente sobre como ele pode lidar com a angústia e com os problemas práticos em sua vida diária que ela cria” (p. 150). Nesse modelo, a experiência da enfermidade é determinada pela cultura e pela singularidade da biografia individual e, do ponto de vista do profissional, entender os significados que o interagente dá à enfermidade, pode contribuir para promover um cuidado mais efetivo.

As duas últimas perguntas do roteiro exploravam alguns conceitos e abordagens que se relacionavam ao cuidado de si e, de alguma maneira, poderiam contribuir com práticas profissionais mais integrativas e centradas nas pessoas. Dessa forma, solicitou-se aos entrevistados que pontuassem se cada item era conhecido por eles; se utilizavam na prática clínica e, que comentassem um pouco sobre as questões.

Tanto quanto na pergunta 41, percebe-se que as respostas muitas vezes foram evasivas. O que leva à reflexão se de fato há conhecimento; se houve algum constrangimento em responder negativamente; ou, se apenas foram breves em suas afirmações.

No tópico entrevista motivacional, ninguém soube explicar e nem utiliza na prática clínica. Dois dos entrevistados chegaram a responder positivamente, mas na hora de comentar, estavam equivocados no conceito – atribuindo a um sentido em relação à motivação do paciente. Isso também se repetiu nos itens aconselhamento nutricional, comer intuitivo e comer com atenção plena.

Nesse último, também conhecido como *mindful eating*, dois profissionais relataram utilizar na prática clínica, ainda que não sejam capacitados para tal abordagem - o que vai de encontro às recomendações e boas práticas nacionais e internacionais dos centros e sociedades que pesquisam, atuam ou regulamentam a área de *mindfulness* e *mindful eating*. É recomendado que o profissional antes de qualquer formação ou atuação na área seja um praticante, para somente posteriormente vir a realizar uma capacitação (além de cumprir outras exigências e recomendações como por exemplo participar de retiros de silêncio anualmente). Entretanto, nenhum profissional afirmou ser praticante e/ou ter realizado capacitação.

Em relação à essa conduta, na visão foucaultiana, o procedimento conhecido como rarefação, a ordem do discurso necessita do cumprimento de certas exigências para que os sujeitos estejam qualificados para tal. Ou também, o que tange o procedimento da disciplina, embasado em teorias, munido de instrumentos ou técnicas para atuar no campo. Ademais, abre uma reflexão ética, na medida em que, se não houve empenho, estudos e devida qualificação para tal, estaria o profissional promovendo efeitos benéficos? Ou articular um certo discurso ‘moderno’ e que está em alta, seria uma estratégia de *marketing*, e, nesse sentido, de controle? Afinal, saber é poder.

Assim como *mindful eating* e comer intuitivo, *health at every size*® é mencionado em alguns estudos brasileiros (ABURAD, 2018; SABATINI, 2017; ULIAN et al, 2016) como um modelo alternativo que impacta positivamente a saúde, em especial de mulheres que já se engajaram em dietas durante toda a vida. Dessa maneira, o roteiro contemplava se os entrevistados já tinham ouvido falar e se aplicavam na clínica. Como resultado, metade dos entrevistados afirmou não conhecer; e, a outra metade, afirmou ‘já ouvi falar’, mas sem maiores explicações.

G) Elementos simbólicos

A última pergunta do roteiro exibia uma lista de elementos simbólicos que podem vir a se configurar como signos do poder, hierarquia e controle. Como explicado no início, não foi possível realizar as entrevistas nos respectivos consultórios de cada profissional, exceto uma. Dessa maneira, ao invés de observar a presença dos elementos, houve a necessidade de questionar a presença ou o uso deles. Porém, para atingir o objetivo, o ideal teria sido observar a forma como esses elementos ganham, ou não, destaque e notoriedade dentro da prática clínica. Então, a partir dessa dificuldade durante a execução, emergiu ainda mais a importância de observar os discursos nas redes sociais, a fim de captar a presença ou ausência desses e de outros elementos.

A resposta mais contundente e, que gerou uma maior reflexão por parte dos entrevistados foi o uso do jaleco. Um dos profissionais fez a seguinte afirmação: “uso as vezes, quando preciso passar a **segurança de uma autoridade** – de um profissional de saúde” (**grifos da pesquisadora**) - necessidade de se posicionar

hierarquicamente; demanda do paciente por um profissional capacitado; e, construção histórica é o que parece contribuir para o entendimento dessa fala.

De modo muito claro, a entrevistada expõe sua conduta, que não deixa de ser compreendida por Foucault como um discurso, e isso se configura como um espaço de luta: o nutricionista advém do modelo médico, entretanto, não adquiriu ao longo do tempo o mesmo prestígio; busca por um espaço na ciência e um reconhecimento de autoridade no assunto alimentação; portanto, essa fala é apenas, reflexo de toda a dinâmica do paradigma cartesiano.

Foucault (2014) fala que a partir de um resgate histórico de quem somos é possível pensar como poderíamos ser diferentes, ou seja, como poderíamos nos transformar. Então, entender como os discursos nos produzem, seria também uma forma de pensar diferentemente. Isso é a ontologia crítica do presente, na medida em que se pensa aquilo que seria possível - a possibilidade de uma transformação no presente. Esse mesmo elemento, o jaleco, apresentou controvérsias na fala de um entrevistado, e será apresentado no item seguinte.

3.2.3. Terceira etapa: Cruzando informações

Conforme explicado, a terceira etapa da análise e discussão dos dados visou complementar, e, mais que isso, cruzar informações que estivessem relacionadas às perguntas e respostas da entrevista em conjunto com as publicações da rede social e, de modo a dialogar com a revisão bibliográfica desenvolvida. Para isso, coletei as informações nas redes sociais de todos os entrevistados, pois todos se tratavam de figuras públicas – ou seja, um perfil aberto na rede; e, todos afirmaram utilizar as redes de modo profissional; critérios pré-estabelecidos com rigor ético e metodológico.

Para facilitar o entendimento e a discussão, abaixo encontra-se um quadro com informações gerais²⁹. Em seguida, as respectivas análises sobre o conteúdo postado e o tipo de discurso que evocaram.

²⁹ As informações foram coletadas no período de 15 novembro de 2019 à 13 de janeiro de 2020.

ENTREVISTADO	Nº POSTS TOTAIS	Nº POSTS NO PERÍODO	TIPO E DEFINIÇÃO DO PERFIL
1	337	21	Comercial - Medicina e Saúde Mestre/Docente/Palestrante/Mestre/outros títulos
2	88	1	Comercial - Nutricionista Nutricionista/Professora/Especialidade
3	96	9	Comercial – Saúde beleza/Nutricionista Nutricionista/Mestre/Especialidade/ Contato para consultas
4	1995	58	Pessoal Nome
5	1708	59	Comercial - Nutricionista Mestre/Professora/Coordenadora @faculdade Membro de entidade/cargo
6	35	11	Pessoal <i>Hobbie/Religião/ 'de bem com a vida'</i>

Quadro 04: Informações coletadas da rede social *Instagram*®

Dos seis entrevistados, dois mantêm um perfil pessoal; os outros quatro, se enquadram na categoria comercial. A diferença entre esses tipos se encontra em dois pontos principais: a possibilidade de fazer anúncios - publicações patrocinadas que podem alcançar um número maior de pessoas; e, de ter acesso às métricas - informações sobre perfil de seguidores, horários que geram maior audiência, entre outras.

I – Entrevistada 01:

A primeira entrevistada mantêm um perfil comercial; na conversa afirmou não usar muito as redes, mas estava em processo para se aperfeiçoar pois percebia o engajamento das pessoas e bom retorno comercial. Seu discurso no perfil é condizente com toda a entrevista: apresenta-se como uma nutricionista com formações mais holísticas; mostra parte de suas refeições veganas – condizente com seu engajamento ambiental declarado; afirma em vários momentos o amor por ser professora e a relação que mantêm com os alunos. No período observado, não apresentou nenhuma incongruência, mas sim, um discurso consistente e próximo dos valores com os quais revelou anteriormente. Seus *stories* não foram muito utilizados durante o período, exceto no início de janeiro, em que registrou muitos momentos de uma capacitação que estava realizando no exterior – inserida no campo de conhecimento das práticas integrativas e complementares (PIC).

II – Entrevistada 02:

A entrevistada número 2, com apenas uma postagem durante todo o período, apresenta uma rede social pouco movimentada. Ao todo, seu perfil conta com 88 publicações; a descrição do perfil traz informações pessoais sobre nome e formação – como recomendado pelo CRN4 na cartilha citada sobre ética; seu uso é esporádico, o que já havia sido confirmado por ela na entrevista – “gostaria de usar mais as redes sociais”. Seu único *post* tinha um conteúdo sobre o vestibular da IES na qual é docente. Na ferramenta de publicações *stories*, não houve publicações.

III – Entrevistado 03:

O entrevistado número 3 teve uma baixa movimentação em seu perfil nos 60 dias de análise. A maior parte das publicações foram sobre um evento que ele participou. Apenas uma publicação chamou a atenção, e, de alguma forma, apresentou-se como divergência em relação à entrevista. No dia 18 de dezembro, publicou uma foto em que vestia um jaleco – item em que foi categórico e disse ter abandonado: **“afasta o paciente” (grifos da pesquisadora)**, entretanto na foto apresentava a seguinte legenda: **“após a clínica de hoje” (grifos da pesquisadora)**. Ao observar a foto cuidadosamente, ela apresentava os seguintes elementos: mesa, computador, fita métrica e todo um cenário asséptico - todos esses elementos simbólicos que podem indicar uma prática mais hierarquizada – a depender do papel que desempenha.

O mais interessante é que pelos *stories*, o profissional também fez um pequeno vídeo divulgando a marca do jaleco que utiliza – conduta advertida no código de ética do nutricionista como proibida (exceto que tenha sido contratado pela empresa para prestar um serviço).

Na ocasião, ele destacava que o item era essencial para todo profissional da saúde que desejasse estilo e elegância para atender aos pacientes – uma opinião oposta ao discurso inicial. Algumas hipóteses surgem para compreender tal contradição. Como percebido, durante toda a entrevista o profissional estava preocupado com sua autoimagem, e isso também parece uma preocupação em suas publicações. Nesse sentido, ‘manter uma imagem’, talvez seja importante para ele se ‘ajustar’ a

determinados ambientes de acordo com o que o interlocutor quer ouvir ou necessita. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

Não que o que eu tive na graduação foi ruim ou superficial, não é isso. Eu **tive uma boa base**, entretanto eu vi que eu teria que me especializar. Eu teria que buscar mais conhecimento para **ofertar aquilo que o mercado está pedindo (grifos da pesquisadora)**.

Minha consulta começa antes. Primeiro, eu entro em contato com a pessoa, marco o melhor horário, cerca de dois ou três dias antes da consulta, a pessoa recebe um formulário pré consulta (...) com base nisso, eu sento, avalio cada caso, para **me preparar** para cada atendimento. Porque eu não acho legal eu não estar preparado para atender aquela pessoa, então, **eu me adequo a necessidade da pessoa (grifos da pesquisadora)**.

(...) eu como nutricionista, tenho que ver até onde eu posso ir para não ser desagradável com esse indivíduo, ser assertivo, isso é uma linha bem tênue para mim. Sabe, não que eu já tivesse tido algum caso ruim. **Não, nunca tive (grifos da pesquisadora)**.

Uma segunda hipótese é que pode ter se tratado de uma publicidade para a marca. Por curiosidade, ao entrar no perfil da empresa ele estava como modelo da marca. Há diversas fotos, com jalecos diferentes, em algumas ele usa estetoscópio – um objeto bem característico e significativo no modelo biologicista. As fotos não trazem nenhuma menção de que ele é nutricionista.

Em suas fotos no perfil, após essa primeira publicação, registrou diversos momentos em atuação no consultório utilizando o jaleco. Inclusive, o informante alterou a foto principal do perfil, optando por uma dessas com a vestimenta.

Em uma análise sócio histórica, é compreensível esse discurso que oscila e transita por diferentes compreensões do significado e da importância de tal elemento. Assim como uma outra participante que utiliza de acordo com as expectativas dos interagentes, isso pode ser objeto de pesquisas futuras e aparenta ser uma temática em (des)construção.

Tornou-se muito comum a divulgação de produtos e associações a marcas e empresas nas redes sociais, feitas por peritos e leigos, influenciando à grande parte de quem consome a informação. Mais uma vez, destaco que esse é um grande desafio e temática que precisará estar na pauta dos conselhos e órgãos reguladores.

IV - Entrevistada 04:

A quarta entrevistada, mantém um perfil pessoal com intensas publicações. A maior parte delas (N=30), com conteúdo sobre família e amigos; 11 fotos com alunos em defesas de TCC. O que mais chama atenção no discurso é sua verbalização sobre dedicação e amor pela docência, constatado em algumas legendas como: “amo ensinar, amo minha profissão”; “meta formar bons profissionais”. Tudo isso, parece estar em congruência também com o que foi vivenciado na entrevista; a imagem de uma professora com carisma e um acolhimento natural em seu modo de falar; muito empática. Ela utiliza a ferramenta dos *stories* para publicar momentos pessoais, em geral, seus *hobbies* e atividade física diária.

V – Entrevistada 05:

A entrevista número 5, é a que mais tem seguidores (n=10 mil); possui perfil comercial e é muito engajada com suas publicações; atingiu um total de 59 *posts* no período; chama a atenção a maneira como organiza e a constância no conteúdo. Em resumo, as publicações podem ser divididas em cinco categorias: Propriedades ou Benefícios (n=11); Receitas (n=9); Dicas, mitos e dietas (n=15); Pessoal (n=19); e, Mensagens motivacionais (n=6). A disseminação das informações alterna entre essas temáticas.

Essas categorias estão por vezes interligadas, pois há conteúdo de receitas que se mesclam com propriedades e benefícios de determinado alimento em destaque; ou, fotos pessoais com legendas motivacionais. Em todas as categorias, verificou-se um discurso que se distancia do discurso proferido na entrevista; analisado ponto a ponto, conforme o tipo de publicação.

A categoria ‘propriedades e benefícios’ enfatizava expressões: ‘faça do seu alimento seu medicamento’ – instruindo: “porção recomendada”; “modo de uso”; “recomendações”; esse discurso se assemelha ao conceito da medicalização da alimentação, discutido no primeiro capítulo. No âmbito político-social, isso reforça a construção do que é saúde ou, saudável, a partir de verdades biológicas, ou seja, os profissionais legitimam, reforçam e promovem condutas que podem favorecer o controle biopolítico; fortalecendo o mercado de alimentos, suplementos e da indústria como um todo que atua no segmento ‘vida saudável’ (EGGER; DIXON,

2009). Isso pode ser visto a partir do conceito de controle de si, pois à medida que a população é vigiada, submetida e dependente de profissionais, instituições e peritos, tem sua autonomia reduzida ou até mesmo anulada perante a vida, em especial à sua própria capacidade de cuidar-se.

Já a categoria 'receitas', demonstrou uma associação com uma loja de produtos naturais, em cinco publicações a legenda trazia o dizer "os ingredientes vocês encontram na @loja". No artigo 60 do código de ética do nutricionista é vedado a manifestação, indicação de marcas de produtos ou empresas ligadas às atividades de alimentação, de modo a não direcionar e preservar a autonomia das pessoas - exceto quando o profissional for contratado pela empresa ou indústria.

A análise não permite afirmar do que se trata, entretanto, é inegável o peso de quando há a indicação de um produto ou serviço nas mídias sociais, devido ao volume de pessoas que é possível comunicar tal fato. Essa mesma velocidade com que boas informações podem se disseminar, também é real com as *fakenews*. Configura-se um campo sem muitas regulamentações, propiciando discursos de todos os tipos.

Dentre as receitas, uma delas chamou mais atenção pelo título: "**cheese cake sem culpa**". As sobremesas e todas preparações envolvendo o açúcar, são popularmente tidos como 'alimentos proibidos' para quem está de dieta ou seguindo uma alimentação saudável. A versão da receita exibia o adoçante como solução para a 'culpa'. Entretanto, há várias questões envolvendo esse discurso, oposto à entrevista.

Primeiro, a crença de que há alimentos permitidos e outros proibidos, é resultado do modelo cartesiano biologicista. A mentalidade da dieta é definida por Orbach (1978) citado por Mennucci, Timerman e Alvarenga (2015), como: "o controle social e consequente mal estar que atravessa a experiência com a alimentação e o corpo" (p. 56). Dessa forma interfere nas escolhas alimentares, com perda de autonomia dos indivíduos frente aos alimentos - acerca do que comer, quanto e, quando comer. Essas informações de caráter biologicista visam o controle populacional através de recomendações extremistas que acabam por gerar medo e, assim, faz com que necessitem de um especialista para dar as orientações.

Segundo, a indústria desempenha importante papel nesse contexto uma vez que desenvolve junto à pesquisadores (configurando um conflito de interesses), estudos para demonstrar certos benefícios ou resultados alcançados com os produtos ou substâncias. Dessa forma, conseguem questionar o consumo do açúcar (e outros tantos alimentos) e promover o consumo de adoçantes sintéticos (em sua maioria); configurando uma modalidade de controle também. Visto sob o aspecto qualitativo, é possível afirmar que muitos adoçantes sintéticos causam tão mal à saúde quanto o açúcar (em grandes quantidades).

Em terceiro lugar, a atribuição de culpa ao sujeito é parte do modelo hegemônico que, ao invés de contribuir para a mudança de comportamento, apenas afasta-o ainda mais de sua comida – como apontado por Demétrio e colaboradores (2011). A cultura da culpabilização também foi observada em um *post* que incentiva uma dieta a fim de “combater” os exageros do Natal.

Na categoria fotos pessoais, chama atenção o fato de que, em dez *posts* da nutricionista, havia a exibição do seu corpo de forma mais explícita. Em algumas postagens haviam legendas motivacionais, entre elas “bora começar com foco, segundou”; e em duas, uma propaganda sobre a academia na qual ela treinava.

A exposição do corpo é uma realidade nesse contexto que o tornou uma ‘máquina’. Como um ‘modelo de sucesso’ a ser seguido, vende a ideia de que o profissional é competente, pois seu auto empreendedorismo a levou a um corpo ‘ideal’ e desejado por muitas mulheres. Muitos profissionais justificam esse tipo de publicação como medida para ‘incentivar’ as pessoas a aderirem à hábitos e comportamentos mais saudáveis, entretanto, isso não se efetiva na realidade. Além disso, a expressão ‘força, foco e fé’, que também viralizou na cultura de academias e programas de alimentação, faz alusão a todo o empenho, esforço, e, em certa medida, sacrifício necessário para atingir os objetivos reforçando esse discurso que está em sintonia com o controle biopolítico e todo o paradigma cartesiano.

A contemporaneidade caracteriza-se como uma sociedade lipofóbica, podendo se observar um modelo de corpo ideal magro para as mulheres e musculoso para os homens. A saúde e a estética estão intimamente associados, mas indo além, no imaginário social também se inclui a ideia de felicidade, beleza, prestígio e sucesso. O culto a esse padrão corporal reforça e intensifica o mercado de serviços e

produtos estéticos, médicos e nutricionais (NEIGHBORS; SOBAL, 2007; TORRES, 2016; SANTOS et al, 2016).

As mensagens transmitidas nas publicações parecem estar em conflito em diversos momentos: há um *post* sobre receitas funcionais de natal e em seguida foto dela comendo rabanada; um outro sobre comer sem culpa e, outro sobre *detox*; uma receita para comer sem culpa que incentiva o uso de adoçante e, em outro aparecem dicas para compensar os exageros de fim de ano afirmando “**se mantenha distante dos açúcares e adoçantes**” (grifos da pesquisadora).

A definição de gastroanomia talvez possa ilustrar essas informações conflituosas que a população precisa lidar diariamente. O fluxo de mensagens consumidas nas redes sociais é incomparável a momentos anteriores da história, e, surgem pequenos movimentos na internet, como o *unfollowpositivo*, incentivado por profissionais de saúde mental e também nutricionistas preocupados com o crescente aumento de transtornos de imagem e alimentares, fortemente influenciados por esse consumo desenfreado de informações sobre corpo perfeito, estética e beleza que fazem alusão à saúde – um grande paradoxo que adoce mais as pessoas.

VI - Entrevistado 06:

O último entrevistado apresenta um perfil pessoal; das onze publicações no período, seis delas eram de cunho pessoal com fotos da família e amigos; as outras cinco publicações com teor profissional, registravam momentos em participações de eventos na faculdade; na cozinha do hospital onde atua; e uma confraternização com alunos. Em todas as ocasiões, mesmo profissionais, ele transparecia uma imagem irreverente e descontraída, o que condiz com a entrevista realizada. Na opção *stories*, o entrevistado utilizou apenas para registros sobre seus *hobbies* de atividade física.

O decorrer geral da coleta de informações e as respectivas análises, permite a compreensão das categorias conceituais controle e cuidado, a princípio opostas, na verdade, estão entrelaçadas à prática do nutricionista. Não é possível afirmar que um profissional é puramente ‘controlador’ ou ‘cuidador’, assim como, não é possível ser a mesma coisa o tempo inteiro. O que parece acontecer é uma relação

simbiótica, explicada por diversos fatores como: a cultura, os costumes, as expectativas, a experiência e o conhecimento ou a falta de, entre outros.

Ao mergulhar nas leituras a respeito do cuidado, Boff (2005) diz que há uma espécie de ditadura do modo de ser do trabalho, uma cultura onde busca-se pela eficácia de produção e de dominação na terra. De modo que há uma escravidão produzida pelas estruturas do trabalho produtivo, racionalizado, objetivado e despersonalizado, submetidos à lógica da máquina, por sua vez, é uma lógica agressiva e destrutiva (da terra, dos recursos, das relações, da espiritualidade e do sentido de pertença).

O autor continua e atesta que o antropocentrismo, o androcentrismo, o patriarcalismo e o machismo implicam relações masculinizadas. Segundo ele, o modo de ser no mundo exclusivamente como trabalho pode levar à sua destruição.

Em contrapartida, o modo de ser do cuidado caracterizou-se, ao longo da história, como algo feminino nas práticas humanas, considerado práticas que tem dificuldade de obter objetividade e eficácia. Ele conclui que o grande desafio do ser humano é combinar trabalho com cuidado, pois, não se opõem, mas se compõem. Sustentado por ele com as seguintes palavras:

Limitam-se mutuamente e, ao mesmo tempo, complementam-se. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado ligada a objetividade e por outro à subjetividade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra, e não vê-las como modos de ser do único e mesmo ser humano (p. 32).

Contextualizando, na nutrição é compreensível por todo percurso histórico sociocultural no qual a ciência se insere que, ainda haja uma predominância no modo de ser trabalho, este que se assemelha ao paradigma prescritivo, controlador. Não só por parte de profissionais, mas também na ótica dos leigos que parecem ter expectativas que remetem ao profissional da medicina que ocupa uma posição de grande importância social, valorizado e com credibilidade em suas ações.

Em compensação, os profissionais de nutrição parecem buscar o reconhecimento, a valorização e a credibilidade, social e econômica, similar à atuação médica - através de práticas que possam se aproximar do que é considerado bom/positivo. Boff (2005) reitera que:

O resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho. Mas mediante uma forma diferente de entender e realizar o trabalho. Para isso, o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo de ser cuidado. [...]

Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. [...] Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado (p. 33-34).

Os seres vivos, especialmente os humanos, tem a capacidade de emocionar-se, envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado. Ou seja, de construir o mundo a partir de laços e relações. Ao tomar como verdade que sentar-se à mesa, comer comida e alimentar-se é muito mais que ingestão de nutrientes, é atestar que não é possível conceber uma distinção entre nutrição e aspectos psicossocioculturais. Ceccim e Merhy (2009) endossam a opinião de que a prática do atender necessita de uma ordem do encontro, condições que permitam a interação.

Como consequência desta reflexão, acredita-se que é fundamental o fomento de uma cultura e de uma prática clínica e docente conectadas à integralidade humana, a qual não se estrutura apenas em informações ou conhecimentos, mas primeiramente no *pathos*, o sentimento, a empatia, dedicação, cuidado e compaixão com o próximo.

Para finalizar a ponderação, Ayres (2004) reforça que a presença do profissional de saúde na frente do paciente não se resume ao simples papel de aplicador de conhecimentos e, Boff (2005, p. 33-34) relembra:

Mais do que o cartesiano *cogito ergo sum* (penso, logo existo), vale o *sentio ergo sum* (sinto, logo existo). O livro de Daniel Goleman *Inteligência Emocional* se transformou em um *best seller* mundial, porque, à base de investigações empíricas sobre o cérebro e a neurologia, mostrou aquilo que já Platão (427-347 a.C.), Santo Agostinho (354-430), a escola franciscana medieval (com S. Boventura e Duns Scotus) e Heidegger (1889-1976) ensinavam há muito tempo: a estrutura básica do ser humano é o *pathos*, é o sentimento, é o cuidado, é a lógica do coração. “A mente racional”, conclui Goleman (1995, p. 309), leva um ou dois momentos mais para registrar e reagir do que a mente emocional; o primeiro impulso...é do coração, não da cabeça”.

A título de conclusão, múltiplas interpretações foram sugeridas com o intuito de minimizar as distorções ou, a preponderância da minha visão enquanto pesquisadora. Até porque, os textos e falas estão imbricados em uma teia composta pela cultura e todas as intenções daquele que se expressa (MACEDO et al, 2008). O próximo tópico tece algumas considerações finais que a pesquisa pode ensejar sobre toda a caminhada.

“Essa história de amor e ódio começa em 2014, quando uma nutricionista muito radical me passou uma dieta líquida em que o café da manhã era suco verde. ‘Não pode coar, heim’, ela me disse. (...) odiei, lembro do cheiro até hoje. Estamos em 2019 agora. O suco verde estava guardado onde eu achei que ficaria para sempre: nas memórias ruins de dieta, que eu nunca mais vou voltar. Ele começou a figurar na lista que eu chamei de ‘coisas de dieta que tenho ranço’, feita a pedidos da marcela. Ela me deu algumas ideias que envolviam suco verde, mas, eu confesso que elas não me convenceram muito. Ontem, enquanto fazia a lista de compras, pensei: ‘ah se eu bater couve com hortelã, de repente...’ Coloquei na lista. Hoje de manhã, bati a hortelã com couve e limão. Coloquei em um copo, sem coar e tentei tomar. 5 anos depois e o suco não coado continua sendo intragável. Coei e ficou melhor. Dessa vez, os pensamentos que vinham junto como qualquer comida de dieta, não vieram mais. A ausência de pensamentos fez até o suco ficar mais gostoso. O fato de ter tomado esse suco depois de ter comido duas panquecas de laranja docinhas e deliciosas, fez ele ser só o que é: um suco. E não um símbolo dos meus defeitos e de uma necessidade constante de emagrecer e estar dentro de um padrão. Dessa vez, eu não tomei suco verde porque ‘tenho tendência a engordar e gente como eu tem que tomar cuidado’. Dessa vez eu tomei o suco porque eu quis”.

(Isa³⁰, 28 anos)

4.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que conta não é a solução de um problema particular, mas a estrada percorrida para alcançá-lo.

Hadot

Este trabalho se debruçou sobre a análise de dois conceitos: controle e cuidado de si. Por esse motivo, os capítulos foram divididos nessas duas categorias, mas durante toda a problematização, é possível observar o diálogo entre tais conceitos e a tríade ser humano-alimentação-saúde.

Relembrando, o controle de si, conceito originalmente foucaultiano, versa a respeito de como o poder está sempre relacionado à alguma forma de saber, produzindo-se a partir dos corpos, de suas relações e, operando através de instituições. Na nutrição, o controle pode ser exercido através do uso de estratégias de cálculo e mensuração padronizadas; na interação pessoal; nos discursos endossados por peritos; nos ambientes de atendimento ou de ensino; no modelo de aprendizagem e até através das redes sociais. Na era da sociedade do consumo, consumir é uma ação onipresente – nesse sentido, consome-se maneiras de ver, de sentir, de

³⁰ Transcrição de um texto escrito por uma interagente.

pensar, de perceber, de morar, de vestir, de comer, e claro, de ser. Estilos de vida que são vendidos como produtos fabricados em série – uma verdadeira linha de produção padronizada que, minimiza as subjetividades. Em última instância, é um controle biopolítico.

Já o cuidado de si, refere-se à capacidade intrínseca que todo ser humano tem de cuidar de si e necessitar do cuidado do outro; pode ser visto por várias perspectivas e campos de estudos; originário do período pré-socrático; tomar conhecimento de si é um exercício diário que permite a autonomia e liberdade a fim de encontrar seu próprio modo de vida – conforme seus valores e potências. Na nutrição, o resgate do conceito do cuidado de si contribui para a retomada do que fundamental na prática profissional: a centralidade do interagente. Autores de diversas áreas foram mobilizados com o objetivo de reunir maneiras de promover ideias, conceitos, abordagens e práticas que se alinham com a temática e a realidade que se apresenta. Ressalta-se que esse termo não implica sobrecarregar o indivíduo nem eximir o papel do Estado em promover o bem-estar social dos cidadãos através de políticas públicas de saúde e qualidade de vida.

De acordo com a literatura apresentada, a ciência da nutrição está intimamente ligada à medicina moderna; há diretrizes e documentos de ambas muito similares. As condutas clínicas dos nutricionistas reverberam o paradigma hegemônico biologicista: racionalizado, enfatiza a mensuração, o cálculo, a predição e organização sistemática a partir de uma máquina. Na prática, estabelece-se uma relação hierárquica dominando o sujeito leigo e destituindo-o da condição de ator do processo. Demétrio e colaboradores (2011) reforçam que:

A incorporação excessiva da tecnociência biomédica na prática clínica dos profissionais de saúde passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, tais com interferência na relação profissional-paciente; culpabilização dos sujeitos pelo seu adoecimento; novos riscos; iatrogenia; graus exagerados de especialização; institucionalização dos cuidados de saúde; elevação nos custos dos serviços; comprometimento na alocação de recursos no sistema de saúde (p. 746).

A história recente aponta grandes avanços e, significativas melhorias na expectativa e qualidade de vida da população através da ciência da nutrição. É louvável a atuação da nutrição nos problemas que se apresentaram até então, porém, o cenário em constante alteração apresenta novas demandas.

Vive-se uma epidemia de doenças e problemas relacionados a alimentação humana. Desordens que extrapolam o corpo biológico, atravessam a complexidade humana e, conseqüentemente as subjetividades. O pensador Kafka Janoush afirma que não vivemos em um mundo destruído, vivemos em um mundo transtornado.

Fatores como a mídia, empresas, indústrias, e o estado configuram-se como mecanismos de poder. O nutricionista, inserido nesse contexto, atua em meio a essas tensões e conflitos. Por meio de discursos legitimados pelas instituições e pelos profissionais de saúde, essas concepções do que é saúde, saudável ou, alimentação adequada, são validadas e, reforçadas por regras, discursos e práticas estabelecidas. O próprio interagente sofre essas influências e chega no consultório, muitas vezes, esperando uma dieta restritiva, medicalizada ou atitudes que implicam no controle.

A pesquisa se apoiou em diferentes autores, teorias e campos distintos a fim de refletir sobre o modelo de nutrição hegemônico, descrito como controle de si. É inegável uma crise nas abordagens, tratamentos e intervenções clínicas – decorrente das mudanças socioambientais, mas também na maneira como as intervenções são propostas.

Entretanto, a crise parece não ser exclusiva ao campo da nutrição, mas de uma forma generalizada ao campo da ciência. De modo que não se trata de questões internas apenas, mas também no relacionamento entre ciência e sociedade.

As disputas internas da nutrição se expressam com mais ou menos força de acordo com a condição histórica. Desde o surgimento do paradigma, até os dias atuais, houve uma construção de aliados e situações favoráveis permitindo que esse sistema de conhecimento fosse digno de ser seguido e legítimo de ser entendido. Dessa forma, percebe-se que há muros erguidos que servem de proteção à área, dificultando ou até impedindo a entrada de conhecimentos mais interdisciplinares e assim, perpetuando o excesso de racionalização e matematização da vida.

O nutricionista provavelmente terá cada vez mais atuação nas próximas décadas, visto que grande parte das enfermidades podem ser prevenidas, amenizadas ou até curadas através de uma alimentação adequada. Porém, esse modelo pautado no controle, na prescrição, na punição, no reducionismo ao corpo biológico e no

distanciamento da realidade dos interagentes e suas subjetividades parece necessitar de uma revisão, o que foi objeto de estudo dessa pesquisa.

A proposta de uma perspectiva hermenêutica é pertinente; a reflexão ou desconstrução de conceitos rígidos, práticas e discursos dominantes em todas as ciências que devem estar atentas a suas redefinições e ajustes com os desafios sociais da sua época. A vida se mostra sempre dinâmica; a saúde e a doença caminham juntas; as possibilidades de análise são polissêmicas; vinculada às significações culturais e pessoais de modo temporal. Da mesma maneira que o ser humano, a alimentação não pode ser explicada, compreendida ou aplicada apenas através do seu conhecimento técnico e biológico. A atuação do nutricionista perpassa por essa complexidade do binômio ser humano-alimentação, de alguma maneira, indivisível.

Como foi aqui mostrado, emergem propostas de diversos campos e referenciais teóricos distintos que questionam a visão do controle de si. Baseando-se no cuidado de si, tais propostas podem ser aprimoradas e/ou adaptadas para a área da nutrição clínica, de forma a contribuir com uma atuação centrada no cuidado dos interagentes e que têm como princípios a autonomia, a responsabilização, a agência e a valorização das subjetividades dos indivíduos.

Busquei mobilizar características e aproximações sobre o que é cuidar no contexto da atenção à saúde, em especial no campo da nutrição clínica: é múltiplo, assim como os anseios humanos. Não é possível a concepção de uma única definição de saúde, de alimentação saudável, de um estilo padronizado de bem viver, porque isso promoveria a serialização de algo que deve ser singularizado. E, somente através do respeito as subjetividades, a diversidade e a potência do ser humano é possível ser um agente do cuidado.

Tentativas de compreender o cenário atual da alimentação e suas inter-relações com os diversos atores, é um importante papel assumido pelas Ciências Humanas e Sociais. A nutrição se amplia sensivelmente quando analisada sob tal olhar. Perspectivas históricas, ambientais, políticas, geográficas, filosóficas, antropológicas e sociológicas são fundamentais para a compreensão e resolução das questões alimentares uma vez que o ato de comer acontece de acordo com regras sociais, influenciando a todos que vivem por aqui.

A partir de estudos como esse, acredito ser possível elucidar novas propostas para uma ciência da nutrição clínica mais efetiva em suas intervenções que entenda o ser humano como um todo.

Como visto nas entrevistas, cada profissional descreveu práticas, ações e modos de compreensão sobre os assuntos que tangenciam o cuidado. Dessa maneira, o modo de ser cuidado ou o desenvolvimento de abordagens e práticas orientadas para o cuidado de si, não são passíveis de completa protocolização, elas devem servir como uma caixa de ferramentas disponíveis no ato do cuidar – pois, ele só se efetiva na interação humana: nutricionista-interagente.

Diante de novas abordagens baseada no cuidado, cabe aos profissionais da área o empenho no fomento de novos estudos que possam demonstrar os efeitos e desdobramentos de uma prática que privilegia a relação horizontal, empática, ampliada, não prescritiva e com foco no autoconhecimento e cuidado dos interagentes.

As percepções sobre essa pesquisa não refletem apenas a pesquisa de campo, mas toda a trajetória percorrida nesses dois anos de aprendizado que o mestrado me proporcionou. Há alguns pontos de destaque: o primeiro refere-se à importância da paixão pelo tema de pesquisa que foi imprescindível para buscar de maneira profunda literaturas e autores para contribuir com a revisão realizada. Nos momentos de menos energia ou dificuldades cotidianas, a paixão contribuiu para a ação e me fez retomar o caminho.

A princípio, por trabalhar/atuar com o tema na prática clínica me vi em uma busca de ‘comprovar’ uma verdade na qual acredito, uma posição de militância, assumida desde o primeiro momento. Declarar essa assumida ‘falta de neutralidade’ contribuiu para que houvesse ainda mais atenção aos fatores que poderiam influenciar ou sugerir respostas, comportamentos e interpretações. E aqui, é importante pedir a relativização do leitor quando perceber que essa, como toda paixão, pode ter dificultado em certos momentos o distanciamento necessário para analisar o tema. O fato da pesquisa ter sido realizada dentro das Ciências Sociais permite, pelo menos, que essa realidade humana seja trazida à tona e não abortada, como acontece nas pesquisas em áreas biológicas ou exatas.

Outro ponto relevante foi a flexibilidade; inevitavelmente, o caminho acadêmico conta com muitos dilemas, impasses e problemas. Ajustes foram feitos durante todo o tempo; sem a flexibilidade, não teria chegado nesse desenho final. Entre as intercorrências, destaco o papel essencial da banca de qualificação que fez diversos apontamentos e contribuiu para novas perspectivas.

E, por fim, um terceiro fator fundamental foi a possibilidade de ser surpreendida, de cultivar a mente de principiante – como o *mindfulness* propõe. A abertura para o ‘não saber’ facilitou o desenvolvimento das reflexões e problematizações. Esse talvez, tenha sido o maior desafio e, também, o maior aprendizado. Eu esperava encontrar profissionais rígidos, prescritores, tecnicistas e com ações iatrogênicas; muitas vezes vítimas da falta de humanização.

Ao iniciar a pesquisa de campo, os profissionais encontrados, apesar de não serem especialistas em abordagens comportamentais que estimulam práticas e ações que se relacionam com o cuidado de si, expressaram, de alguma maneira, uma compreensão sobre a nutrição com foco no interagente.

O resultado encontrado foi exatamente essa ‘não totalidade’; incoerência inerente a todo ser humano. Apesar da aparente oposição das duas categorias, essa divisão foi de caráter conceitual. É possível afirmar que não existem abordagens ‘puras ou tipos ideais’. As categorias controle e cuidado se entrelaçam por diversos fatores que também constroem as incoerências humanas formatadas durante o processo educacional de formação do ensino superior; influenciadas pelas expectativas do interagente e pelas demandas mercadológicas; transpassadas pela pressão sociocultural, as mídias e outras influências que compõem esse quadro e que não foram exploradas nesta pesquisa por conta da limitação do tempo.

Um nutricionista clínico pode usar de elementos que foram aqui apresentados no contexto de controle – jaleco, balança, prescrição - e conseguir construir com o interagente uma relação afetiva e horizontal, qualificada como elemento de cuidado. O que a pesquisa ressalta é a importância do desenvolvimento da ética, de habilidades técnicas e competências humanas que não estão inseridas no programa acadêmico regular. A medida que os alunos e profissionais tomarem conhecimento de novas abordagens terão a liberdade para escolher o que for melhor para suprir a necessidade de cada interagente, garantindo a singularidade do ato de cuidar.

Um dos grandes desafios para os seres humanos é sair da dualidade e assumir as ambiguidades; não é tornar-se apenas uma coisa ou outra, mas sim saber combinar ambas. Da mesma forma, o cuidado e o controle de si na prática nutricional - ao contrário da teoria - não são excludentes, mas podem se compor, se complementar.

Articular, agregar, integrar, reorganizar e repensar a prática clínica é fundamental para um projeto de nutrição clínica no qual o nutricionista seja realmente promotor de saúde.

A elaboração de um roteiro de entrevista possibilitou compreender de que maneira as categorias – controle e cuidado, apareciam ou poderiam se refletir nas práticas profissionais do nutricionista clínico. Após as entrevistas, o desafio foi utilizar a teoria – no caso, os conceitos foucaultianos – para uma análise dos dados coerente e aberta para construir novas reflexões.

Tal recurso me auxiliou no sentido de utilizar a linguagem para além da linguagem; ou seja, para tentar romper com a exclusividade linguística e incluir tudo que compõe esse discurso – simbolismo, comportamentos, expressões faciais, ideias e até objetos representativos que compõem um discurso. Relembro que, como todo estudo de caso, a pesquisa não visava apontar relações direta de causa e efeito e, tampouco, apreender a totalidade da realidade.

Foucault afirmava que as coisas não preexistem às palavras, mas ao contrário, são os discursos que produzem as verdades de um certo momento histórico. A partir de um resgate histórico de quem somos, é possível pensar como nós poderíamos ser diferentes, ou seja, nos transformar. Então, entender como os discursos nos produzem, foi também uma forma de pensar diferentemente. Isso é descrito pelo autor como a ontologia crítica do presente - na medida em que se pensa aquilo que seria possível, a possibilidade de uma transformação de nós no presente.

Nas entrevistas piloto, meu olhar se concentrou em verificar se o questionário atendia às perguntas iniciais; se o entrevistado compreendeu bem; se o tempo de entrevista estava dentro de um padrão aceitável; enfim, busquei um foco no funcionamento e na funcionalidade do roteiro de entrevista.

Porém, quando as entrevistas se efetivaram, começaram a surgir novas percepções, desconectando-se de certa forma da rigidez do roteiro, abrindo-se para as

entrelinhas e enfatizando a importância de entrevistas semiestruturadas e flexíveis. O surgimento de novas perguntas foi algo relevante e perceptível a cada nova entrevista. Não de perguntas específicas que poderiam ter sido incluídas no roteiro original, mas em decorrência da interação e das respostas dadas pelos próprios entrevistados. Em muitos momentos, isso aconteceu de forma consciente; ainda que a pergunta não estivesse no roteiro. Intencionalmente, o entrevistado foi estimulado a falar sobre determinados assuntos como ambiente da sala de aula; perfil de alunos e como eles lidam com o excesso de informações; motivação de interagentes; dietas perfeitas e calculadas; o papel do professor; a potência das redes sociais, entre outras.

A pesquisa não assumiu uma abordagem participativa, mas certamente a importância de o pesquisador estar aberto ao conhecimento do informante, a ouvir e respeitar o que é relevante para ele/a é algo caro as metodologias qualitativas das Ciências Humanas e Sociais e, ter isso em mente, me ajudou nesse processo como pesquisadora e profissional. Em última instância, esse processo empírico pode ser visto como uma interação baseada no cuidado, pois fundamentava-se na escuta ativa, na curiosidade, na disponibilidade para que o outro revele sua potência para além do que o roteiro conduzia.

Enfatizo que, como em toda pesquisa qualitativa, os entrevistados não representam estatisticamente a comunidade de nutricionistas do ES. Os achados podem ser avaliados como positivos e parecem estar alinhados em muitos aspectos com características do cuidado de si. Ainda assim, são inúmeros os casos em que reverberam as práticas e discursos controladores – como no exemplo emblemático da gordofobia cujo papel dos especialistas vem sendo cada vez mais explorado em estudos na área da nutrição.

Destaco que uma característica comum a todos os participantes foi o fato de conseguirem desempenhar funções de docência e clínica, concomitantemente. Isso pode indicar que, estar em contato com o interagente e, ao mesmo tempo, com o ensino da teoria, aproxima o profissional de um cenário mais real. É possivelmente que essa qualidade ofereça oportunidades de produzir encontros humanizados, tanto na sala de aula, quanto no consultório – quando comparado àquele profissional ligado estritamente à área acadêmica que não tem contato com interagentes.

Essa jornada dupla do profissional também se percebe como relevante para os futuros profissionais, alunos dos cursos de graduação, que se beneficiam com conteúdo enriquecidos com a experiência prática do professor. Mais uma vez, essa dupla atuação pode contribuir com o desenvolvimento de habilidades e competências que extrapolam a teoria, o tecnicismo das disciplinas, além de flexibilizar e liberar a rigidez da 'grade' curricular das graduações.

De forma simultânea, ao estar em contato com o mercado e com a população, o nutricionista também se atualiza em relação às práticas, discursos, pensamentos e demandas dos interagentes. Portanto, há um grande fortalecimento da atuação prática e docente, não só para os profissionais, mas todos os envolvidos nesse contexto interativo. Nesse sentido, questiono a dedicação exclusiva imposta aos profissionais da saúde nas instituições de ensino superior pública ou também, da imposição de cargas de trabalho exaustivas nas IES particulares que inviabilizam o exercício de outras funções profissionais. Em ambas as situações, o profissional acaba por se manter longe das demandas e desafios reais do seu interagente.

É significativo o desgaste dos professores que assumem compromissos em mais de uma instituição devido à baixa remuneração. Questionar a saúde física, mental e emocional dos profissionais pode refletir também na qualidade do atendimento à interagentes e à qualidade do ensino – basta recordar dos altos índices de *burnout* entre profissionais da saúde e professores, neste caso, dois fatores que potencializam a probabilidade de esgotamento.

Destaco também a fundamental participação dos professores na formação de alunos, uma constatação óbvia, mas também, na repercussão e manutenção da suas habilidades, crenças, conhecimentos, discursos e maneiras de atuar – pois, servem como modelos para esses futuros profissionais. Esses por sua vez, tendem a perpetuar o que foi aprendido quando se formarem; se tiverem aprendido modos de cuidar de si e do outro, o farão; mas se tiverem sido controlados, docilizados e adestrados para identificar sintomas, doenças e questões biológicas apenas, também reproduzirão em sociedade; traduzindo: os alunos aprendem como dominar, controlar, docilizar a partir de sua própria subjetivação. Sugiro que mais pesquisas sejam realizadas no âmbito da sala de aula de IES, investigando o impacto dos

professores na formação dos futuros profissionais e também sobre a saúde dos alunos.

A educação continuada foi um achado notório entre todos os entrevistados, evidenciando, ainda mais que a formação generalista das faculdades de nutrição deixa muitas lacunas – especialmente em aspectos e habilidades que estão para além da nutrição. Naturalmente, cursos de graduação dificilmente conseguem dar conta dos desafios profissionais em qualquer área de estudo. Tal fato endossa que os profissionais que se empenham em estudar e ampliar seu campo de conhecimento continuamente para além da graduação, conseguem atuar, independente da área, com um olhar mais abrangente.

Ao explorar o paradigma da nutrição, a pesquisa de campo teve ênfase na opinião e percepção de especialistas. Porém, para as pesquisas futuras, vislumbro que possam ser abarcadas as perspectivas dos interagentes e dos alunos, de modo a dar voz e explorar a reflexividade que esses atores apresentam na contemporaneidade. Foi-se o tempo que esses atores ‘leigos’ eram passivos. Reflexivamente, eles estão cada vez mais inseridos na arena de conhecimento da nutrição, sendo afetados e afetando todo o sistema, como já se sabe nos diferentes estudos da área médica sobre o ‘paciente informado’.

Imagino que promover mudanças no modelo ou no sistema de saúde e assistência ao interagente é um grande desafio com dimensões estruturais, visto que o paradigma hegemônico está enraizado - como a teoria já discute e como foi observado nos depoimentos inseridos ao longo desse texto. Vislumbro que a mudança começa com um movimento micropolítico; se inicia debaixo para cima, com indivíduos e pequenos grupos, em direção a perspectiva do cuidado de si. É na ação individual o início da promoção de um cuidado ético social. Isso possibilitará, a longo prazo, uma nova formação.

A relação nutrição clínica e medicina é um caminho estabelecido; ao contrário, o diálogo entre o campo da nutrição clínica e a saúde coletiva ainda é distante. Promover a aproximação desses campos é outro desafio - visto que a saúde coletiva se encontra mais aberta aos saberes socioantropológicos e interdisciplinares, capazes de abarcar diversas teorias, conceitos, políticas e discursos pertinentes que envolvem o cuidado de uma forma mais integrativa. Um exemplo dessa dissociação

é a diferença que se mantém no conceito de alimentação saudável nas Políticas Públicas de Alimentação, Nutrição e Segurança Alimentar (que abarca dimensões culturais e socioambientais) e o restrito conceito clínico biomédico de alimentação saudável (com base no Nutricionismo e em perspectivas restritivas e regulatórias).

Portanto, é importante que pesquisas futuras possam considerar e encontrar um equilíbrio, na tentativa de incorporar não só a visão da nutrição moderna, mas de outras Ciências Humanas e Sociais como já mencionado. Este cruzamento de conhecimentos certamente possui implicações para a saúde coletiva, Castro e colaboradores (2006) fazem essa reflexão:

(...) não há uma verdade absoluta, ao abordarmos a ciência e a arte de lidar com a saúde e doença, a mente e o corpo. Seguimos reduzindo o homem a minúsculas partículas de volta aos genes, para fazermos o caminho inverso, integrando novamente as partes em direção ao ser uno. O objetivo deste trajeto é uma melhor compreensão desta complexidade e possibilidade de desenvolvimento tecnológico e humano que permita diminuir o sofrimento dos seres humanos (p.42).

A metáfora Heráclitoriana que clama que ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio resume bem minha jornada nesse Mestrado. Misturada a tudo que vivenciei nesses dois anos, o que deixou marcas profundas e que levarei para a vida pessoal, profissional e acadêmica é a concepção de que o ser humano é o único ser descrito através de um verbo. A condição de impermanência, da singularidade, da humanidade compartilhada entre todas as pessoas, reforça ainda mais a ideia de cuidado. Permitir-se ser vulnerável é a única maneira de poder estar verdadeiramente com as pessoas e cuidando – de si e do outro.

Ainda que existam muitos fatores e contextos contemporâneos que dificultam o modo de ser cuidado, o compromisso de profissionais da saúde deveria ser o de vislumbrar horizontes em que a subjetividade humana possa ser contemplada, despertando a potência de cada um.

Encerro essa travessia com um lindo e tocante texto que recebi de uma interagente. Ela me ajudou a lembrar que enquanto profissional, ainda que não se alcance metas e critérios ideias de saúde, não significa que nosso encontro foi em vão ou um fracasso. Cada caminho é único e essa é a beleza da promoção de saúde baseada no cuidado.

Tenho 9 anos e uma meta, nas férias escolares vou emagrecer, dois meses para mudar de vida, vou voltar diferente, vou usar óculos. Tenho 11 anos e

uma meta: faltam dois meses para o passeio, dá tempo de emagrecer. Vou comprar uma roupa nova, vou usar biquíni, vou ser outra pessoa. Tenho 15 anos e uma meta: faltam dois meses para o verão, vou me matricular na academia, passar seis horas por dia lá, vou anotar tudo o que eu como. Vou emagrecer, preciso por biquíni, vou estar linda no verão. Tenho 19 anos e uma meta: esse ano vou fazer diferente, vou sair, vou me divertir mais, vou estudar, não vou faltar nenhuma aula. Vou parar de comer besteira, vou emagrecer 10 kg, vou ser outra pessoa. Tenho 22 anos e uma meta: vou casar magra, vou vestir branco, vou parar de comer e tomar shake, vou emagrecer 10 kg e ficar feliz com minha imagem no espelho, não vou sair gorda nas fotos. Tenho 27 anos e uma meta: vou voltar para a academia, vou controlar minha alimentação, vou estudar para o concurso de juiz, vou emagrecer 7 kg, não quero tomar *shake*, vou procurar uma nutricionista, quero emagrecer, mas com saúde, vou vestir 40 de novo. Tenho 31 anos e uma meta: preciso me esforçar, preciso perder os kg da gravidez e os de antes da gravidez. Vou procurar uma nutricionista nova, vou fazer *detox*, vou fazer massagem, vou fazer ginástica funcional, vou cuidar de mim e não só dos filhos, vou fazer pilates, preciso não ter vergonha das minhas fotos. Tenho 34 anos e uma meta: vou perder 10 kg, vou casar minha irmã, vou vestir um vestido novo, vou parar de comer carboidrato e ter um novo estilo de vida, vou vestir 40 de novo, acho que deveria perder 15 kg ao invés de 10, vou recuperar a aparência que eu tinha aos 23. Tenho 37 anos e uma nova meta: **Não quero mais pensar que eu preciso emagrecer! Quais seriam minhas metas se eu não gastasse tanto tempo e energia pensando em perder peso?**

(Maria, 37 anos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABURAD, L. **Efeitos de uma nova intervenção interdisciplinar baseada na abordagem “health at every size®” sobre o perfil lipídico em mulheres obesas.** 2018. 65 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2018.

AGAMBEN, G. **O amigo & O que é um dispositivo?** Tradução Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó (SC): Argos, 2014.

ALMEIDA, D. et al. **Do corpo produtivo ao corpo rascunho:** aproximações conceituais a partir de relações entre corpo e tecnologia. *Revista Sociedade e Estado.* V.29, n.3 Setembro/Dezembro, 2014.

ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M. Comer intuitivo (p. 238). In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental.** Barueri, SP: Manole, 2015.

ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental.** Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

AMADIGI, F. et al. **A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana.** *Rev. Min. Enferm.*13(1): 131-138, jan. /mar. 2009.

AMARAL, M. **Culto ao corpo e estilo de vida entre as mulheres.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Sociologia. Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

_____. **Culto ao corpo e estilo de vida entre as mulheres.** *Sociedade e Estado,* v.27, n.1, Brasília, Jan-Abr, 2012.

AMORIM, K. **O cuidado de si para o cuidado do outro.** *Rev. Bio&thikos* 05 – Centro Universitário São Camilo – 2013; 7(4): 437-441.

AMORIM, S. et al. **A formação de pediatras e nutricionistas:** a dimensão humana. *Rev. Nutr.,* v. 14, n.3, p. 111-118, 2001.

ANDERSON, R. M. **Patient Empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences?** *Diabetes Care*, Alexandria, v.18, n.3, p. 412-415, 1995.

ANDERSON, R. M.; FUNNELL, M.M. **Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care.** *The Diabetes Educator*, Chigaco, v.26, n.4, p. 597-604, 2000.

AYRES, J. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 8 (14), 73-92, 2004.

AYRES, J, **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez, 2004b.

AYRES, J. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

AZEVEDO, E. **Alimentação e modos de vida saudável.** *Saúde Rev.*, Piracicaba, 6(13): 31-36, 2004.

_____. **Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável.** *Rev. Nutr.*, Campinas, 21(6):717-723, nov./dez., 2008.

_____. **Riscos e controvérsias na construção social do conceito de alimento saudável: o caso da soja.** *Rev. Saúde Pública* [online], vol.45, n.4, pp.781-788, 2011.

_____. **Alimentação Saudável: Uma construção histórica.** *Rev. Simbiótica*: n 7, Dez, 2014.

_____. **Liberem a dieta.** *Demetra*; 10(3); 717 – 727; 2015.

BAER, R. et al. **Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: a case study.** *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358, 2005.

BAGGIO, M. et al. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009: jul-ago; 62(4):627-31.

BARONI, D.; CUNHA, C. **Reflexões Sobre a Resistência na Clínica a partir de Michel Foucault**. Psicologia Ciência e Profissão, 28 (4), 682-695, 2008.

BARROS, J. **O campo da história: especialidades e abordagens**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BARROS, M.; GOMES, R. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado**. Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade do consumo**. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

BAYS, J. **Mindful Eating** – a guide to discovering a health and joyful relationship with food. Boston & London: Shambala, 2009.

BEARDWORTH, A.; KEIL, T. **Sociology of the menu**. London: Routledge, 1997.

BESERRA, E. et al. **Sufrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-mar 2014.

BODSTEIN, R. **Ciências sociais e Saúde Coletiva: Novas Questões, Novas abordagens**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (2): 140-149, abr/jun, 1992.

BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

_____. **O cuidado necessário**. Petrópolis: Vozes; 2012.

_____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. Ed. Petrópolis RJ: Vozes; 2014.

BOLSANELLO, D. **Educação somática: o corpo enquanto experiência**. Motriz, Rio Claro, v.11, nº2, p. 99 – 106, Maio/Ago, 2005.

BOSI, M. et al. **Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro**. J Bras Psiquiatr, 55(2): 108-113, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução/CFM nº 2056 de 20 de setembro de 2013**. Dispõe sobre Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de

funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. *Diário Oficial da União* 2013; 12 novembro.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução/CFN nº 382 de 27 de abril de 2006**. Dispõe sobre o juramento oficial do Nutricionista. *Diário Oficial da União* 2006; 04 maio.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução/CFN nº 594 de 17 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o registro das informações clínicas e administrativas do paciente, a cargo do nutricionista, relativas à assistência nutricional, em prontuário físico (papel) ou eletrônico do paciente. *Diário Oficial da União* 2017; 22 dez.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução/CFN nº 600 de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2018; 23 maio.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição**. *Diário Oficial da União* 2001, 09 novembro.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Portaria nº 971 **Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRAZIER, A. et al. **Evaluating a yogic breathing and meditation intervention for individuals living with HIV/AIDS**. American Journal of Health Promotion, 20(3), 192-195, 2006.

BROHM, J. **Corps et politique**. Paris: Delarge, 1975.

BROWN, B. **A coragem de ser imperfeito**. Rio de Janeiro: Sextante 2016.

BRUCKNER, P. **A euforia perpétua**. São Paulo: Difel, 2002.

BRUSTOLIN, L. **A vida**: Dom e cuidado – antropologia teológica e ética do cuidado. Ver. Trim. Porto Alegre, v.36; Nº152; p. 441-460; Junho, 2006.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 19-42.

CAMARGO-JUNIOR, K. **As armadilhas da “concepção positiva de saúde”**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, v.17, n.1, p. 63-76, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6º ed., Rio de Janeiro: Forense universitária, 2009.

CAPRARA, A. **Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003.

CARDOSO JR, H. **Para que serve uma subjetividade?** Foucault, tempo e corpo. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, n. 3, set –dez, p. 343-349, 2005.

CAREGNATO, R. MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 15(4): 679-84, 2006.

CARLSON, L. et al. **Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients**. Psychoneuroendocrinology, 29, 448-474, 2004.

CARMO, R.; COBO, G.; HELLMANN, F. **A relação de interagência sob a perspectiva da abordagem centrada na pessoa**. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares, Palhoça, v.1, p. 29-41, 2012.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CARVALHO, M. **A medicina em história: A medicina Hipocrática**. Rev. De Saúde Mental: Volume IV, Nº1 JAN/FEV 2002. Disponível em: (http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf).

CASTIEL, L. et al. **Os riscos e a promoção de autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19 (5): 1523 – 1532, 2014.

CASTRO, A. **Culto ao corpo**: identidades e estilos de vida. Apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, Set, 2004.

CASTRO, M.; ANDRADE, T.; MULLER, M. **Conceito mente e corpo através da história**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.11, n.1, p. 39-43, jan/abr. 2006.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Ed. Moderna, 1982.

CECCIM, R.; MERHY, E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso**: a humanização entre laços e perspectivas. Interface: Comunicação, Saúde Educação: v.13, supl. I, p. 531-542, 2009.

CÉZAR, M.; DUARTE, A. **Governo dos corpos e escola contemporânea**: Pedagogia fitness. Educação e Realidade: vol. 34, nº2: Pag. 119 – 134. Maio – Ago, 2009.

COELHO, M. FILHO, N. **Normal-Patológico, Saúde-Doença**: Revisitando Canguilhem. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9 (1): 13-36, 1999.

COELHO, D.M.; FONSECA, T.M.G. **“As Mil Saúdes**: para quem e além da saúde vigente. Psicologia & Sociedade; 19 (2): 65-69, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil. Brasília: CFN, 2006.

CORI, G.; PETTY, M.; ALVARENGA, M. **Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos** – um estudo exploratório. Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):565-576, 2015.

Cruess, D. et al. **Reductions in salivary cortisol are associated with mood improvement during relaxation training among HIV-seropositive men**. Journal of Behavioral Medicine, 23(2), 107-122, 2000.

CUNHA, G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3º ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Cunha, A.; MELLO SOBRINHO, C. **Dicionário etimológico**: nova fronteira da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CYRINO, A. P. et al. **A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2:** da adesão ao “empoderamento”. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botocatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, 2009

DANNER, F. **Cuidado de si e estética da existência em Michel Foucault.** Filosofazer, Passo Fundo, n.32, jan/jun. p. 73-94, 2008.

DAVIDSON, R. J. (2004). **Well-being and affective style:** Neural substrates and biobehavioural correlates. Philosophical Transactions of the Royal Society B, 359(1449), 1395-1411.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo:** comentários sobre a sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997 [1967];

DELEUZE, G. **Lógica do sentido.** São Paulo: Perspectiva, 1998.

DEMETRIO, F. A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidada e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada. In: SOUZA, M. et al. **Temas em saúde coletiva:** gestão e atenção no SUS em debate. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2014.

DEMÉTRIO, F. et al. **A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente:** contribuições para reflexão. Rev. Nutr., v.24, n.5, p. 743-763, 2011.

DURKHEIM. E. **Les formes élémentaires de la vie religieuse.** Paris: PUF, 1968.

EGGER, G.; DIXON, J. **Should obesity be the main game?** Or do we need an environmental makeover to combat the inflammatory and chronic disease epidemics? Obesity Reviews, 10 (2):237-249.

ELIAS, N. **O processo civilizador:** uma história dos costumes, v.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

ESPINOSA, B. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

FERREIRA, A. **Governamentalidade e práticas psicológicas:** a gestão pela liberdade. Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v.21, n. 28, p. 59-72, jan./jun., 2009.

FERREIRA, F. **A produção dos sentidos sobre a imagem do corpo.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.26, p. 471- 483, Jul/Set. 2008.

FERREIRA, M.; TRAVERSINI, C. **A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, jan./mar. 2013.

FILHO, J. **A sociedade do espetáculo revisitada**. Rev. Famecos: Porto Alegre; Nº22 – Dez.; 2003.

FISCHLER, C. **El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo**. Barcelona: Editorial Anagrama; 1995.

_____. A 'McDonaldização' dos costumes. In Flandrin, J.; Montanari, M. (Orgs). **História da alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

FOCHESATTO, W. **A cura pela fala**. Estudos de Psicanálise. Belo Horizonte – MG; n.36, p. 165-172, Dezembro, 2011.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: O cuidado de si**. Ed: Paz e Terra, 5ª edição, 2018.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**, Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária Ltda., 2004.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Tradução Márcio Alves da Fonseca. Salma Tannus Muchail. - 2ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 57º ed., Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FREITAS, M. et al. **Sobre o campo da alimentação e nutrição na perspectiva das teorias compreensivas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):31-38, 2011.

FREUD, S.; BREUER, J. **Estudos sobre a histeria: (1893-1895)** Obras completas, v.2. Tradução Laura Barreto; revisão da tradução Paulo César de Souza: 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FROZI, D. et al. **Qual é o lugar da multidimensionalidade dos alimentos na formação e prática educativa do nutricionista?** Colóquio educação, alimentação e cultura, UFRJ: 27 a 30 de abril de 2010.

FURTADO, R.; CAMILO, J. **O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault**. *Rev. Subjetividades, Fortaleza*, 16(3): 34-44, dezembro, 2016.

GADAMER, H. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa, Edições 70, 1997.

GARCIA, R. **Reflexos da globalização na cultura alimentar**. *Rev. Nutr. Campinas*, 16(4): 483 – 492, out./dez., 2003.

GAY, R. **Fome: uma autobiografia do (meu) corpo**. 1 ed. São Paulo: Globo, 2017.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Tradução: Plínio Dentzien – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8º ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOLDENBERG, M. **Cultura e gastro-anomia: Psicopatologia da alimentação cotidiana - Entrevista com Claude Fischler**. *Rev. Horizontes antropológicos: Porto alegre*, ano 17, n. 36, p. 235-256, jul./dez. 2011.

GOLEMAN, D.; SCHWARTZ, G. **Meditation as an intervention in stress reactivity**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(3), 456-466, 1976.

GONÇALVES, C. **O peso de ser muito gordo**: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. Mneme: Revista de Humanidades; Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004.

GONDIM, S.; FISCHER, T. **O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural**. Cadernos Gestão Social, Salvador, v. 2, n.1, p. 09-26, set-dez. 2009.

GROSSMAN, P. et al. **Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A metaanalysis**. Journal of Psychosomatic Research, 57, 35-43, 2004.

HAN, B. **Sociedade do Cansaço**. 2ª edição ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HARVEY E.; SUMMERBELL C.; KIRK S.; HILL A. **Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices**. J Hum Nutri Diet, 15(5):331-347, 2002.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**, Parte I. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEINZELMANN, F. et al., **A tirania da moda sobre o corpo**: submissão versus subversão feminina. Rev. Subjetividades: Vol. 14. Nº 2, p. 297 -305; Ago, 2014.

HELLMANN, F. **O livro das interações**: estudos de casos em Naturologia. Tubarão: UNISUL, 2008.

_____. **Reflexões sobre os referenciais de análise em bioética no ensino da Naturologia no Brasil à luz da bioética social**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – UFSC, Florianópolis, 2009. Orientação de Marta Inez Machado Verdi.

ILLICH, I. **Medical nemesis** – Part 1, London: Calder and boyers, 1975.

JOÃO, R.; BRITO, M. **Pensando a corporeidade na prática pedagógica em educação física à luz do pensamento complexo**. Rev. Brasileira de Educação Física e Esportes, v. 18, n.3, São Paulo, Jul –Set, 263-272, 2004.

JOMORI, M. et al. **Determinantes de escolha alimentar**. Rev. Nutr., Campinas 21(1):63-73, jan./fev., 2008.

JONES, L.; NAIDOO, J. **Promoting health: Knowledge and practice**. Palgrave Macmillan, 1997.

JUNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde: uma nova eficácia para o SUS**. Estudos avançados 30 (86), 2016.

KATZ, J.; PEBERDY, A. **Promoting health: Knowledge and practice**. London: Macmillan, 1998.

KRAEMER, F. et al. **O discurso sobre alimentação saudável como estratégia de biopoder**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1337 – 1359, 2014.

KRISTELLER, J.; HALLETT, B. **An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder**. Journal of Health Psychology, 4(3), 357-363, 1999.

LANGDON, E.; WIJK, F. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**: Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3): [09 telas] mai-jun 2010.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas, SP:Papirus, 2003.

_____. **A sociologia do corpo**. Tradução: Sônia Fuhemann. 6º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **Antropologia dos sentidos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

LECHNER, E. **Migração, resiliência e empoderamento: Uma equação teórico-prática à luz da pesquisa biográfica**. Revista Brasileira de Pesquisa (auto)biográfica, Salvador. volume 01, n. 02, maio/ago, 2016.

LELOUP, J. **Uma arte de cuidar**. 23º ed.; Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

LELOUP, J. **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial**. 4º ed.; Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

LEVI STRAUSS, C. **O cru e o cozido**. São Paulo: Cosac Nayfi, 2004.

LEVINE, M. (2000). **The positive psychology of buddhism and yoga**: Paths to a mature happiness. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LIRA, G. et al. **Cronicidade e cuidados de saúde**: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Texto & Contexto Enfermagem*, V.13, núm. 1, janeiro-março, 147-155, 2004.

LIRA, P.; SILVA, M. **O cuidado como uma lei da natureza**: uma percepção integral do cuidar. *Rev. Esc Enfem. USP*; 42(2):363-370, 2008.

LOPES, A. **Cuidado e Empoderamento**: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. *Saúde Soc.*: São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, 2015.

LUNARDI et al. **O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 novembro-dezembro; 12(6):933-9.

LUTFEY, K.; WISHNER, W. J. **Beyond 'compliance' is 'adherence'**: improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 22, n.4, p. 635-639, 1999.

LUZ, M. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas**: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3º Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MACEDO, L. et al. **Análise do discurso**: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, v. 12, n. 26, p. 649-657, jul/set. 2008.

MACEDO, J.; DIMENSTEIN, M. **Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem estar social**. *Psicologia & Sociedade*; 21(3): 293-300, 2009.

MAIA, M; OSÓRIO, C. **Trabalho em saúde em tempos de biopoder**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 56, n. 1, p. 69-79, 2004.

- MARANHÃO, D. **O cuidado como elo entre saúde e educação**. Cadernos de Pesquisa, nº111, p. 115-133, dezembro/2000.
- MARTINS, Márcia C. T. et al. **Ortorexia nervosa**: Reflexões sobre um novo conceito. Rev. Nutr., Campinas, 24(2):345-357, mar./abr., 2011.
- MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. 2º ed. São Paulo: Cosac Naify, 2005.
- MÉLLO, R. **Cuidar? De quem? De quê? A ética que nos conduz**. 1º ed.; Curitiba: Appris, 2018.
- MENÉNDEZ, EL. **Epidemiología sociocultural**: propuestar y posibilidades: Región y Sociedad. 20 (2): 5-50, 2008.
- MENNUCCI, L.; TIMERMAN, F.; ALVARENGA, M. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar? In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015. P. 56.
- MERHY, E.; FRANCO, T. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Tempus – Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 6, n.2, p. 151-163, 2012.
- MINAYO M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MOL, A. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. London New York: Routledge, 2008.
- MORIN. E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil: 2000.
- MORTOZA, A. **A obesidade como expressão da questão social**: nutrição e estigma. Tese de Doutorado: UNB – Brasília, 2011.
- NASCIMENTO, A. **Comida**: prazeres, gozo e transgressões. 2ºed. Salvador: EDUFBA, 2007.
- NASCIMENTO, M. et al. **A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva: 18 (12): 3595-3604, 2013.

NAVOLAR, T. et al. **Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.41, p.515-27, abr./jun. 2012.

NEIGHBORS, L.; SOBAL, J. **Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students**. Eating Behaviors; 8 (4): 429-439, 2007.

NETO, J. **Artes da existência: Foucault, a Psicanálise e as Práticas clínicas**. Psicologia: Teoria e Pesquisa: Abr-Jun, Vol. 23, n.2. p. 177-184, 2007.

NÓVOA, A. Diz-me como ensinas, dir-te-ei quem és e vice versa. In FAZENDA, I. **A pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. Campinas: Papirus, 1997.

NUNES, M.; BITTENCOURT, L. **No rastro do que transtorna o corpo e desregra o comer: os sentidos do descontrole de si e das 'compulsões alimentares'**. Comunicação Saúde Educação: v.17, n.44, p. 145-157, jan/mar. 2013.

OLIVEIRA, J. et al. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista: estudo de caso. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Orgs.). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, p.175-89, 2008.

OLIVEIRA, W. **"Comer o quê?"**: Comida, sexualidade e relações de gênero. Anais do Congresso Latino-Americano de Gênero e Religião. São Leopoldo: EST, v. 4, p.310-321; 2016.

OLIVEIRA, F. **Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication**, Interface Comunic, Interface, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

ORTEGA, F. **Corpo e Tecnologias de Visualização Médica: entre a Fragmentação na Cultura do Espetáculo e a Fenomenologia do Corpo Vivido**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(1):237-257, 2005.

PEDRO, N.; ARAÚJO, M.; FREITAS, M. **Significados do comer no cotidiano de adolescentes: narrativas de estudantes com excesso de peso de uma instituição federal de ensino médio da cidade de Salvador, Bahia**. Demetra; 11 (3): 847-861, 2016.

PELBART, P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

- PINTO, M.; BOSI, M. **Muito mais do que pe(n)sam**: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 443-457, 2010.
- POLLAN, Michael. **Em defesa da comida**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.
- PORTER, R. The rise of physical examination. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Orgs.). **Medicine and the five senses**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. p. 179-197.
- POULAIN, Jean Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac, 2013.
- POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- QUEIRÓS, P. **Cuidar**: da condição da existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV*, nº5 – abr./mai./jun. p. 139-146, 2015.
- QUEIROZ, M. de S. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna**: uma perspectiva antropológica. *Rev.Saúde públ.*, S.Paulo, 20:309-17, 1986.
- QUINTANA, A. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da palavra, 2016.
- RABINOW, P. **Artificiality and enlightenment**: from sociobiology to biosociality. In: CRAY, J; KWINTER, S. (Eds.). *Incorporations*. New York: Zone, p. 234 – 252, 1992.
- RAMOS, D. **A psique do corpo**: uma compreensão simbólica do corpo. São Paulo: Summus, 1994.
- RIOS, Ediana R.G et al. **Senso comum, ciência e filosofia**: Elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*,12 (2):501-509,2007.
- ROBLES, F.; VASCONCELOS, G. **Perplexidades, devaneios e provocações**: debates e reflexões sobre o cenário contemporâneo e a formação do profissional do cuidado. 1º ed.; Nova Friburgo - RJ: Educatoris, 2019.

ROCHA, R.; CASTRO, G. **Cultura da mídia, cultura do consumo: Imagem e espetáculo no discurso pós moderno.** Logos 30; Tecnologias de Comunicação e Subjetividade. Ano 16, 1º semestre, 2009.

ROHDEN, L.; KUSSLER, L. M. **Filosofar enquanto cuidado de si mesmo: um exercício espiritual ético-político.** Trans/Form/Ação, Marília, v. 40, n. 3, p. 93-112, Jul./Set., 2017.

ROLNICK, S.; MILLER, W. BUTLER, C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento.** Porto Alegre: Artmed; 2009.

ROSSI, M. **O curar e o cuidar: a história de uma relação (um ensaio).** Rev. Bras. Enferm., Brasília, 44(1): 16-21, jan./mar. 1991.

SABATINI, F. **Os efeitos de uma intervenção interdisciplinar, não prescritiva e pautada na abordagem “Health at every size®” nas percepções de mulheres gordas acerca do prazer alimentar.** 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de saúde Pública da Universidade de São Paulo, USP – São Paulo, 2017.

SALCI, M. et al. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.** Texto Contexto Enfem., Florianópolis, Jan – Mar, 22 (1): 224-230, 2013.

SANTOS, L. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo.** Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. **O corpo na cultura e a cultura da “reforma” do corpo.** Rev. Brasileira de Sociologia da Emoção. V.10; Nº. 30:406 – 414; Dez., 2011.

SANTOS, L. et al. **Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção.** Rev. Nutr., v.18, n.1, p. 105-117, 2005.

SANTOS, M. et al. **O corpo modelado e generificado como espelho da contemporaneidade: considerações a partir da teoria queer.** Demetra; 11 (3): 511-520, 2016.

SATTER, E. **Eating competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence Model.** J. Nutr Educ Dehav. 39: p. 142-53, 2007.

SCAGLIUSI, F. et al. Conceituação de alimentação saudável sob a perspectiva biopsicossocial. In: ALVARENGA, M. et al. **Nutrição e Transtornos alimentares: Avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole; Unidade 3, 2011.

SCHMIDT, M. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Saúde no Brasil – série 4. Lancet; p. 61 -74, 2011.

SCHMITZ, B. et al. **A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24: (Supl 2) :S312-S322, 2008.

SCRIVEN, A. The impact of recente government policy on the provision of health education in schools. In: Scriven & J. Orme (Eds.), **Health promotion – professional perspectives** (p. 119-128). London: Macmillan Press, 1996.

SEIXAS, C.; BIRMAN, J. **O peso do patológico: biopolítica e a vida nua**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro: v.19, n.1, p. 13-26, jan-mar, 2012.

SEVERIANO, M. et al. **O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade**. Rev. Mal Estar e subjetividade – Fortaleza – Vol. X, Nº1: p. 137 - 165, MAR, 2010.

SILVA, I., et al. **Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem**. Rev. Esc Enferm USP, 43 (3): 697-703, 2009.

SILVA, L. et al. **O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem**. Rev. Bras Enfem, 58(4):471-475, jul-ago, 2005.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, p.113-28, 2003.

SOARES, M. et al. **Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica, 38(3), 314-322; 2014.

- SOUSA, K. Discurso e biopolítica na sociedade do controle. In: TASSO, I.; NAVARRO, P. e organizadores. **Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas** [online]. Maringá: Eduem, p. 41-55, 2012.
- SOUZA, L.; SANTOS, M. **Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares**. Psicologia em estudo, Maringá, v. 18, n.3, p. 395-405, jul/set, 2013.
- SPINK, M. J. **Clientes, cidadãos, pacientes**: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. Saúde Soc. São Paulo, v. 24. Supl. I, p.115-123, 2015.
- SRIDEVI, R.; KRISHA RAO, P. **Temporal effects of meditation and personality**. Psychological Studies, 43(3), 95-105, 1998.
- STAMM, A. **Raciocínio clínico no diagnóstico médico**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis – 2007.
- STERN, F. **Interfaces entre a ‘relação de interagência’ da naturologia brasileira e as concepções de cura do movimento da nova era**. II Simpósio Internacional da ABHR – 25 a 29 julho de 2016, UFSC: Florianópolis – SC.
- SUCUPIRA, A. **A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 11(23), p. 619-635, 2007.
- TAVARES, F. **Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica, 31(2), p.180---185; 2007.
- TEASDALE, J. et al. **Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression**: Empirical evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2), 275-287, 2002.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Construção da Integralidade**: Cotidiano, Saberes e Práticas de Saúde. RJ: UERJ/MS/ABRASCO, 2003.

TOUHY, T. The Evolution of a caring-based program. In: BOYKIN, A. (ed.). **Living a caring based program**. New York: National League for Nursing Press, p. 1-10, 1994.

TORRES, A. **Ponto de equilíbrio entre a Ciência da Nutrição e “Fat Studies”**. Demetra, 11 (supl.1); 1201-1212, 2016.

UGARTE, O.; ACIOLY, M. **O princípio da autonomia no Brasil**: discutir é preciso. Rev. Col. Bras. Cir. 41 (5): 274-277, 2014.

ULIAN, M. et al. Aconselhamento nutricional versus prescrição (p. 162). In: **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015

_____. **Eu tenho um corpo gordo, e agora?** Relatos de mulheres obesas que participaram de uma intervenção não prescritiva, multidisciplinar e baseada na abordagem “Health at Every Size®”. Demetra: 11(3); 697-722, 2016.

VASCONCELOS F. **Os arquivos Brasileiros de Nutrição**: uma revisão sobre a produção científica em nutrição no Brasil (1944 a 1968). Cad. Saúde Pública; 15 (2): 303-3016, 1999.

VASCONCELOS, F. **Origem e conformação no campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco**: uma análise histórico-estrutural. Rev. Nutr., Campinas, 14 (suplemento): 13-20, 2001.

VENTURA, R. **A estética da existência**. Foucault e Psicanálise. Cógito: Salvador. n. 9; p. 64 - 66 • Outubro. 2008.

VIANA, M. et al. **A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(2):447-456, 2017.

VIEIRA, C. et al. **Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas**: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3161-3168, 2011.

WALLACE, R. K. **The physiological effects of transcendental meditation**: A proposed fourth major state of consciousness. Scientific Research on the Transcendental Meditation Program: Collected Papers, 1, 43-78; 1970.

WALDOW, V. e BORGES, R. **O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade**. Rev Latino-am Enfermagem; julho-agosto; 16(4), 2008.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. 1º ed., Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

WRIGHT, K.; HACKING, S. **An angel on my shoulder**: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. Journal of Psychiatric and mental Health Nursing, 19(2), p.107-115, 2012.

YIN, R. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFLEXÕES DO CONTROLE DE SI VERSUS O CUIDADO DE SI NO CAMPO DA NUTRIÇÃO

Pesquisador: marcela cristina elias villela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02735018.3.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Situação do Parecer:

Aprovado

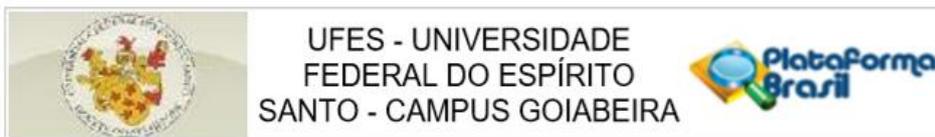
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 07 de Dezembro de 2018

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
(Coordenador(a))

ANEXO 2: EMENDA DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REFLEXÕES DO CONTROLE DE SI VERSUS O CUIDADO DE SI NO CAMPO DA NUTRIÇÃO

Pesquisador: marcela cristina elias villela

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 02735018.3.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.703.850

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 13 de Novembro de 2019

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
(Coordenador(a))

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido o(a) Sr.(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Reflexões do controle de si versus o cuidado de si no campo da nutrição”, sob responsabilidade de Marcela Villela (mestranda do PPGCS/UFES). O estudo fará uma investigação para compreender a realidade na clínica e no ensino superior, investigando lacunas e abordagens alternativas no cuidado da alimentação. Para isso serão respeitados os valores éticos e morais e não haverá qualquer custo financeiro por parte dos sujeitos participantes. Apresento os elementos que esclarecerão a finalidade da pesquisa e sua participação nela:

Objetivos: Refletir sobre os discursos, práticas e abordagens no ensino e na atuação clínica, a fim de problematizar o paradigma biologicista que envolve a relação do controle de si e questionar e debater abordagens baseadas no cuidado de si.

Fase da pesquisa: Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada que abordará questões relativas às suas práticas, abordagens, discursos e compreensões sobre a nutrição clínica, terá duração estimada de 60 minutos. Com intuito de registrar e utilizar de forma exclusiva na pesquisa, o áudio será gravado e posteriormente transcrito.

Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo: apresentação em eventos científicos; publicação em revistas/livros especializadas.

Riscos e desconfortos: Os procedimentos adotados neste estudo podem gerar algum desconforto a partir de perguntas elaboradas. Caso isso ocorra, o (a) Sr.(a) tem total autonomia e poderá se recusar a responder sem nenhum constrangimento.

Benefícios: Retorno à comunidade acadêmica, oferecendo elementos para a compreensão do cenário atual do ensino da Nutrição e da prática clínica.

Acesso aos resultados das análises: Caso o (a) Sr.(a) queira, poderá ter acesso à transcrição do áudio da entrevista e conferir ou ajustar o conteúdo descrito. Também poderá ter acesso à dissertação, a pesquisadora se dispõe a enviar via email.

Garantias: Considerando a natureza do estudo e o que preconiza nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, é garantido ao informante:

- a. **Sigilo e privacidade:** Asseguramos que sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação será preservada e mantida sob sigilo, permanecendo os arquivos, físico e digital única e exclusivamente sob a guarda do pesquisador e que os mesmos serão apenas utilizados para fins acadêmicos e científicos.
- b. **Recusa em participar da pesquisa ou interrupção e retirada de seu consentimento:** Havendo interesse ou necessidade, o(a) Sr.(a) pode interromper sua participação na pesquisa, sem que com isso sofra algum

ônus. O(A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o(a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

- c. **Ressarcimento de despesas com a participação da pesquisa:** Todas as despesas da pesquisa são de responsabilidade do pesquisador. Em caso de possíveis despesas dos participantes da pesquisa e seus acompanhantes, haverá ressarcimento por parte do pesquisador com acomodação, alimentação, locomoção e vestuário, decorrentes da pesquisa.
- d. **Indenização:** Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa e quebra de acordo por parte do pesquisador, será assegurado o direito de buscar indenização aos participantes da pesquisa.

A ação proposta, entrevista pessoal, será agendada com data e local marcados com antecedência, de acordo com a disponibilidade do (a) Sr.(a) a ser acertado por meio de correio eletrônico (e-mail), seguido de confirmação por telefonemas. O pesquisador se dispõe a sanar dúvidas e questionamentos em qualquer fase da pesquisa e informa que todo o acompanhamento necessário será feito por ela.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se impresso em duas vias originais, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo informante e pelo pesquisador. Uma via será arquivada no Centro de Ciências Humanas e Naturais – Programa de Pós Graduação de Ciências Sociais (PPGCS), na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Em caso de dúvida ou esclarecimento sobre a pesquisa, entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo através dos seguintes meios: Marcela Cristina Elias Villela. Telefone: 055 (27) 999022375; Endereço eletrônico: villemarcela88@gmail.com. Em caso de denúncias e/ou intercorrências sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) através dos seguintes meios: Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 – Goiabeiras, Vitória - ES, Brasil. Cep: 29075-910; Telefone: 055 (27) 3145-9820; Endereço eletrônico: cep.goiabeiras@gmail.com.

Eu _____, declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Reflexões do controle de si versus o cuidado de si no campo da nutrição”, de maneira clara e detalhada entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo e estou ciente que haverá gravação da entrevista. Sei que a qualquer momento poderei solicitar informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinado por mim e pelo pesquisador, rubricada em todas as páginas e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Local, _____, de _____ de 20_____.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**Reflexões do controle de si versus o cuidado de si no campo da nutrição**”, eu, Marcela Cristina Elias Villela, declaro ter cumprido as exigências das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXO 4: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do participante: _____

Redes sociais: _____

1. Há quanto tempo se formou?
2. Há quanto tempo atua na nutrição clínica?
3. Como se deu sua entrada na prática clínica?
4. Qual o perfil de paciente que você atende? (Sexo, idade, renda, particular ou convênio, doenças)
5. Você já buscou alguma formação ou curso complementar após a faculdade?
Se sim, o que buscou e por qual motivo?
6. Você se recorda na faculdade, quais as disciplinas que tinham maior ênfase?
7. Se recorda de ter estudado em alguma disciplina questões sobre:
 - A. Sociologia
 - B. Antropologia
 - C. Psicologia
 - D. Relações e comportamento humano
8. Acha que esses estudos, contribuíram ou contribuem de alguma forma na prática clínica do Nutricionista? Se sim, como contribuem?
9. O que pensa sobre as práticas da nutrição clínica que aprendeu?
10. Acredita ter sido um conhecimento suficiente para atender suas demandas atuais? Algo foi deficiente/ausente/? E positivo?
11. Além dos conhecimentos técnicos, você saberia mencionar outras habilidades, competências ou características necessárias para ser nutricionista clínico?
12. Há quanto tempo é professor (a) universitário (a)?
13. Quais disciplinas ministra ou já ministrou?
14. Como você vê a relação entre teoria e prática clínica?
15. De maneira geral, conseguiria me descrever de forma simples um passo a passo de como você atende ou como é a dinâmica de uma consulta?
16. Você utiliza algum roteiro ou anamnese durante a consulta? (Como é?) Que tipo de informação julga ser fundamental?

17. Quais as principais estratégias/ferramentas que você utiliza durante uma consulta?
18. Qual o tempo de duração de uma consulta? Quem fala mais tempo?
19. Como você descreveria o tipo de relação que se estabelece com o paciente? Qual a importância dessa relação?
20. Qual o tempo de retorno médio estipulado? Como se dá esse retorno do paciente? Há alguma dificuldade nessa questão? (continuidade, adesão) Explique.
21. Depois de um atendimento, quais as tuas expectativas em relação ao paciente? E como normalmente ele reage?
22. O que você acredita que o paciente deva fazer para alcançar os objetivos dele?
23. Você tem algum tipo de trabalho/parceria com outros profissionais ou empresas? Fale um pouco sobre.
24. Na tua opinião, qual o papel/funções do Nutricionista no processo de acompanhamento clínico? Existe alguma diferença que você vê na teoria e de fato na prática clínica?
25. Estamos vivendo na era da informação, e muitas vezes os pacientes chegam ao consultório com uma bagagem grande (crenças, mitos, informações certas e erradas), como você percebe isso? Quais suas condutas diante desses saberes?
26. Como você percebe que o paciente está envolvido/engajado no processo? Qual sua percepção sobre autonomia do paciente no processo clínico?
27. Idealmente quais são as características/qualidades que acha que devem estar presentes em uma relação entre profissional-paciente? Isso acontece na prática?
28. O que você considera um caso de sucesso? Como você avalia os resultados do processo, quais indicadores utiliza?
29. Além de orientações baseadas em alimentos, o que mais você costuma indicar ou prescrever?
30. Cada vez mais fala-se em alimentação saudável e o papel de destaque da dieta na sociedade atualmente. Qual o teu conceito sobre o tema, quando não há nenhum quesito de doença envolvido?
31. Quais as características de uma pessoa saudável? E hábitos?

32. Você faz uso das medidas antropométricas? E dos exames bioquímicos? Qual a relevância deles nos seus atendimentos? Em algum momento, pergunta ao paciente se ele deseja realizar essa etapa ou é uma etapa fundamental?
33. A insatisfação corporal é algo bem relevante na sociedade, você atende pacientes com essa questão? Como vê isso? De que forma o profissional de Nutrição pode contribuir?
34. Quais atitudes profissionais entende como cuidado integral do paciente?
35. Se você pudesse, tem algo que você mudaria na dinâmica das suas consultas?
36. Após entrar no mercado de trabalho, alguma percepção/opinião sobre o ensino e as práticas da nutrição clínica se alteraram? Há algo que você questiona?
37. Existe alguma outra abordagem que você conhece que seja diferente do que aprendeu/ensina/pratica? Que outras abordagens/ferramentas/conceitos poderiam contribuir com a sua prática da nutrição clínica?
38. Existem muitas críticas/opiniões sobre a Nutrição e o papel do nutricionista clínico atualmente: Isso te afeta? O que pensa a respeito?
39. Você acha que existe uma crise no modelo de atuação da nutrição? Comente.
40. Como você percebe a aceitação ou não do paciente com as novas abordagens?
41. Qual sua percepção sobre a dimensão social da comida? E da doença?
42. Eu listei diversos conceitos e abordagens, gostaria que você me informasse: Quais você conhece (C)? Quais você utiliza (U)? Fale um pouco sobre cada um deles.
- A. Política de Humanização do SUS () C () U
 - B. Clínica Ampliada e Compartilhada () C () U
 - C. Nutrição Comportamental () C () U
 - D. Entrevista Motivacional () C () U
 - E. Aconselhamento Nutricional ou Abordagem não dieta () C () U
 - F. Intuitive Eating ou Comer Intuitivo () C () U
 - G. Mindful Eating ou Comer com atenção Plena () C () U
 - H. Health at every size (HAES) () C () U
43. Checagem de elementos simbólicos
- A. Balança () S () N

- B. Estadiômetro () S () N
- C. Bioimpedância () S () N
- D. Adipômetro () S () N
- E. Fita Métrica () S () N
- F. Jaleco () S () N
- G. Programas/aplicativos para calcular dietas/monitorar paciente () S () N
- H. Outros: _____
- I. Descrição do ambiente: _____

ANEXO 5: MATRIZ DE RESPOSTAS RESUMIDAS DAS ENTREVISTAS

	Entrevistado 06	Entrevistada 02	Entrevistada 01	Entrevistada 04	Entrevistada 05	Entrevistado 03
1. Tempo de formado?	10 anos	8 anos	Economia doméstica – 17 anos Nutrição – 14 anos	30 anos	10 anos	4 anos
2. Tempo de atuação clínica?	10 anos – ambulatório e consultório	2 anos	14 anos – personal diet	30 anos	10 anos	2 anos
3. Entrada na prática clínica?	Muita dificuldade de aplicabilidade. Ressalta importância da prática desde a faculdade.	Começou a dar aula e sentiu necessidade de ocupar o tempo e poder ter experiências para compartilhar com os alunos.	Logo que entrou na faculdade lecionou nutrição esportiva e isso direcionou sua área de atendimento.	Trabalhou em hospitais, e só depois montou consultório.	Após a graduação alugou um consultório na clínica do bairro. Fez parceria com um médico e acabou entrando em um hospital também como contratada.	Logo após a graduação sublocou um consultório.
4. Perfil de paciente que atende?	Particular Pacientes com doenças ou em recuperação e transição com TN.	Particular Materno Infantil	Particular Nutrição Esportiva	Particular Doenças crônicas Pacientes críticos	Particular e 1 convênio Mulheres 30-55 anos Questões de saúde, qualidade de vida	Particular Nutrição Esportiva Doenças crônicas (adulto/idoso)
5. Formação ou curso complementar após a faculdade?	Pós G. Terapia nutricional hospital MBA Gestão de Pessoas Cursos de Extensão em Contabilidade, custos, inteligência emocional	Mestrado Nutrição/bioquímica Pós G. Materno Infantil Pós G. Nutrição clínica Cursos de extensão em autismo, alimentos funcionais	Esp. Nutrição humana Esp. Fitoterapia aplicada a nutrição clínica Mestrado em Farmácia Mestrado em Reiki	Pós G. Obesidade e Emagrecimento Pós G. Fisiologia do exercício Pós G. Docência em nível superior	Pós G. Clínica Terapia Nutricional Pós G. Esportiva Funcional Pós G. Fitoterapia Mestrado políticas públicas	Mestrado Fisiologia Pós G. Clínica Funcional Pós G. Esportiva Motivo, demanda do mercado

	Busque o que te complementa, o que te falta.		Ayurveda e terapia homeopática. A nutrição é muito limitada. Insuficiência teórica. Bebo de diversas fontes e áreas que completasse a questão do holísmo.	MBA e mestrado em ADM de empresas Hoje em dia não consegue mais fazer cursos longos de formação. Por dar aula em 2 faculdades.	Precisa se atualizar porque a ciência é mutável. Faz cursos online e presencial. Ajuda também a aumentar o networking.	
6. Disciplinas com maior ênfase na sua graduação?	Saúde Coletiva Clínica	Ênfase para a pesquisa + Clínica UAN	UAN Clínica	UAN (facul) Dietoterapia (pessoalmente)	Carga horária maior em relação às disciplinas que se tem hoje. Mais discussões Metabolismo Avaliação física Nutrição esportiva	Dietoterapia
7. Já estudou: Sociologia, Antropologia, Psicologia, Relações e/ou comportamento humano?	Soc e Antrop no 1 ano da faculdade + Imaturidade + Dificuldade de correlacionar com a nutrição	Sociologia e foi junto com o curso de Geologia – não abordou nada de comportamento ou nutrição.	Não na nutrição. Estudei muito na economia doméstica. Sociologia 1 e 2, psicologia 1, psicologia social, antropologia.	Sim. Antropologia, Psicologia e Sociologia.	1 período – sociologia e antropologia Final – Psicologia (transtornos alimentares)	Antropologia Psicologia aplicada a nutrição
8. Acha que esses estudos, contribuíram ou contribuem de alguma forma na prática clínica do Nutricionista? Se	Sim. Especialmente quando as disciplinas correlacionaram com a prática: a relação do homem com o alimento; o comportamento	Relata que outras disciplinas da grade também foram com turmas de outros cursos (veterinária, engenharia) não proporcionando uma	Muito.	Acha que sim. Mas não se lembra.	Com certeza. Levar em consideração hábitos, cultura, tabus, contexto socioeconômico, familiar, religioso.	Sim. Não adianta saber tudo sobre fisiologia, bioquímica se não entender o paciente, seu momento de vida, psicológico.

sim, como contribuem?	social, cultura e valores...	relação direta com a prática da nutrição. Mas, acredita que esses estudos contribuem muito. Porque o ser humano e o comportamento é complexo.			Entender e respeitar.	Me ajudou a ter um entendimento melhor ou aumentado sobre isso.
9. O que pensa sobre as práticas da nutrição clínica que aprendeu?		Muito calculadinha. Muito protocolo, muito cálculo, receita de bolo e que na prática nem sempre funciona.	Nutrição clínica é só tratar a doença. Tinha o conceito de atendimento humanizado, mas muito pouco na prática.	Mudou totalmente. Nós eramos copioterapeutas.	Gosta da nutrição “raiz”. Mas hoje existe uma abordagem mais atenta ao comportamento que antes não havia.	A base é a mesma. Mas agora sei mais coisas específicas – protocolos mais elaborados, coisas novas que surgiram.
10. Acredita ter sido um conhecimento suficiente para atender suas demandas atuais? Algo foi deficiente/ausente/positivo?	Faltou um pouco mais sobre UAN, uma área importante no mercado. Falta técnicas para operacionalizar.	Não. Sai da graduação com fobia de consultório. Tinha medo de atender, achava que não sabia.	Não. Por isso a importância das especializações. O curso é generalista e ainda houve diminuição do tempo de formação de 5 para 4 anos.	Não. Nem existia pós graduação na época que formei... algum tempo depois que surgiu.	Não foi suficiente. Faltou prática. Cita o método PBL usado na medicina. A nutrição valoriza mais teoria e apenas joga o aluno nos estágios finais.	A quem do que poderia ser. Por exemplo: nutrição esportiva.
11. Outras habilidades, competências ou características necessárias para ser nutricionista clínico?	Rever currículo + Existia uma demanda reprimida, hoje são outras + Saber lidar com pessoas	Captar as informações Saber fazer perguntas menos diretas Calcular, lógica, regra de 3. Como lidar com pessoas - Empatia Empreendedorismo e ADM Ética	Empreendedorismo Gestão Práticas de atendimento clínico, ambulatorial, particular, público.	Mais ferramentas e habilidades para buscar o paciente, fidelizar. O não convencional.	Ser bom ouvinte Ter paciência Sensibilidade Ter empatia Postura Responsabilidade Educação	MKT Como tratar o paciente Gestão/Finanças

		Uso de redes sociais				
12. Há quanto tempo é professor (a) universitário (a)?	1 ano e meio	5 anos	12 anos	14 anos	2 anos	1 ano e meio
13. Quais disciplinas ministra ou já ministrou?	Bases da Nutrição + Av. Nutricional + Metabolismo + microbiologia dos alimentos + Inovação e saúde + composição de alimentos	Antropologia Economia Alimentos Funcionais Nutrição humana Composição de alimentos Nutrição Materno infantil	Patologia aplicada a nutrição clínica Educação nutricional Saúde pública Nutrição esportiva Nutrição humana Nutrição aplic. Enfem. Av. Antropométrica	Nutrição humana Dietoterapia 1 e 2 Metabolismo da nutrição Estágio clínico	Microbiologia básica Microbiologia dos alimentos Introdução à Nutrição Educação Nutricional	Materno Infantil Assistência dietoterápica Educação Nutricional Avaliação nutricional
14. Como você vê a relação entre teoria e prática?	“A teoria nasceu para embasar o que eu faço na prática. A teoria é uma base, você é quem tem que moldar a teoria. Ela não é definitiva, não é uma ciência exata, nem absoluta”	É muito bom poder aliar teoria e prática. Levar casos reais. Maior segurança para ministrar aulas. Os alunos sentem essa segurança	Completamente diferentes. A teoria diz para calcular dieta e entregar. Nem sempre precisa.	Excelente. É fundamental para vc conseguir dar exemplos para os alunos, visualizar o caso, é diferente de decorar sinais e sintomas.	Extremamente importante. Deveria ter mais prática. Ser humano não é receita de bolo.	Procura correlacionar sempre. Acha que isso faltou muitas vezes na graduação e na pós também. Ajuda a preparar melhor o aluno para o mercado.
15. Descrição de uma consulta?	Receber o paciente + Anamnese (objetivo, recordatório alimentar) + av. nutricional (peso, altura, adipômetro, fita métrica, exames bioq.) + orientações nutricionista E depois o paciente volta para buscar dieta	Perguntas prévias antes da consulta Receber o paciente Deixar ele se apresentar Anamnese Av. Antropométrica Plano alimentar qualitativo	Conversa informal + Anamnese completa + Avaliação antropométrica Agregar conhecimentos paralelos.	Conversa (Conhecer o paciente) + Anamnese + Avaliação antropométrica + Exames	Conversa Anamnese Avaliação Física Plano Alimentar	Formulário prévio antes da consulta Anamnese (40 min fazendo perguntas) Solicitação de exames Avaliação antropométrica Plano alimentar

<p>16. Você utiliza algum roteiro ou anamnese durante a consulta? (Como é?) Que tipo de informação julga ser fundamental?</p>	<p>Inqueritos dietéticos comuns</p>	<p>Objetivo da consulta História clínica História familiar Alergias, intolerâncias, gestações anteriores, exames bioquímicos Profissão, rotina Se já foi em outro nutricionista Motivação</p>	<p>Hábitos de vida Recordatório 24 hrs Frequência alimentar Traumas Antropometria</p>	<p>Sim. Webdiet (programa) Funções intestinais, função renal, história familiar Parte emocional Perfil do paciente</p>	<p>Sim. Prof na pós disponibilizou um material que foi adaptado. Histórico do paciente Se já foi em outros nutricionistas Se segue ou seguiu dieta da moda Atividade física Sono Procedimentos cirúrgicos Uso de medicação Rotina</p>	<p>Sim Inquérito alimentar, avaliação de hábitos, preferências, rotina diária</p>
<p>17. Quais as principais estratégias/ferramentas que você utiliza durante uma consulta?</p>		<p>Plano qualitativo – mais real, possível de ser seguido. Metas Diário alimentar Dieta calculada – entrega posterior</p>	<p>Entrevista Aderir ao que é possível na vida do paciente</p>	<p>Entrevista Orientações Livros Dieta – papel Escala de fome e saciedade Desenhar, explicar, mostrar</p>	<p>Recordatório alimentar Consumo Alimentar - questionário do MS Planilha de hábitos mensal Caderninho – recordatório qualitativo.</p>	<p>Inquéritos Alimentares Entrevista com perguntas abertas Questionário de disbiose e alergias</p>
<p>18. Qual o tempo de duração de uma consulta? Quem fala mais tempo?</p>	<p>40 min a 1 hora. Ouvir é importante – não interromper. Comportamento verbal e não verbal (gestos, expressões)</p>	<p>1:30 horas. Quando é criança, mais rápido. Grávidas se sentem acolhidas com um tempo de consulta</p>	<p>1 hora a 1:20. O paciente se revela mais. O paciente fala mais – 70% ele e 30% eu.</p>	<p>1 hora a 1:15. O paciente fala mais. Espero eles falarem para depois eu falar.</p>	<p>1 hora a 1:30. Depende. Se for primeira, deixo o paciente falar mais.</p>	<p>1 hora é o marcado - mas fica 1:20 – 1:30. O paciente. Não conhece ele, precisa ouvir.</p>

	Eu escuto mais do que falo. Não discriminar a fala.	maior. Mais tempo para falar, dar atenção. Escuta é importante. Os pacientes falam mais. Falo mais no final, na hora de calcular, intervir e dar orientações.	(para investigar/instigar) 50/50% não é um equilíbrio. A anamnese é clássica mas é nas entrelinhas que estão os detalhes mais ricos.		Se for retorno, falo mais para poder passar coisas novas. 50/50%	
19. Como você descreveria o tipo de relação que se estabelece com o paciente? Qual a importância dessa relação?	Quanto mais se entregar e participar, maior a nossa conexão, mais a vontade ele fica, maior será o sucesso do tratamento. Relação de confiança + transparência + Segurança + respeito + agradável + sinceridade e leve Relação de admiração, não amizade. Não hierarquia, nem ser fechado.	Relação de confiança, segurança, amigável. A disposição para ouvir, tirar dúvidas.	Não tem formula de bolo. Relações são complexas. As vezes você quer ser imparcial, mas a medida que você vai adentrando, você automaticamente vai deixando de ser imparcial.	Mais próxima possível, para ele te contar tudo. Ter intimidade e isso não acontece na primeira consulta. Para o paciente não mentir.	Não é de melhores amigos mas não precisa ser de postura doutor/paciente. Gosto de receber o paciente na porta, oferecer bolo, café – quebrar o gelo, assim o paciente se solta mais, fala sobre questões pessoais. Mas tem que ter um limite.	Importante criar entrosamento Informalidade Sem rigidez Mais próxima Conectados de várias maneiras para atender as demandas.
20. Qual o tempo de retorno médio estipulado? Como se dá	3 em 3 meses (renovar laudo) ou mensalmente se for um processo de educação alimentar.	3 semanas a 1 mês. Gestante 1x por trimestre Crianças para renovar laudo 3 em 3 meses.	De acordo com a necessidade do paciente.	15 em 15 dias. Muitas. Os pacientes acham que não	1 semana, 15 dias, 30 dias, 6 meses – depende do perfil do paciente e da demanda dele.	1 mês e meio ou 2 meses. Mas afirma dar um suporte durante o

<p>esse retorno do paciente? Há alguma dificuldade nessa questão? (continuidade, adesão) Explique.</p>	<p>Mas o objetivo é sempre dar autonomia para eles.</p> <p>No perfil atendido há uma fidelidade maior em relação à pacientes que buscam estética, emagrecimento.</p>	<p>Crianças reeducação alimentar, 3 em 3 semanas.</p> <p>Sim. Difícil. Tem cliente que acha que uma consulta só serve para a vida toda. Eles querem aproveitar a consulta e sugar o máximo de informações.</p>	<p>Sempre tem. O atleta é mais leal, desde que ele tenha resultado.</p> <p>Mas pacientes que buscam por estética ou emagrecimento são muito vulneráveis. Busca pelo nutricionista da modinha.</p>	<p>tem capacidade de mudar.</p> <p>Mas, quando se trabalha com algo mais, com a mudança de comportamento, receitas – de uma forma não convencional, eles aderem mais.</p>	<p>Sim. Depende do perfil. Paciente que vem indicado pelo médico por obrigação é mais difícil. Se for particular, é mais fácil.</p>	<p>período de outras maneiras</p> <p>Dificuldade de manter uma rotina e questões psicológicas.</p>
<p>21. Depois de um atendimento, quais as tuas expectativas em relação ao paciente? E como normalmente ele reage?</p>	<p>Sim. Porque há uma meta a ser atingida. Especialmente em exames bioquímicos e peso.</p> <p>Mas o paciente é mais importante do que eu no processo, ele é quem executa.</p>	<p>Espero que siga o plano proposto. Cumpra a meta e que fique feliz com isso.</p> <p>Eles acham que a gente vai mudar a vida deles. Só de marcar a consulta já acha que deu tudo certo (responsabilização)</p>	<p>Que ele atinja a meta dele. Que sigam o plano a risca, que é uma coisa que não acontece.</p> <p>O paciente espera que eu ajude ele no processo. Alguns esperam um milagre.</p>	<p>Crio. Mas, pela experiência sei que pode não dar certo. Não depende só de mim.</p> <p>Seres humanos são complexos.</p> <p>A expectativa do paciente é muito maior do que do nutricionista. Ele acha que quanto mais cara a consulta, melhor é o profissional. Tem que estar na mídia, nas redes sociais.</p>	<p>Não foco em peso. Mas nas melhorias diárias: fadiga, disposição, humor, intestino.</p> <p>O paciente espera sair da consulta motivado, com conhecimento mínimo para começar a mudança.</p>	<p>Em cima do muro. Depende de cada paciente, e como cada corpo responde.</p> <p>O paciente cria muitas. Padrões de beleza da internet para atingir.</p>
<p>22. O que você acredita que o paciente deva fazer para</p>	<p>Ele é o protagonista.</p>	<p>Ouvir o que o profissional fala e menor quem está de fora.</p>	<p>Seguir o plano alimentar, rigorosamente.</p>	<p>Mudança de comportamento. Reescrever sua história.</p>	<p>Procurar um profissional ou equipe multidisciplinar</p>	<p>Ser sincero consigo mesmo. Autoconhecimento Real X Ideal</p>

alcançar os objetivos dele?		Há muita informação discrepante.			E basta querer	
23. Trabalho/parceria com outros profissionais ou empresas?	Sim. Equipe médica, psicólogos pq estou dentro do hospital. Mas é cada um na sua função não tem integração.	Médicos Ginecologistas e Pediatrias	Médicos, psicólogos, terapeutas holísticos. Quando há intercâmbio, percebe um feedback melhor do paciente.	Médicos, por trabalhar muito tempo nos hospitais. Gastro, endócrino, pediatras.	Médicos, psicólogos e educador físico. Todos que estão na mesma clínica – tem acesso ao sistema/prontuários – modo de comunicação apenas.	Prof. Ed. Física. Psicóloga
24. Qual o papel/funções do Nutricionista no processo de acompanhamento clínico? Existe alguma diferença que você vê na teoria e de fato na prática clínica?	Ser o facilitador. Tem que ter habilidade para trabalhar o emocional do paciente. “Estou aqui para ajudar o paciente a se encontrar”	Escutar demandas Ajudar na organização da rotina alimentar. Abordagens intensivas de mudança	Estimular, ser um facilitador. Absolutamente sim. Não tem como seguir protocolos a risca, se não a gente distancia muito da realidade do paciente e ai não tem adesão.	Levar conhecimento, orientação sobre o que é uma alimentação saudável, o que tem de benefícios. Não vejo. Pra mim sempre foi muito próximo. Mas quem trabalha com teoria somente, deve ter muita dificuldade.	Motivar Estimular Passar informação com segurança, baseada em evidencia Orientar Desmistificar Quebrar a pressão do corpo perfeito. Depende. Relativo à grade curricular e as experiências práticas que o aluno tem.	Na graduação queria fazer a melhor dieta no papel. Mas hoje, não se vê apenas como prescritor de dietas. E sim, gerenciar de saúde. Facilitador para que o paciente cuide de sua própria saúde. Vai além de um plano adequado. Vida real não é a dieta rígida
25. Estamos vivendo na era da informação, e muitas vezes os pacientes chegam ao consultório com uma	É necessário se manter atualizado.	Tento ensinar e desmistificar. Mostro a minha conduta, que eu acredito.	Influencia o atendimento do início ao fim. Tem que enfrentar isso, questionar, explicar, levar conhecimento verdadeiro para o paciente.	Difícil. O aluno já chega em sala sabendo nutrição. O paciente já chega com o recordatório 24 hrs pronto na cabeça.	Difícil. O paciente toma a televisão como fonte segura. Ter muitas informações confunde as pessoas. Coisas contraditórias.	Tem um lado bom – paciente chega com uma base. Lado ruim – muita informação não se traduz em

<p>bagagem grande (crenças, mitos, informações certas e erradas), como você percebe isso? Quais suas condutas diante desses saberes?</p>				<p>É um trabalho de formiguinha.</p>	<p>Tem que explicar, mostrar artigos, ensinar.</p>	<p>conhecimento. Há muitas dúvidas. Tem que lidar com isso explicando, mostrar artigo, ensinar e respaldar o que está falando.</p>
<p>26. Como você percebe que o paciente está envolvido/engajado no processo? Qual sua percepção sobre autonomia do paciente no processo clínico?</p>	<p>O resultado aponta isso (exames) + O brilho no olhar + relato + comportamento</p>	<p>Postagens e mensagens pelas redes sociais e aplicativos. Ligar para marcar retorno logo. Acha bom. Tem que dar. Ensina para pacientes e alunos</p>	<p>Quando ele te procura sempre. (ex. quando vai ao mercado, tira uma dúvida) Autonomia é fundamental. Existe uma estrada a ser percorrida e a gente tem que ficar ao lado deles nessa estrada.</p>	<p>Ele chega no objetivo, mais firmeza, não falta, fala tudo que está fazendo, olho no olho, não mente. Muito importante.</p>	<p>Whatapp e rede social. O tempo inteiro manda msg. Quando o paciente manda msg sobre alimentação, o que deve comer, pede sugestões. Manter o paciente próximo. Não quero que o paciente seja dependente de mim. Tem que ter autonomia para escolher</p>	<p>Paciente que procura mais o profissional. Mas as vezes acontece de não ter dúvidas, não entrar em contato e faz tudo que foi indicado. Autonomia – depende o quanto o paciente mostra que precisa disso. Dou de acordo com a demanda dele. (tudo bem o paciente ligar de madrugada ou ter que cobrar para “motivar”)</p>
<p>27. Idealmente quais são as características /qualidades que acha que devem estar</p>		<p>Paciente não chegar atrasado Fazer uma consulta excelente, calma, tranquila, um plano que o paciente vai</p>	<p>O paciente deve estar atento a tudo que o profissional fala e estar disposto. Nutricionista tem que ser verdadeira, não</p>	<p>Clareza Ser fiel Verdadeiro Evitar a incerteza, a insegurança.</p>	<p>Comunicação, saber ouvir.</p>	<p>Respeito Ser assertivo Ser próximo mas também dar espaço para a pessoa (não entrar demais)</p>

<p>presentes em uma relação entre profissional-paciente? Isso acontece na prática?</p>		<p>conseguir executar, receber o plano com alegria. Vai cumprir metas, seguir o plano. Voltar no prazo previsto, dar continuidade no acompanhamento. Confiar no profissional Ter força de vontade, estímulo para fazer. Principal é seguir o que se prescreve.</p>	<p>pode ditar regras, respeito ao paciente. É trabalhar com todos os aspectos que envolvem as necessidades da pessoa.</p>			
<p>28. O que você considera um caso de sucesso? Como você avalia os resultados do processo, quais indicadores utiliza?</p>	<p>Não é o que eu consegui, mas o que representou para o cliente. É muito subjetivo, não é meu, é dele.</p>	<p>Criança trocar bala por fruta. Experimentar novos alimentos. Mães postando na internet a criança comendo fruta, fazendo BLW.</p> <p>Quando a gestante consegue chegar até o fim da gestação, tem um bebe saudável, ganho de peso ok.</p>	<p>Quando atinge seu objetivo e constrói sua autonomia nas escolhas.</p>	<p>Quando há mudança de comportamento.</p> <p>Exames bioquímicos, relatos do paciente</p>	<p>Mudança de hábito Melhora na qualidade de vida</p> <p>Relato do paciente</p> <p>Sono Humor Intestino Controle perante algumas situações</p>	<p>Depende. As vezes não há perda de peso, que poderia ser o objetivo inicial mas houve outras melhorias para a saúde. A pessoa está mais feliz – então isso é sucesso.</p> <p>Exames bioq. Antropometria Bioimpedancia Satisfação - relatos</p>
<p>29. Além de orientações baseadas em alimentos, o que mais você costuma indicar ou</p>	<p>Prescrevo dieta. Preocupado em entrar na área de outros profissionais.</p> <p>Não prescrevo o que não conheço. Gosto</p>	<p>Probióticos, Vitamina D e ômega 3 quando necessário.</p> <p>Se for reeducação não passa nada</p>	<p>Fitoterápicos Suplementação quando há necessidade.</p>	<p>Orientações de comportamento, de vida, de dormir mais, de prestar atenção no que faz</p>	<p>Fitoterapia Chás</p> <p>Dar amostras de chás, temperos, bolos para o</p>	<p>Indica prática de exercício físico, fazer o que gosta.</p>

<p>prescrever? (suplementos, cápsulas, chás)</p>	<p>de acreditar naquilo que falo para transmitir segurança.</p>		<p>Indico: homeopatia, reiki, terapia psicológica</p>		<p>paciente experimentar.</p>	
<p>30. Cada vez mais fala-se em alimentação saudável e o papel de destaque da dieta na sociedade atualmente. Qual o teu conceito sobre o tema, quando não há nenhum quesito de doença envolvido?</p>	<p>Alimentação saudável: atender requisitos e ser personalizada.</p> <p>Acredito no bem estar. Ninguém tem que ser igual a ninguém. Saúde é integral. Não é só ausência de doença. Tem que estar bem no emocional, espiritual, consigo mesmo, seu trabalho, na sociedade.</p>	<p>Alimentação saudável: Comida de verdade. Menos industrializado, menos biscoito.</p> <p>Saúde: é comer bem, sem ficar doente, com imunidade boa, bem estar físico e mental (OMS)</p>	<p>Alimentação saudável: aquela que respeita o paciente e que seja consciente.</p>	<p>Estar de bem com a vida. Uma alimentação adequada, não é sofrível.</p> <p>Ser saudável é muito amplo.</p>	<p>Alimentação saudável: variada, quantidade adequada, qualidade. Consumir menos ultraprocessados.</p> <p>Saúde: bem estar físico, mental, social.</p>	<p>Ser saudável é cuidar do tripé: corpo, mente e espírito. Saúde é buscar cuidar de si.</p>
<p>31. Quais as características de uma pessoa saudável? E hábitos?</p>		<p>Acordar e dormir para ficar satisfeito, alimentação regular, praticar atividade física</p>	<p>Consciência de sua rotina.</p>		<p>Dormir bem Atividade física Alimentação adequada Cultivar bons hábitos</p>	<p>Se preocupar com a alimentação, não ser sedentário, gerenciar o estresse, cuidar da mente e do espírito, ter um lazer.</p>
<p>32. Você faz uso das medidas antropométricas? E dos exames bioquímicos? Qual a</p>	<p>Sim. Fundamental devido ao perfil de pacientes atendidos.</p>	<p>Só peso, altura, circunferência braço e cintura.</p> <p>Depende do perfil de pacientes.</p>	<p>A relevância depende. As medidas antropométricas nem sempre são relevantes.</p>	<p>Sim. Exames bioquímicos são fundamentais. Até mais do que antropometria.</p>	<p>É um comparativo para eu ver se o que eu prescrevi a pessoa está seguindo. Se está tendo o resultado que eu espero.</p>	<p>São informações que me dão suporte para o atendimento. Busca interrelacionar a avaliação antropométrica com sinais e sintomas,</p>

<p>relevância deles nos seus atendimentos? Em algum momento, pergunta ao paciente se ele deseja realizar essa etapa ou é uma etapa fundamental?</p>			<p>Sim. Não podemos forçar a barra.</p>	<p>Sim. Já teve um paciente que tinha pânico de se pesar.</p>	<p>Exames bioquímicos para trabalhar a prevenção e ajudar no diagnóstico de doenças/problemas para o médico.</p>	<p>parâmetros bioquímicos, sentimentos, alimentação para poder traçar a melhor estratégia.</p> <p>Quando a pessoa não está com roupa adequada, não faz av. física. Especialmente se for do sexo oposto – para não constranger. Explico antes de fazer, demonstra em si mesmo, pede licença.</p>
<p>33. A insatisfação corporal é algo bem relevante na sociedade, você atende pacientes com essa questão? Como vê isso? De que forma o profissional de Nutrição pode contribuir?</p>	<p>Sim. Decorrente das doenças, estigmas, padrões corporais de cada uma.</p> <p>O nutricionista está contribuindo para aumentar a insatisfação.</p>	<p>Normalmente não atende esse público. Mas, aparece alguns.</p> <p>Tem que trabalhar de forma suave (?) Com carinho, amor, tranquilizar.</p>	<p>A maioria das pessoas. O apelo estético é doentio.</p> <p>Limitado. A gente fica na parte alimentar só. Não me sinto preparada para falar de aspectos psicológicos.</p>	<p>Temos que ser o mais próximo possível do paciente.</p> <p>Passar segurança</p>	<p>A forma como a gente aborda e fala faz a diferença para o paciente.</p>	<p>Sim. Explora como a pessoa se enxerga. Mas não tem o que trabalhar, indica profissionais para dar conta disso.</p> <p>Nutricionista pode contribuir ou atrapalhar. Colocando por exemplo padrões irreais para a pessoa.</p>
<p>34. Quais atitudes profissionais entende como cuidado integral do paciente?</p>	<p>Entender o contexto do paciente + trabalhar de forma interdisciplinar + Identificar e encaminhar se</p>	<p>Pensar além da alimentação. Considerar questões psicológicas, emocionais, afetivas...</p>	<p>Equipe multidisciplinar</p> <p>A gente só sabe fazer plano alimentar e isso é insuficiente para as</p>	<p>Se importar mais não só com a alimentação, mas com todo o processo.</p>	<p>Quando a gente não fala só de alimentação.</p>	<p>Dar o que a pessoa precisa “descer do salto” Servir o paciente</p>

	houver outras demandas além da alimentação.		necessidades reais de um ser humano.	Ele como um todo, como um ser humano. Temos que aprender mais sobre neurociência, antropologia, não é só alimentação.		
35. Se você pudesse, tem algo que você mudaria na dinâmica das suas consultas?	Atendimentos em grupos e ter outros profissionais envolvidos.	Conseguir ser mais rápida. Precisa aprender mais abordagens não prescritivas para usar estratégias que tomem menos tempo que o plano alimentar.	Ter um espaço para atender melhor o paciente.	Ter mais tempo. As pessoas estão sempre com pressa. Ter um espaço com cozinha, para fazer oficinas de dietética, educação nutricional.	Fazer minicursos de culinária para estimular os pacientes. E reuniões em grupos – conversar, trocar experiências	Formulário de pós atendimento - feedback
36. Após entrar no mercado de trabalho, alguma percepção/opinião sobre o ensino e as práticas da nutrição clínica se alteraram? Há algo que você questiona?	Nutrição está complicada de trabalhar. Cada profissional tem criado e seguido suas próprias verdades. (Conflitos e controvérsias)	Sim. Questões de cálculo de dieta.	A carga horária ter diminuído. A gente deveria ter residência, principalmente na parte clínica.	Mudou muita coisa. Antes não tínhamos autonomia. Várias coisas, essas dietas de moda principalmente. Descobertas que não tem comprovação científica.	Sim. Principalmente a questão de exames e comportamento. Isso não foi muito abordado na faculdade. Hoje mudou muito.	Calcular dieta perfeita – não faz sentido é irreal. Necessidade de estudos se intensificaram devido às diversas áreas que se relacionam com a nutrição.
37. Existe alguma outra abordagem que você conhece que	Parte ADM e comportamento alimentar.	Plano qualitativo BLW Ferramentas de Coaching Mindful Eating	Meditação Mindful eating Florais	A parte de comportamento alimentar.	Ayurvédica	Mindful Eating – aprendeu com um professor substituto. Se interessa pelo tema,

<p>seja diferente do que aprendeu/ensina/prática? Que outras abordagens/feramentas/conceitos poderiam contribuir com a sua prática da nutrição clínica?</p>		<p>Questões sobre comportamento alimentar.</p>				<p>mas não tem formação.</p>
<p>38. Existem muitas críticas/opiniões sobre a Nutrição e o papel do nutricionista clínico atualmente: Isso te afeta? O que pensa a respeito?</p>	<p>Já afetou. Hoje tenho mais maturidade e responsabilidade para lidar com as pessoas que me procuram.</p>	<p>Não afeta mas percebe. Conduta neutra – por questões éticas. Mostra todos os lados, artigos, parecer, benefícios, malefícios... crie sua própria conduta.</p>	<p>Não me afeta pois não tenho rede social. Venda de inverdades, um crime.</p>	<p>Afeta. Nutrição virou modinha.</p>	<p>Fica chateada. Não vê ninguém fazendo isso com médico, com engenheiro. É falta de respeito, antiético.</p>	<p>Não afeta. Procura entender de onde veio para poder esclarecer para os pacientes, que não tem obrigação de ter senso crítico. Acha que a classe está mais unida – percebe menos questões de falta de ética.</p>
<p>39. Você acha que existe uma crise no modelo de atuação da nutrição? Comente.</p>		<p>A nutrição é uma constante crise. Boom ou falta de procura. Excesso de informação prejudica – alunos, profissionais e leigos.</p>	<p>Não crise mas transformação.</p>	<p>Sim. Hoje em dia tudo é mídia. Tem gente que não tem condições de atuar, não tem ética... isso preocupa muito.</p>	<p>Sim. Se está assim, é pq a gente se vende por isso. As pessoas estão esquecendo a essência da nutrição</p>	<p>Não acha que é crise. Mas um entendimento das nossas reais capacidades. O nutricionista é apenas parte de um processo maior.</p>
<p>40. Como você percebe a aceitação ou</p>	<p>As pessoas querem tudo que é modelo, novo. Tem aversão ao passado. As</p>	<p>Paciente dá risada. Tem resistência por não terem tempo para perder com coisas</p>	<p>Curiosidade.</p>	<p>É legal. Curiosidade</p>	<p>Tudo que é novo, assusta.</p>	<p>Percebe uma boa aceitação. Se preocupa com as dietas da moda e o quanto os</p>

<p>não do paciente com as novas abordagens?</p>	<p>peças têm uma tendência a tudo que está na moda.</p>	<p>bobas como comer mais devagar.</p>				<p>pacientes são vulneráveis.</p>
<p>41. Qual sua percepção sobre a dimensão social da comida? E da doença?</p>	<p>Comida é social. É importante levar essa compreensão ao paciente.</p> <p>Em relação a doença - principalmente em relação à estima.</p>	<p>Absurdamente grande (ênfase) Dá aula de antropologia e fala muito sobre isso. Comer é mais que ingerir nutrientes.</p> <p>Acha difícil relacionar mas acha válido. Tem que abordar a questão da empatia.</p>	<p>Fugiu um pouco da pergunta.</p>	<p>Ampla demais e importante. A comida não fica só no prato, é mais que isso.</p> <p>Fugiu um pouco da pergunta.</p>	<p>É importante. Não pode deixar de abordar a questão da sociabilidade da alimentação na consulta.</p> <p>Tem a questão da sustentabilidade.</p> <p>Dimensão da doença refletiu sobre o papel da indústria alimentar e seu papel no adoecimento</p>	<p>Total. Não dá pra dissociar uma coisa da outra. Tem que considerar o contexto do indivíduo.</p> <p>Mesma coisa a doença. Especialmente no suporte, na rede de apoio para enfrentar a doença.</p>
<p>42. Eu listei diversos conceitos e abordagens, gostaria que você me informasse: Quais você conhece (C)? Quais você utiliza (U)? Fale um pouco sobre cada um deles.</p>	<p>Conhece pouco. O hospital tem uma política de humanização. É importante mas nós não temos maturidade para exercer. As pessoas confundem humanização com você ser frouxo.</p>	<p>Conhece a teoria, mas não utiliza.</p>	<p>Uso sempre. Dou aula de saúde coletiva.</p>	<p>Sim</p>	<p>Conheço</p>	<p>Não sabe se conhece os conceitos, relacionou apenas com parto humanizado.</p>

Política de Humanização do SUS						
Clínica Ampliada e Compartilhada	Importantíssima. O SUS é bonito na teoria.	Não conhece	Sim utilizo.	Não. Mas aqui na faculdade trabalhamos com outras especialidades integradas.	Conhece	Sabe o que é por alto mas não coloca em prática.
Comportamento Alimentar	Leio sobre, sei que é importante mas conheço muito pouco, quase zero.	Acha que utiliza de forma abstrata, não utiliza técnicas precisas. Tenta trabalhar de forma mais humana – acha que isso já abrange.	Sim sempre.	Sim	Conhece	Conhece. Acredita que está sendo explorado de maneira errada. Não deveria ser algo para poucos ou específico, mas, todo nutricionista deveria estudar isso. Não se pode cortar uma pessoa ao meio e atender só o fisiológico ou só o comportamento.
Entrevista Motivacional	Respondeu como se soubesse. Mas de forma equivocada.	Não sabe exatamente. Acha que é conversar com o paciente e estimular, motivar ele – mas não sabe como fazer isso.	Respondeu como se soubesse. Mas não aprofundou.	Não.	Já ouviu falar	Não conhece. Nunca ouviu falar
Aconselhamento Nutricional ou Abordagem não dieta	Acho que funciona melhor do que dieta. Você ensina e dá autonomia.	Afirma conhecer e usar. Mas diz que são coisas diferentes.	Respondeu como se soubesse. Mas não aprofundou.	Sim.	Conhece e trabalha	Já ouviu falar

Intuitive Eating ou Comer Intuitivo	Já li sobre isso.	Não tem formação, utiliza como se soubesse e fosse a mesma coisa que mindful eating.	Respondeu como se soubesse. Mas não aprofundou.	Sim.	Sim	Conhece. Afirma aplicar as vezes.
Mindful Eating ou Comer com atenção Plena	Acho que é algo primitivo, não sei se é possível isso mais. Temos que resgatar.	Não tem formação, utiliza como se soubesse e fosse a mesma coisa que comer intuitivo.	Sim. Apesar de não ser capacitada formalmente.	Sim.	Sim	Conhece.
Health at every size (HAES)	Já ouvi essa discussão nos EUA, mas no Brasil não tem muito.	Não conhece. Mas afirma fazer sentido – acha maravilhoso mas nunca ouviu falar.	Já ouviu falar.	Não.	Não	Já ouviu falar. Acha importante.
43. Elementos simbólicos:	_____					
Balança	sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Estadiômetro	sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Bioimpedância	Não	Não	Sim	Sim	Sim	
Adipômetro	sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Fita métrica	sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
Jaleco	Não	As vezes. Quando precisa passar segurança de uma autoridade, profissional de saúde – usa.	Sim. Principalmente na hora da antropometria.	Não. Não suporta jaleco. Acha que íntima, distancia.	Respondeu as vezes e depois disse q abandonou.	Não. Cria distanciamento.
Outros	Não se aplica	Diário de campo	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica