

COMER E CUIDAR: desafios do cuidado e, alimentação e nutrição no âmbito da atenção primária à saúde

Lilian Miranda Magalhães *

Resumo: Este artigo buscou discutir desafios à produção do cuidado em alimentação e nutrição enfrentados no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, utilizou uma cena como estratégia discursiva, cujos desdobramentos foram utilizados para lançar luzes sobre outros atos de cuidado, que o constituem enquanto processo. Assim, expõe o caráter relacional do cuidado em alimentação e nutrição, explorando efeitos da sua interpenetração pela racionalidade nutricional. Em seguida, enfoca, a preponderância feminina nas redes de cuidado, tanto nas esferas privadas, quanto institucionais, analisando transformações históricas e potencialidades. Tal abordagem culmina na abordagem das limitações e desafios enfrentados por profissionais e trabalhadores inseridos na Atenção Primária à Saúde. Argumenta que a compreensão de tais aspectos representa um importante movimento no sentido de qualificar práticas de cuidado em alimentação e nutrição, melhor orientadas pelos princípios que fundamentaram as propostas de mudança para o desenvolvimento da prática clínica ampliada e compartilhada.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Alimentação e Nutrição

Abstract: *This article aimed to discuss challenges to the production of food and nutrition care faced in Primary Health Care. To this end, it used a scene as a discursive strategy, whose consequences were used to shed light on other acts of care, which constitute it as a process. Thus, it exposes the relational character of food and nutrition care, exploring the effects of its interpenetration by nutritional rationality. It then focuses on female preponderance in care networks, both in the private and institutional spheres, analyzing historical transformations and potentialities. This approach culminates in addressing the limitations and challenges faced by professionals and workers inserted in Primary Health Care. It argues that the understanding of such aspects represents an important movement towards qualifying care practices in food and nutrition care, better guided by the principles that underlie them. change proposals for the development of expanded and shared clinical practice.*

Key-Words: *Healthcare; Primary Health Care; Food and Nutrition*

* Doutora em Alimentos, Nutrição e Saúde UFBA - Professora Centro Universitário Jorge Amado – UNIJORGE.

Introdução

Cuidar de algo, de alguém ou de nós mesmos constantemente perpassa as nossas ações. Assim como o ato de cuidar, o cuidado é um termo de uso cotidiano. Seja como verbo ou como substantivo, as múltiplas acepções desta palavra são associadas geralmente à atenção, desvelo, cautela, responsabilidade e compromisso. Contudo, a despeito da sua ubiquidade, o cuidado somente foi incluído no catálogo filosófico a partir do Século XX (HELLER, 2011).

Tal inclusão foi profícua à produção do conhecimento no campo da Saúde Coletiva. Diante dos desafios gerados pelo modelo biomédico de atenção, pesquisadores têm buscado, nas obras de pensadores e filósofos como Heidegger, Gadamer, Foucault, Deleuze e Guattari, o embasamento crítico para desenvolver reflexões teóricas acerca do cuidado em saúde, elaborando abordagens políticas, sociológicas, filosóficas e gerenciais sobre o tema (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017). Por outro lado, embora seja uma complexa e essencial dimensão do cuidado à saúde, o cuidado em alimentação e nutrição (CAN) raramente tem sido tomado como objeto de investigações mais profundas.

No Brasil, o reconhecimento da saúde e da alimentação como direitos humanos é uma recente conquista, que foi precedida por um longo período de ações governamentais desarticuladas e restritas a grupos em situação de vulnerabilidade biológica ou social. De modo hegemônico, intervenções prescritivas orientavam práticas assistenciais relacionadas à alimentação e nutrição de cunho caritativo, disciplinador, provisório e profundamente excludente (SILVA, 1995).

Na esteira de uma construção histórica não linear, fortemente influenciada pela institucionalização do Sistema Único de Saúde e pelas relevantes contribuições do campo da Saúde Coletiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se tornado um espaço estratégico à produção do CAN. Apoiando-se no reconhecimento da relação direta dessa dimensão do cuidado com as condições de saúde da população, publicações oficiais expõem a relevância dos redirecionamentos voltados à sua qualificação e efetividade (BRASIL, 2017; JAIME, 2018). Tais mudanças certamente resultam, dentre outros fatores, da convergência de horizontes entre os princípios definidos para APS e o caráter contínuo do CAN.

Cabe salientar que a produção do CAN não é exclusiva dos espaços institucionais de atenção à saúde, mas emergem e estão vinculados aos espaços domiciliares e outros locais que abrigam a esfera íntima e social da vida. Múltiplos atores estão envolvidos e voltam-se as necessidades relacionadas à alimentação e nutrição, considerando diferentes fundamentos e objetivos. Não se trata, portanto, de relações sempre bem definidas ou alinhadas. Tensões, conflitos e divergências serão resultantes da infinita diversidade (subjetividades, propósitos, modos de atuar, interpretações intelecto-sensoriais acerca da comida e do comer), que lhe é inerente.

Assim, profissionais e trabalhadores da saúde, usuários e comunidade lidam com diferentes cenários constituídos pela diversidade, complexidade e cotidianidade das práticas alimentares e com incontáveis modos de estabelecer relações com a saúde e outros aspectos da vida.

Diante deste contexto, este artigo busca discutir desafios à produção do cuidado em alimentação e nutrição enfrentados no âmbito da APS. Para tanto, uma cena como recurso discursivo, para lançar luzes sobre pontos relevantes, que serão explorados analiticamente ao longo desse texto.

A cena

Um homem ergue uma xícara de chá em direção à boca. A mulher que acabou de servi-lo senta-se ao seu lado.

Nesta cena, a princípio não haverá descrição do cenário, o tempo ou o lugar em que ocorre e nem tampouco as características dos atores envolvidos. Não há qualquer referência aos ingredientes do chá ou ao que motivou o homem a tomá-lo para que seja possível estimular a abertura a idealização pelo leitor, construindo-a a partir dos seus referenciais de mundo.

Contudo, no desenvolvimento desse texto gradativamente narraremos a cena, desdobrando-a para apresentar outros atos (atos de cuidado) e lançar luzes sobre o que pretendemos abordar. Assim, inicialmente discutiremos o caráter relacional do CAN, historicamente atravessado pela racionalidade nutricional. Em seguida, enfocaremos a atuação feminina nas esferas privadas e institucionais como uma das suas singularidades. Os desafios à produção do CAN na APS serão abordados na terceira e última sessão.

O cuidado em alimentação e nutrição frente à racionalidade nutricional

Um homem ergue uma xícara de chá em direção à boca. Por alguns segundos apenas contempla o líquido, observa a sua coloração, sente o seu aroma e percebe que a bebida já o aquece por meio do recipiente que está entre as suas mãos. A mulher que acabou de servi-lo senta-se ao seu lado.

O homem percebe o chá. A cor, o cheiro, o calor e o sabor do alimento chegam-lhe por meio dos sentidos, proporcionam uma complexa interação. Um ato relacional que evoca aptidões e sensações corporais do primeiro ao tempo em que o segundo faz-se perceber e possibilita que o outro venha a se constituir corporalmente de seus elementos. Contudo, não se trata de receber uma impressão pura e totalmente externa. Ao beber o chá, no sentido mesmo de trazer para si o contato com algo, homem e alimento integram e compartilham mundos (MANN et al. 2011; VAN DE PORT; MOL, 2015).

Partindo dessa perspectiva, sentir, pensar e sorver o chá, representam dimensões relacionais do cuidado mediado pelo alimento. Para o homem, o consumo da bebida pode simplesmente ser parte de uma refeição, pode estar ligado ao sabor, fragrância e temperatura, à afetividade entre ele e a mulher ao seu lado, à lembranças e memórias, à algum tipo de finalidade estética, a uma prática terapêutica ou a mais de uma dessas motivações.

Em qualquer uma dessas possibilidades, é ele quem decidirá pela ingestão, pela recusa ou por modificar a bebida, acrescentando-lhe açúcar ou algumas gotas de limão, por exemplo. É ele quem irá, em certa medida, intervir nos modos de interagir com o alimento, que culminarão em sensações confluentes e ressonantes proporcionadas pelo ato de degustar (PITA, 2002). A cena descrita coloca em evidência a interface entre as dimensões íntima e social, abrigando tensões e conflitos historicamente construídos.

No Brasil, o uso de plantas com finalidades terapêuticas integra as tradições indígenas. A bebida milenar mundialmente conhecida, atualmente é preparada com partes de várias espécies de vegetais (folhas, flores, raízes, etc.) e água fervente. Com o passar do tempo, maneiras diversas e coexistentes de lidar com esse alimento foram construídas. Do consumo cotidiano aos usos estéticos, das aceções existenciais às gôndolas de supermercados (GRACINDO, 2013).

A historicidade do chá evidencia o comer como um ato de cuidado anterior à sua interpenetração por racionalidades e discursos produzidos na modernidade. Os seus efeitos metabólicos e propriedades terapêuticas foram reconfigura-

dos pela incorporação dos conhecimentos biomédico e nutricional que, acentuaram o caráter do alimento-medicação. Eis o motivo pelo qual o elegemos para a compor a cena. Beber um chá não é um ato tão simples.

No contexto contemporâneo, mesmo não havendo um consenso científico para a expressão composta por termos isolada e conjuntamente polissêmicos, os sujeitos são compelidos a realizar uma “alimentação saudável”. A medicalização do corpo e da alimentação, enfraqueceu e substituiu outras formas de contextualização da experiência e engajamento com o mundo. A profusão de discursos dietéticos e a informações controversas tem gerado muitas dúvidas no cotidiano das práticas alimentares (HENWOOD; HARRIS; SPOEL, 2011; AZEVEDO, 2015).

Na esteira de construções discursivas, que exortam escolhas alimentares ditas racionais, profissionais de saúde frequentemente adotam estratégias de incentivo ao autocuidado com foco no autocontrole, utilizando valores como responsabilidade, autonomia e racionalidade para regular condutas. Assim, segundo o ideário da alimentação saudável, o sujeito precisa alimentar-se de modo consciente, mantendo-se distante dos riscos (epidemiologicamente validados por evidências científicas), dentre os quais, há destaque para o ganho de peso corporal (MOL, 2013; CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014; VIANA et al., 2017).

Nesses moldes, o corpo magro e musculoso tornou-se a expressão do quanto o sujeito virtuosamente se dedicou à sua edificação. Paralelamente o seu oposto foi transformado em sinônimo de anormalidade decorrente do descontrole, da irresponsabilidade, do descuido. Considerada um problema social, a corpulência foi patologizada, envolvida em universos semânticos de termos como “inflamação” e “epidemia”. Tornou-se alvo de intervenções clínicas diversas (SANTOS, 2008; VILÁ; URIARTE, 2009; GRACIA-ARNAIZ, 2010).

Distanciando-se dos preceitos que embasam a promoção da saúde e dos princípios da autonomia e integralidade, os profissionais de saúde podem contribuir para compreensões despolitizadas dos sujeitos colocados em posição de eterna vigilância sobre o que fazem. Ao restringir os efeitos (benéficos ou deletérios porque atendem a uma lógica dualista de avaliação), atribuindo-os exclusivamente aos atos daquele que come, mantém fatores econômicos, políticos e sociais, aquém das relações de causalidade. E ainda, ao tomarem as informações científicas como verdades fixas e absolutas, trabalham de forma acrítica, perpetuando tal condição (KRAEMER et al., 2014; MAGALHÃES; AMPARO-SANTOS, 2016).

Por outro lado, considerando a constância da alimentação como parte da vida, é preciso refletir sobre as repercussões da constância do (auto) controle como forma de cuidar de si. Múltiplos medos são suscitados. Obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, câncer, infecções e inúmeras outras enfermidades são associadas a alimentação, logo, seria racional não se arriscar.

Concomitantemente, ao olhar para o interior da xícara, o homem em cena não vê apenas um líquido, mas como parte de um conhecimento abstrato, também mira catequinas, cafeína e infere os seus efeitos no controle do peso, nos níveis de colesterol, na glicemia. Sombras incessantemente se movimentam em torno daquele que se vê constrangido a preocupar-se e a manter-se preso ao que é “sabidamente seguro”, semi-imóvel enquanto ergue a xícara (ou o garfo) e experiencia a vida.

Não surpreende a proliferação de estratégias para a crescente restrição do volume de alimentos ingeridos, das formas de compensação e purgação, que transtornam o comer. Práticas geralmente fundamentadas em lógicas matemáticas da relação entre consumo e gasto energético, em lógicas religiosas que associam a corpulência ao pecado da gula, mas que também podem constituir outros modos de cuidado marcados pela autodisciplina (BERTRAN, 2007; MUSOLINO et al., 2015).

Mesmo com a potencialização da dimensão volitiva para o autocuidado não é possível conduzir os sujeitos e as suas

relações com o corpo e o comer por caminhos plenamente balizados pelos limites da racionalidade científica. Pois, embora obscureça as matizes e nuances da alimentação cotidiana sempre condicional, sempre mutável e diferente como os dias que se sucedem e surpreendem, todos esses processos que intencionam a completa interiorização e subordinação às regras e normas de um cuidado heterônomo e verticalizado, os limites que mesclam saúde, estética e moralidade, a grandeza da existência sempre escapa, escorre, transcende.

A cena em questão, não é inédita. O ato de alimentar-se foi realizado incontáveis vezes até aquele momento. Pela sua relação com a sobrevivência humana, o comer tem início com a vida e se mantém ao longo dela de modo constante e essencial. Essa dimensão do cuidado contínua e intermitente, modifica-se pela e ao longo da vida em uma transformação mutuamente construída pelo fato de promover (e se apoiar sobre) a interação com alimentos, o convívio e a aprendizagem social envolvendo utensílios, técnicas culinárias, aromas, sabores e texturas (MINTZ, 2001). Em outros cenários, circunstâncias e companhias, com outros alimentos, sob diferentes motivações, o homem, outrora menino, em conjunto com outros tantos atores, cuidou da sua alimentação.

Nesse sentido, convidamos o leitor a atentar-se para os demais atores, que não estão enquadrados na cena descrita, mas que atuaram para a sua construção por meio das suas ações, desenvolvendo práticas apoiadas sobre os seus conhecimentos e valores. O agricultor, que plantou, cultivou e colheu as ervas. O comerciante que as comprou e transportou até a feira, sob condições favoráveis à manutenção do frescor das folhas. A mulher que foi até o local e as escolheu tocando e cheirando em uma interação breve, mas inteiramente sinestésica. Essa mesma mulher, que levou as ervas para casa, onde as higienizou e acondicionou até o momento da chegada do homem, quando então preparou o chá, dosando a quantidade de água, folhas, tempo de infusão e finalmente o serviu.

Assim, o CAN invariavelmente conjuga diferentes universos físicos (a casa, a feira, o supermercado, a unidade de saúde), simbólicos (a cura, o gosto, as normas, os sentimentos), materiais (as folhas, a xícara, a mesa) de sabores, saberes, valores e práticas construídos na individual (e social) interação corpo-alimento e, como tal, a sua produção é atravessada por particularidades, que merecem reflexões críticas no sentido de desenvolver visões e abordagens alargadas da realidade.

Sendo assim, a presença da mãe-cuidadora no processo demanda um olhar mais demorado para pensar sobre o papel que lhe foi atribuído, inquirindo a naturalização deste lugar e prática.

Singularidades do cuidado em alimentação e nutrição: contínuo e (ainda) predominantemente feminino

Um homem ergue uma xícara de chá em direção à boca. Por alguns segundos apenas contempla o líquido, observa a sua coloração, sente o seu aroma e percebe que a bebida já o aquece por meio do recipiente que está entre as suas mãos. A mulher que acabou de servi-lo senta-se ao seu lado. Silenciosamente, ela o observa com certa preocupação. Ele está enfermo.

No âmbito doméstico, a mulher presente na cena responsabiliza-se pelo cuidado em alimentação nutrição. Atos não narrados precederam esse momento. Ela buscou, sentiu, selecionou, comprou, transportou, higienizou, acondicionou, temperou, preparou esse e outros alimentos. Percorreu espaços, interagindo com outros cuidadores, aprendendo e colocando em prática saberes adquiridos socialmente. Seja ela mãe, filha, esposa ou irmã, ao servir a xícara de chá, assim como outras tantas mulheres, exerceu o papel que socialmente lhe foi delegado.

Em casa, na creche, na escola e em outros ambientes, agricultoras, feirantes, merendeiras, cozinheiras também se fizeram presentes. Diversas atrizes integraram e deram sustentação a redes dinâmicas de produção do CAN. Atuaram apoiando-se sobre diferentes concepções, saberes e subjetividades colaborando com indivíduos e coletividades,

tecendo histórias e memórias alimentares.

Contudo, esses saberes e fazeres, apesar de vitais são depreciados socialmente e mantidos na invisibilidade das práticas cotidianas, que não raramente resulta de relações assimétricas e desiguais. A despeito das fronteiras geográficas e diversidade dos povos, historicamente as mulheres têm sido incumbidas do encargo do cuidado à vida desde a concepção à finitude, principalmente em situações de vulnerabilidade, dependência ou enfermidade (BELLO, 2009; DE LA BELLACASA, 2011; GARCÍA, 2017).

As disrupções provocadas por situações patológicas alteram aspectos estruturantes da alimentação e impõem novas formas de cuidado, como ocorre em casos de adoecimento crônico (MOL, 2008).

O grupo familiar, que colaborou com a pesquisa etnográfica desenvolvida por (BIELEMANN, 2003, p. 135), narrou os modos com que lidou com o seu patriarca acometido por uma neoplasia pulmonar aos 58 anos de idade. A assistência prestada com abdicção e dedicação foi traduzida pelo “fazer” em um sentido tanto físico como afetivo. Nesse processo, as filhas, o genro e a irmã do Sr. Mauro, articulavam-se para estar em sua companhia constantemente, administrar-lhe medicamentos, transportá-lo a unidades de saúde, assumir as despesas, entre outras demonstrações de “interesse e confiança”. À esposa, além de outras tarefas, cabia a responsabilidade de preparar os alimentos: *“Faço a comida pro velho... passo tudo no liquidificador... é só comida pastosa que ele come”*.

Os resultados dessa investigação remetem-nos ao caráter amoroso, delicado, atencioso e sensível como alguns dos principais atributos do cuidado feminino. Contudo, as práticas de CAN transpõem a ideia de um estado afetivo. A escassez de alimentos devido a mudanças climáticas, o contexto socioeconômico e cultural, políticas relacionadas à geração de emprego e renda, assim como compreensões acerca do corpo e da corporalidade também podem gerar reordenações, modificar ou originar novos modos de cuidado em alimentação e nutrição. Desse modo, na medida em que consideramos outras motivações para o CAN, é possível considerá-lo ainda como um posicionamento ético e político (VOGEL; MOL, 2014; DE LA BELLACASA, 2011; SILVA, 2017).

Todavia, pelo fato de somar-se às demais tarefas domésticas, o CAN pode se tornar extenuante, quando não compartilhado entre os membros do grupo familiar. Na cena, ao tempo em que cuidar contribui para a recuperação física, produz conforto, evoca a gratidão daquele que é cuidado, também expressa assimetria e pela sobrecarga, pode gerar processos de adoecimento físico e psíquico naquela que se responsabiliza pelos atos de cuidar (GARCÍA, 2017).

Paralelamente, cabe destacar que no Brasil a preponderância do gênero feminino na produção do CAN também se fez presente dentro da esfera institucional de atenção à saúde desde o início na década de 1940, quando o Estado investiu na formação de profissionais para corrigir hábitos alimentares da população. As “Visitadoras da Alimentação” adentravam as casas, “atingindo a cozinha [...] esmiuçando ali o que se comprava, como se preparava, como se comia”, com o objetivo de orientar operários e suas famílias, “difundindo a boa nova dos princípios de alimentação racional” (BEZERRA, 2009, p. 205). No bojo da associação entre Higienismo e Biomedicina, mulheres visitavam e inspecionavam espaços íntimos de outras mulheres, inquirindo-as sobre a conformidade dos seus atos.

Dessa forma foram forjados e oficializados modos de CAN com forte conteúdo moral e biopolítico. Para que se tornassem corpos hígdidos para o trabalho, o consumo alimentar, deveria ser racionalmente equivalente às necessidades físicas mensuradas e padronizadas. Para além do espaço da cozinha (mas mantendo olhares para esse espaço), corpos e nutrientes foram mensurados, esquadrihados, traduzidos em números alinhados em tabelas e gráficos. Na continuidade deste processo, sob a ótica abstrata da sua composição e funcionalidade, a comida foi simbolicamente equiparada a um medicamento, empurrando para as margens as dimensões afetivas, hedônicas e biográficas da alimentação (BERTRAN, 2007; MOL, 2013; YATES-DOERR, 2015).

Nesse contexto, a Nutrição tornou-se uma profissão simultaneamente estruturada por um aparato feminizado e validada por estruturas epistemológicas, que ideologicamente priorizam a cientificidade positivista. Essa origem, aparentemente paradoxal, hegemonicamente constituiu os processos de formação durante os quais, as estudantes foram incentivadas a afastarem-se dos espaços que sediam práticas culinárias cotidianas, para adquirir conhecimentos abstratos sobre a nutrição. Pela ligação com as tarefas domésticas ainda culturalmente subestimadas, distanciaram-se da interação sensorial com a comida e seguiram na direção das ciências exatas, socialmente legitimadas (GINGRAS, 2010; SOUZA, 2016).

Atualmente, movimentos de reaproximação têm sido desenvolvidos. Publicações oficiais e guias alimentares passaram a valorizar as práticas culinárias e a considerar aspectos como comensalidade, sociabilidade, sustentabilidade social e ambiental (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017). Nos espaços micropolíticos que sediam o uso da autonomia e da criatividade na produção do CAN, as práticas vêm sendo reconfiguradas pelo acolhimento do prazer, presença, materialidade, ambiguidade, contradição, afetividade e cumplicidade. Há muito mais nesses espaços, que emergem e se estendem para fora deles.

O cuidado em alimentação e nutrição na APS: desafios do cotidiano

Um homem ergue uma xícara de chá em direção à boca. Por alguns segundos apenas contempla o líquido, observa a sua coloração, sente o seu aroma. A mulher que acabou de servi-lo senta-se ao seu lado. Silenciosamente, ela o observa com certa preocupação. Ele está enfermo. Sobre a mesa, a pasta com os exames e prescrições médicas.

Ao conceber o adoecimento, a finalidade terapêutica da bebida ganha maior relevância na cena. Além do homem e da sua mãe, outros atores se fazem presentes. Os registros do diagnóstico e terapêutica, de algum modo materializam o caráter institucional ao cuidado e a atuação dos profissionais de saúde, incluídos no processo para auxiliá-los a lidar com a enfermidade.

O encontro entre o homem e o chá foi também precedido pelos encontros clínicos, que constituíram o aspecto institucional do cuidado, envolvendo outros atores (gestores, demais profissionais, políticas), instrumentos, tecnologias, racionalidades e lógicas. O uso do chá assume uma das formas de lidar com o adoecimento, visto que, ainda que não possuísse propriedades fitoterápicas ou funcionais, poderia ser simplesmente (e não menos significativo) reconfortante.

A despeito dos processos de captura, dos quais ainda está impregnada a formação em saúde, a produção do cuidado é intensamente relacional e, por isso, sempre singular. Mesmo vinculadas a espaços formais de atenção à saúde, diretrizes, protocolos, as práticas de CAN não são determinadas pela simples soma de fatores (individuais e sociais). Resultam sim de complicadas operações que envolvem contingências e protagonismo dos atores (MOL, 2008; FRANCO; ANDRADE; FERREIRA, 2009; MERHY, 2014).

Nesse contexto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) contribuiu para abordagens teóricas mais concretas e compatíveis com a realidade da APS. Em conformidade com as propostas de mudança do modelo de atenção, o domicílio, tornado parte do território adscrito, passou a sediar outras formas de abordagem pautadas na corresponsabilização e cogestão da saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Desse modo, a despeito dos conhecimentos técnicos, que ainda criam fortes tendências à redução, homogeneização e generalização de tais práticas, ao lidar com a diversidade e o ineditismo como aspectos inerentes à produção direta ou indireta do CAN, profissionais são desafiados a elaborar dialogicamente estratégias mais próximas da

realidade que se apresenta. Vivenciando condições adversas, acentuadas pelas restrições orçamentárias do Sistema Único de Saúde e consequente precarização estrutural e dos vínculos de trabalho, são convocados a gerir micropoliticamente, situações de extrema vulnerabilidade social e insegurança alimentar e nutricional e outras iniquidades em saúde, que intensamente afetam a população de baixa renda (MOROSINI; FONSECA, 2017; SILVA, 2017).

Assim, o CAN está sempre na interface de dimensões entrelaçadas, que hora se opõem e se repelem, hora se associam e convergem: entre o fazer doméstico e o direcionar institucional; entre o entendimento familiar e o conhecimento técnico; entre o controle das circunferências corporais e o convívio com as limitações de um adoecimento crônico; entre a materialidade e a espiritualidade da alimentação e da vida; entre o saber fisiológico e nutricional e a sinestesia do comer; entre a homogeneização das necessidades e a diversidade das práticas alimentares; entre a redução e a grandeza da existência.

Considerações Finais

Ao adotar uma cena e seus desdobramentos como estratégia discursiva, o presente texto explorou o caráter relacional dos atos de cuidado em alimentação e nutrição, evidenciando a sua relevância para a experiência humana. Discutindo aspectos (experiência, racionalidade, gênero, institucionalidade) que se atravessam e constituem mutuamente os desafios para a Atenção Primária à Saúde.

Como mediadores do cuidado, os alimentos foram envolvidos pela racionalidade nutricional e por discursos que os associam à inúmeros riscos, aproximando-os do medo de comer, isolando-os do contexto político, econômico e social. Ainda assim, pelas sensações que provoca, contrapõem concepções dicotômicas que erigiram inúmeros antagonismos (natureza e cultura, feminino e masculino, corpo e mente, bem e mal, certo e errado, segurança e risco) e mantém a ambiguidade como uma das suas características mais indelévels.

No interior das redes de cuidado em alimentação e nutrição, a predominância do gênero feminino requer maior visibilidade, pois, em atos não narrados, fazem-se presentes nos espaços privado e institucional. Cientes de que relações desiguais e assimétricas perpassam a sua atuação, é importante considerar que para além da abertura à sensibilidade para lidar com questões da vida e do viver, elas podem assumir posturas éticas e políticas necessárias à efetividade do cuidado.

A compreensão de tais aspectos representa um importante movimento no sentido de redirecionar CAN pelos princípios (integralidade, equidade, universalidade e cidadania), que fundamentaram as propostas de mudança para o desenvolvimento da prática clínica ampliada e compartilhada e a reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito da APS no Brasil.

O entendimento de que há múltiplas agências ainda suscita diversas indagações: Como ocorrem tais encontros, que interconectam as esferas institucional e privada? De que modo aqueles, que delas participam, atuam na produção do cuidado em alimentação e nutrição? De que maneira a comida e o comer são considerados nas práticas cotidianas de cuidado à saúde? Essas e outras questões podem direcionar olhares mais perscrutadores e instrumentalizados para a complexidade das (inter) ações, que ainda se mantém na opacidade.

Há, portanto, desafios epistemológicos no sentido de desenvolver investigações, cujos desenhos metodológicos permitam perceber a experiência incorporada do cuidado em alimentação e nutrição para ampliar a compreensão acerca desse fenômeno em suas tensões estruturantes e trazer as necessárias contribuições para o campo. Pois, de formas infinitamente diversas e mutantes, outras cenas estão em curso. ■

Referências

- AZEVEDO E. Liberem a dieta. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 717-727, 2015.
- BELLO, A. H. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 8, n.17, p. 173-185, 2009.
- BERTRAN, M. Orientación alimentaria o los diez mandamientos? La moral en las recomendaciones de nutrición. In: LEÓN, P. B.; MERINO, E. C; PEÑA, F. (Org.). **Antropología física, salud y sociedad en las poblaciones contemporáneas**. México, O.F: Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2007. p. 147-153.
- BEZERRA, J. A. B. **O processo de gênese do saber em alimentação e nutrição: emergência, divulgação e aplicação social**. XXV Simpósio Nacional de História; 2009; Fortaleza. Ceará: História e ética; 2009. p. 200-212.
- BIELEMANN, V. L. M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 133-137, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2012.
- CASTIEL, L. D.; FERREIRA, M. S.; MORAES, D. R. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1523-1532, 2014.
- CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface-Comunicação**, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, 2017.
- FRANCO, T. B.; ANDRADE, S.T.; FERREIRA, V.S. C. **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitech, 2009. 164 p.
- GARCÍA M. La mujer y el cuidado de la vida. Comprensión histórica y perspectivas de futuro. **Cuadernos de Bioética**, Murcia, v. 28, n. 3, p. 291-301, 2017.
- GINGRAS, J. The passion and melancholia of performing dietitian. **Journal of Sociology**, Melbourne, v. 46, n.4, p. 437-453, 2010.
- GRACIA-ARNAIZ, M. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. **Gaceta Médica de México**, México, DF, v. 146, n. 6, p. 389-396, 2010.
- GRACINDO, I. **Viagem ao mundo do chá**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2013. 272 p.
- HELLER, A. On the concept of “care”. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.) **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integridade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011. p. 13-23.
- HENWOOD, F.; HARRIS, R.; SPOEL, P. Informing health? Negotiating the logics of choice and care in everyday practices of ‘healthy living’. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 72, n. 12, p. 2026-2032, 2011.

- JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.
- KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis**, Rio de Janeiro, p. 24, v. 4, p. 1337-1359, 2014.
- MAGALHÃES, L. M.; AMPARO-SANTOS, L. Os riscos de estar “além do peso”: uma análise do discurso sobre a obesidade proferido nos meios de comunicação de massa. In: PRADO, S. C. et al. (Org.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.
- MANN, A. et al. Mixing methods, tasting fingers: notes on an ethnographic experiment. **Journal of Ethnographic Theory**, v. 1, n.1, p. 221–243, 2011.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitech, 2014. 187 p.
- MINTZ, S. Comida e antropologia: uma breve revisão. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 31-41, 2001.
- MOL, A. Mind your plate! The ontonorms of Dutch dieting. **Social Studies of Science**, Ontário, v. 43, n. 3, p. 379-396, 2013.
- MOL, A. **The logic of care: Health and the problem of Patient Choice**. London: Routledge, 2008. 142 p.
- MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, e00206316, 2017.
- MUSOLINO, C. et al. ‘Healthy anorexia’: The complexity of care in disordered eating. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 139, p. 18-25, 2015.
- PITA, A. P. O gosto ou "Os movimentos secretos da alma": tópicos para um debate sobre a educação do gosto. **Saber e Educar**, Porto, n. 7, p.87-91, 2002.
- DE LA BELLACASA, M. P. Matters of care in technoscience: Assembling neglected things. **Social Studies of Science**, Ontário, v. 41, n.1, p. 85-106, 2011.
- SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo**. Salvador: Edufba, 2008.
- SILVA, A. C. D. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, p. 87-107, 1995.
- SILVA, E. K. P. et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00005716, 2017.
- SOUZA, L. K. C. S., et al. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 773-788, 2016.
- VAN DE PORT, M; MOL, A. Chupar frutas in Salvador da Bahia: a case of practice-specific alterities. **Journal of the Royal Anthropological Institute**, London, v. 21, n. 1, p. 165-180, 2015.

VIANA, M. R. et al. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447-456, 2017.

VILÁ, M. B.; URIARTE, M. C. S. Continuidades en la estigmatización social del cuerpo enfermo: una comparación entre la lepra y la obesidade. **Revista Tramas**, México, DF, n. 32, p. 147-168, 2009.

VOGEL, E.; MOL, A. Enjoy your food: On losing weight and taking pleasure. **Sociology of Health & Illness**, Oxford, v. 36, n. 2, p. 305-317, 2014.

YATES-DOERR E. **The weight of obesity**: hunger and global health in postwar Guatemala. Berkeley: University of California Press, 2015.