

 Marcela Cristina Elias Villela¹
 Elaine de Azevedo¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas e Naturais. Vitória, ES, Brasil.

Correspondência

Marcela Cristina Elias Villela
villelamarcela88@gmail.com

Este manuscrito é proveniente da dissertação de mestrado intitulada "Reflexões do controle de si versus o cuidado de si no campo da nutrição", autoria de Marcela Cristina Elias Villela, sob orientação de Elaine de Azevedo, apresentada em 09 de abril de 2020 ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil.

Apoio: A autora Marcela Cristina Elias Villela foi bolsista CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil.

Controle de si e cuidado de si: uma reflexão sobre a ciência da nutrição

Self control and self care: a reflection on nutrition science

Resumo

Introdução: a Ciência da Nutrição funda-se sob o paradigma médico cartesiano, baseado na visão biologicista, intervencionista e centrada no especialista. O nutricionista, em sua prática clínica atua de modo prescritivo, punitivo e, configura-se como maneiras de controlar o paciente. Percebe-se atualmente, outras formas de abordar o paciente, da relação entre especialistas e leigos e de praticar a Nutrição Clínica que interessam a esse estudo. **Objetivo:** esse artigo promoveu uma reflexão crítica de práticas atuais na nutrição clínica. **Método:** estudo conceitual realizado a partir de uma revisão bibliográfica com autores das áreas da Nutrição e Ciências Humanas e Sociais, com foco na teoria de Michel Foucault, em especial, nos seus conceitos de controle de si e cuidado de si. **Resultados:** os autores mobilizados alertam para uma crise nas abordagens prescritivas, intensificando a falta de adesão dos interagentes e resultados ineficazes. Entretanto, a atuação do Nutricionista tende a ter maior relevância, visto que as doenças crônicas não transmissíveis ligadas à alimentação aumentam vertiginosamente. Nesse cenário, há diversos fatores que contribuem para a manutenção dessa crise como: a mídia, a cultura da dieta, o sistema agroalimentar e as políticas que atuam como mecanismos de poder e controle. **Conclusão:** Existem modelos alternativos ao paradigma hegemônico que estabelecem uma relação baseada no cuidado e se fundamentam em princípios como: autonomia, respeito às individualidades e subjetividades e ao papel ativo do interagente, ao profissional cabe ser o facilitador do processo. É imprescindível o desenvolvimento de habilidades e competências humanas não contempladas nos cursos de graduação.

Palavras-chave: Nutrição. Sociologia. Alimentação. Controle (psicologia).

Abstract

Introduction: Nutrition Science is based on the Cartesian medical paradigm, based on the biologicist, interventionist and specialist-centered vision. The nutritionist, in his clinical practice, acts in a prescriptive, punitive way and is configured as ways to control the patient. Currently, there are other ways of approaching the patient, of the relationship between specialists and lay people and of practicing Clinical Nutrition that are of interest to this study. **Objective:** this article promoted a critical reflection of current practices in clinical nutrition. **Method:** conceptual study based on a bibliographic review with authors from the areas of Nutrition and Human and Social Sciences, focusing on Michel Foucault's theory, especially on his concepts of self-control and self-care. **Results:** the mobilized authors warn of a crisis in prescriptive approaches, intensifying the lack of adherence by interactants and ineffective results. However, the performance of the Nutritionist tends to be more relevant, since chronic non-communicable diseases linked to food increase dramatically. In this scenario, there are several factors that contribute to the maintenance of this crisis, such as: the

media, the culture of the diet, the agri-food system and the policies that act as mechanisms of power and control. **Conclusion:** There are alternative models to the hegemonic paradigm that establish a relationship based on care and are based on principles such as: autonomy, respect for individualities and subjectivities and the active role of the interactant, the professional should be the facilitator of the process. It is essential to develop human skills and competences not covered in undergraduate courses.

Keywords: Nutrition. Sociology. Food. Self-control.

INTRODUÇÃO

A história da nutrição está entrelaçada a da Medicina biologicista. Seu foco tem ênfase nas doenças em detrimento dos doentes e o nutricionista é a autoridade que detém a verdade. Tal verdade, é imposta ao paciente, retira sua autonomia, capacidade de (auto)cuidado, participação e compreensão do próprio corpo. De maneira geral, os nutricionistas não reconhecem nem validam o conhecimento trazido pelos pacientes sobre seus próprios problemas de saúde, caracterizando-se assim uma relação assimétrica.¹ Em última instância, a prescrição do nutricionista tem a árdua tarefa de educar e mudar os hábitos, sob uma perspectiva autoritária e prepotente.

A partir dessa hegemonia, em geral, o nutricionista fundamenta suas condutas em práticas reducionistas, intervencionistas, controladoras e com uma visão limitada da alimentação - ato biológico, desqualificando sua dimensão psicossociocultural. Ao desconsiderar o complexo sistema de símbolos sociais, políticos, religiosos, éticos e estéticos que a alimentação representa, finda em uma uniformização das necessidades nutricionais humanas, facilitando a elaboração de recomendações que visam o controle e a manutenção de estruturas hierárquicas de poder. Promove-se assim, uma visão utilitarista do corpo, de grande interesse para a sociedade capitalista que necessita do corpo produtivo.²⁻⁴

Ao observar a prática da Nutrição clínica, percebe-se que há uma concepção de alimentação-saúde-doença negativa, pautada pela lógica da prescrição de dietas restritivas e padronizadas - baseadas na visão energético-quantitativa definidas pelo nutricionista.⁵ Fomenta-se um exercício da profissão alheio ao sujeito e suas subjetividades, bem como olhares estritamente técnicos e fragmentados no cuidado.⁶

Diante desse cenário, é importante compreender as práticas atuais e a tentativa de pensar novas possibilidades que estejam conectadas à real promoção de saúde da população; em busca de uma visão de saúde que vá além de resultados imediatos e não se limite às doenças. Esse artigo propõe uma reflexão sobre a prática clínica da Nutrição a partir de dois conceitos Foucaultianos: controle de si e cuidado de si. A ideia de controle refere às práticas da Nutrição acadêmica pautadas, majoritariamente, pela prescrição de dietas restritivas e padronizadas, inseridas em um contexto de disputas e poder. Já a ideia de cuidado, faz alusão às práticas que estão comprometidas com a autonomia do paciente e seu desenvolvimento singular, promovendo práticas alimentares aliadas às suas subjetividades.

A Nutrição clínica será problematizada explorando-se as condutas e o tipo de relação que se estabelece entre profissional e paciente, uma vez que novas condutas e práticas abrem espaço para questionar a abordagem hegemônica da Nutrição clínica. Concorde-se com Demétrio,⁷ para quem há um esgotamento resolutivo do modelo biomédico, além de um desgaste da relação nutricionista-paciente e do discurso nutricional dominante.

Para construir esse estudo crítico conceitual, mobilizou-se autores das Ciências Humanas e Sociais e da Saúde Coletiva, de forma a ampliar e possibilitar um olhar interdisciplinar na Ciência da Nutrição. Para isso, desenvolveu-se uma revisão bibliográfica em torno de conceitos que circulam a ideia de controle e cuidado de si, como biopoder, autonomia, hierarquia, ética, humanização, corpo e saúde. Destaca-se que a temática é pouco explora na nutrição, e por isso autores que se destacam e já discutiram o assunto há mais tempo foram trazidos nesse artigo por sua relevância à área. Já os autores das ciências humanas e sociais, são considerados em sua maioria clássicos, e por isso também conduzem essa investigação, em especial Foucault.

O CONTROLE DE SI

Sob a perspectiva de Foucault,⁸ entende-se que as formas de controle exercidas por um agente são uma maneira de conduzir o comportamento humano. O controle é uma das estratégias para se estabelecer relações de poder. Esse por sua vez, está sempre associado a alguma forma de saber. Mas, o controle não é algo que se pode

apropriar; ele se produz na relação entre os corpos, operando de modo difuso, capilar, espalhando-se por uma rede social, por meio de agentes (especialistas) ou das instituições (Estado, família, escola, clínica, hospitais).

O autor aponta diversos dispositivos de poder criados para exercer o controle e a dominação, materializados sobre o corpo humano.⁹ Mas a partir do século XIX, sua abrangência se complexificou a partir dos interesses corporativos para consolidação da concepção utilitarista do corpo, efetivando os objetivos políticos e econômicos.¹⁰

Esse período destaca-se pela centralidade do conhecimento científico, tornando-se o meio pelo qual a racionalidade governamental neoliberal se estabeleceu a partir dos processos naturais.¹¹ O corpo passou a ser alvo fácil, utilitário e docilizado, de atividades que pudessem contribuir para seu melhor funcionamento e maior produtividade no formato de um adestramento.⁴

A principal estratégia de adestramento do corpo é a ação voltada para uma suposta liberdade, incentivando a população a se tornar mais produtiva e empreendedora de si, características essenciais para a docilização.¹¹ 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, a partir das regras e padrões pré-determinados. Essa perspectiva remete quando Foucault¹⁰ 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 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).

Almeida et al.⁴ reiteram a necessidade da promoção de discursos e políticas voltadas para a organização da vida e práticas corporais disciplinadas que se concretizam a partir do conceito de biopoder - relevante para compreensão da sociedade contemporânea, permitindo a visualização das tensões e conflitos no campo das ciências e tecnologias biomédicas.¹² Foucault (p. 3)¹³ 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".

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 voltado para manutenção da ordem.¹³ Discursos sobre a importância de um 'estilo de vida saudável', por exemplo, socialmente aceito, passa a ter o valor de um controle positivado.¹⁴

O biopoder dociliza os corpos, criando padrões e produtos de saúde. Assim, uma lógica de mercantilização da saúde é fomentada, tendo efeitos diretos sobre aqueles que necessitam de cuidados, e também sobre os cuidadores. Sob uma relação dissimétrica de poder, o paciente se encontra submetido, dominado, seja através de um saber especialista (o nutricionista) ou institucional (o hospital, a universidade).⁸

O que torna o controle uma poderosa arma terapêutica é o fato de existir cada vez mais saberes especializados que auxiliaram a diminuição da mortalidade da população. Foucault⁹ chama de disciplinar essa sociedade que, através de práticas higienistas, torna os corpos força de trabalho produtivo. Assim, há uma nova necessidade de lidar com esses corpos, combatendo a doença acirradamente. Afinal, é importante manter a população exercendo seu trabalho com desempenho máximo.

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 desumanizadas

que transformam a saúde em uma mercadoria. Esses saberes cada vez mais específicos, técnicos e isolados, chamados por Chauí¹⁵ de especialismos, resultam na fragmentação do corpo que

[...] 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 (p. 72).

O atendimento clínico nutricional é o momento no qual a relação de saber-poder se efetiva entre o nutricionista e o paciente. Tal relação é baseada em um discurso normativo pautado no controle de si, baseado em regras originadas no século XVIII e na visão higienista. Esse discurso preconiza uma relação hierárquica, promovendo atitudes repressoras na tentativa de disciplinar o corpo e o comer.¹⁶

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 passiva que desqualifica sua experiência prévia, crenças e desejos; e implicitamente na própria terminologia dada à prática e aos envolvidos – clínica e paciente. Clínica, no sentido de se debruçar sobre o leito, já caracteriza uma relação hierárquica. Ao paciente cabe o papel de passividade e paciência, aquele que suporta sem se queixar.¹⁷

Outra ilustração dessa hierarquia é o próprio ambiente da clínica nutricional que se constitui como um lugar estratégico de poder. Predomina o posicionamento frente a frente do especialista vestido de branco e, separados do paciente/leigo por uma mesa e por cadeiras de padrões diferenciados, colocados em ambientes assépticos e formais. Na prática tem-se, majoritariamente, um tempo de consulta reduzido, ambiente pouco acolhedor, atendimento puramente técnico, biologicista, verticalizado e prescritor. Essa configuração espacial cria um distanciamento entre os atores, oferecendo saberes técnicos sob uma relação neutra. Baroni & Cunha (p. 687)¹⁶ definem essa relação hierárquica quando afirmam:

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.

A consulta nutricional, de modo geral, é dividida em três principais momentos: a história clínica; a avaliação antropométrica e nutricional e a prescrição. A anamnese é o principal instrumento utilizado para explorar a história do paciente. Essa entrevista, historicamente, consiste em direcionar o olhar do profissional para a doença, sem considerar o doente. 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. Normalmente, nesse protocolo as perguntas são fechadas e limitadas às questões biologicistas, um caminho seguro que impede a experiência de total entrega, configurando-se como uma estratégia de controle para conduzir a consulta.¹⁷

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 e a prescrições que não dialogam com as motivações intrínsecas dos pacientes – que não são nem exploradas. Sob tal contexto, deve se esperar poucas chances de mudanças de comportamentos.

O momento da avaliação física é respaldado por equipamentos como a balança, o adipômetro e a bioimpedância cujas performances se concretizam no corpo do paciente, sobre o qual se exerce o poder, endossado pelo conhecimento técnico do nutricionista. Na prática, o profissional nem questiona se o indivíduo deseja realizar a avaliação. Certamente, seria essencial, no mínimo 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', poderiam se configurar estratégias para estimular a mudança de comportamento, bem como a avaliação física. Porém, Brown¹⁸ enfatiza que a vergonha está associada à comportamentos destrutivos, os quais impedem as pessoas de pedir ajuda, aceitar tratamentos ou de dar algum retorno positivo.

A ideia socialmente construída de indivíduo 'normal', sob o qual atribui-se poder desproporcional a medidas antropométricas e exames bioquímicos, destituem os sujeitos do seu contexto individual. Além disso, a padronização de corpos, estilos de vida e meios para se obter saúde a qualquer preço, perpassa por comportamentos que podem levar os sujeitos ao adoecimento, já que o enfoque na doença desarticula seu contexto social.

A prescrição nutricional constitui o terceiro momento do atendimento nutricional com grande influência da visão quantitativa pautada cada vez mais na medicalização, na saudabilidade atrelada ao corpo magro, nos nutrientes e suas propriedades, ignorando a origem dos alimentos e os valores ambientais, culturais, políticos e sociais relacionados ao ato de comer. Dentro dessa racionalização, denominada por Scrinis¹⁹ de *Nutricionismo*, Azevedo²⁰ ressalta que a importância da cultura e da comensalidade tradicional é excluída, assim como o prazer, tornando o ato de comer uma fonte de angústias e dúvidas. Como resultado, existe uma insegurança e desconfiança cada vez maior do comedor, fenômeno designado por Fischler²¹ de *gastroanomia*, sugerindo um estado psicopatológico relacionado ao comer.

A prescrição de suplementos, cápsulas e outros compostos se configuram como 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. O processo saúde-doença ao ser administrado pela farmacologia se torna mais controlado.^{22,23} Uma soberania dos modelos padronizados e estilos de vida 'saudável' que interessa à diferentes instituições e indústrias alimentares e farmacêuticas.²⁴

A dieta, uma estratégia importante utilizada pelos nutricionistas para promover educação nutricional e 'saúde', pode ser vista também como estratégia de biopoder, um exercício do controle positivado para atingir um ansiado estado de saúde – e corpo perfeito – através de regras rígidas.

Sob uma dinâmica de restrições e demonização de alimentos – 'venenos', o resultado é o aumento da culpa e da compulsão. Dieta restritiva é sinônimo de perda do prazer e da liberdade.²⁵ Paradoxalmente, quanto maior a restrição, maior a compulsão.²⁶

O excesso de racionalização da alimentação é um fenômeno associado à vários aspectos como a crescente divulgação de informações midiáticas a respeito da funcionalidade dos alimentos.²³ As redes sociais também definem um conjunto de ações que reforçam a cultura do controle na nutrição como as fotos de corpos perfeitos e as *hashtags* utilizados pelos especialistas que rotulam o paciente que atinge os resultados esperados: *#OrgulhoDaNutri*; *#Antes&Depois*; *#ForçaFoco&Fé*; *#NoPainNoGain*; *#Tápagos*.

Resumidamente, percebe-se uma perspectiva do controle no atendimento clínico nutricional, baseado na abordagem classificatória padronizada, na dietoterapia intervencionista, no Nutricionismo, na medicalização e na

centralidade do especialista. Ou seja, a partir de práticas, instituições e peritos há uma legitimidade de discursos em prol de práticas que normatizam condutas.⁹

Com a junção de Estado e especialista, forma-se um sistema disciplinar, um campo de intervenção e de produção de verdades. O nutricionista é o profissional que legitimará condutas desse tipo em um modelo terapêutico amparado pela ciência, popularmente incentivado pelas mídias e pelas redes sociais.²³

Castiel et al.²⁷ revelam um efeito adverso desse modelo patogênico: o medo de engordar ou adoecer aumenta a ansiedade e o sofrimento. Estudo de Gaier e Grudgings citado por Heinzelmann et al.²⁸ mostram que apesar dos anseios em relação ao próprio corpo, as brasileiras não estão mais magras nem saudáveis.

Como reações a tal modelo, Demétrio⁷ chama a atenção para diferentes princípios e diretrizes que regulamentam políticas de saúde e alimentação e que se opõem a ideia do controle - humanização, integralidade, autonomia, participação, salutogênese, promoção da saúde, comensalidade tradicional, inclusão, identidade cultural, soberania – e que dialogam com a temática do cuidado de si, que será explorada a seguir.

O CUIDADO DE SI

A noção de cuidado é polissêmica. O termo em latim se assemelha a cura, expressando uma atitude de atenção, zelo, bom trato, preocupação, interesse pelo objeto ou pela pessoa amada. Boff²⁹ 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, de 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).

Na perspectiva Heideggeriana, cuidar das coisas implica em buscar a intimidade, sentir, acolher, respeitar no exato momento que não é possível ser antecipado. Cuidar é estabelecer comunhão. Todos nascem com potencial de cuidar e necessitados de cuidado, aprendido ao longo do tempo.^{30,31}

Para a prática do cuidado é fundamental a compreensão de si mesmo. O cuidado de si é uma arte de tornar-se melhor, mais sensato, exigindo autoconhecimento e domínio de si. Isso demanda do sujeito um esforço diário de transformação pessoal, intransferível que se efetiva mediante exercício constante – tanto que a palavra que descreve esse processo, askésis, significa exercício ou prática.^{32,33} Cuidar de si significa não ser escravo dos outros, dos que governam ou de si mesmos e suas próprias paixões.³⁴

A estética da existência, define os critérios estéticos e também éticos do bem viver e consiste em práticas racionais e intencionais que não determinam apenas regras de conduta, mas promovem uma auto-modificação, a partir de valores com os quais o ser humano se identifica.³⁵ Portanto, não existiam códigos exteriores e as regras de conduta deviam ser buscadas no e pelo próprio sujeito.³³

O que os profissionais de saúde têm em comum é a assistência aos seres humanos. E para cuidar de pessoas, é fundamental o cuidado de si como pré-requisito, não sendo possível separar dimensões pessoais e profissionais. Somente quando se pratica o cuidado de si, pode-se doar ao outro, oferecendo o melhor de seu conhecimento e sua presença.^{17,36}

Determinados modos adotados de ser e fazer prejudicam os profissionais do cuidado e consequentemente, a assistência aos pacientes.³⁴ Há uma circularidade que envolve o especialista em uma atitude crítica e reflexiva para assim, ter a capacidade de entender a prática do cuidado de si e do outro. A negligência do cuidado de si seria uma contrariedade encontrada através de situações frequentes de descaso consigo mesmo, fadiga física e mental entre

os profissionais de saúde.³⁷ Compreende-se que o estado psicológico e emocional do profissional de saúde também precisa receber devida atenção, visto que ele afeta e é afetado na atuação clínica.

Bosi et al.³⁸ destaca que estudantes e profissionais de nutrição são altamente suscetíveis a desenvolverem transtornos alimentares. Estudos mostram que crenças e preconceitos por parte dos profissionais de saúde podem impactar diretamente na maneira em que os mesmos se comportarão durante um atendimento - utilizando menos tempo ou reticência para desenvolver um relacionamento terapêutico mais próximo com o paciente, inclusive o nutricionista teve a maior pontuação na escala de gordofobia.^{39,40}

É interessante refletir como o cuidado tem sido compreendido pelos nutricionistas clínicos. Sob uma visão restrita de saúde, o (auto)cuidado é frequentemente associada às questões estéticas. Porém, o cuidado exige um aprofundamento acerca do conceito de saúde. *A priori*, a Organização Mundial da Saúde estabelece que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Mesmo sabendo que tal estado é uma utopia, o conceito sinaliza que a saúde é um objeto complexo e multifacetado que implica diferentes pontos de vista, a depender de olhares, significações, culturas e das articulações com o meio em que se vive.

A saúde é essa relação de contrários, de estado dinâmico, singular, que não corresponde à ausência de doenças. Envolve um sujeito que não está passivo ao meio, mas que empreende, atua e se constrói nele. Portanto, a saúde é vivida nas relações entre seres humanos e meio. É uma 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 onde se encontram maneiras de resistir à doença.⁴¹

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.⁴²

A doença pode ser descrita como uma espécie de caos, uma perturbação do ecossistema humano.⁴³ Cangulheim⁴⁴ coloca a doença como oportunidade para expressar o desequilíbrio que o organismo vivencia a nível emocional, mental ou físico. Em ambos os casos, é necessária a criação de condições para haver uma reorganização – e o cuidador pode potencializar esse processo.

Cada sujeito pode viver a saúde-doença de maneiras diferentes e pode ter sofrimentos de esferas e intensidades diferentes. É interessante que se reconheça no sujeito leigo a capacidade de captar os fenômenos nas suas diferentes nuances e ajudá-lo a se perceber como co-construtor de conhecimento.⁴⁵ Nesse sentido, o papel do nutricionista revela-se muito mais na ideia de criar condições e potências para que pacientes - ou talvez interagentes^a - sejam estimulados a compreender a doença individualmente e a tornarem-se protagonistas do processo de cura. Ao conceber o cuidado de si como um modo de ser na clínica, os relacionamentos tornam-se mais horizontalizados e empáticos. Cabe ao profissional ser facilitador desse processo.¹⁷

Os terapeutas da Alexandria entendiam que a principal função do cuidador era a de estimular a capacidade da pessoa para produzir um sentido para aquilo que o aflige, construindo seu próprio caminho e compreendendo que cada um tem suas possibilidades e limitações.⁴⁶

O preceito do cuidado de si foi sendo esquecido no pensamento ocidental devido ao surgimento do paradigma cartesiano – o nascimento da racionalidade moderna que qualifica ‘o conhece a ti mesmo’ mas desqualifica ‘o cuida de ti mesmo’ que valoriza o subjetivo do ser humano.⁴⁷

^a Ao compreender que o indivíduo deixa de ser passivo no processo, tornando-se autor do seu próprio processo de cura, o termo paciente passa a não fazer sentido. A Naturologia propõe o termo interagente como opção.

Cuidar é um processo interativo previsto em uma relação afetiva entre sujeitos.³¹ Não se trata de uma razão analítica instrumental, a qual tem função específica, mas a razão cordial, o espírito de delicadeza. 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.²⁹

Para se estabelecer essa conexão com o processo de cuidar, há de se ter confiança, atenção e responsabilidade e jamais tratar o outro como objeto ou mera doença. O ser humano é muito mais importante do que seus sintomas, com os quais não deve ser identificado.^{31,46}

Cuidar não é cercear e nem controlar, pelo contrário, é produzir potências para a cura.¹⁷ Para a produção dessas potências, o cuidado se estrutura a partir de alguns pontos chave, entre eles: a escuta, a fala, a empatia, o acolhimento, a confiança, o respeito e a autonomia.

Fochesatto⁴⁸ relembra que Freud contrariou o paradigma médico, pois colocava o saber do paciente como ponto de partida para compreender os sintomas das doenças. O discurso do sujeito permite que ele se conecte internamente e tenha a oportunidade de dar vazão e ressignificar suas emoções, emergindo a própria cura. A fala e a escuta atenta são, portanto, ponto de partida dentro de um atendimento centrado no cuidado. Cuidar é não tolher a palavra; é favorecer a fala na busca por soluções.^{17,49,50}

Para isso, é fundamental que o cuidador seja curioso e empático e abandone conceitos pré-estabelecidos e condutas universalizantes a fim de produzir o cuidado no ato, no momento presente, na relação de atores atuantes.^{17,50}

Para ouvir é fundamental que haja espaço. Assim, a anamnese baseada no cuidado deve ser um instrumento para guiar o profissional e não para limitar as respostas das pessoas, privilegiando perguntas abertas. O nutricionista sai do papel de entrevistador e torna-se ouvinte e cuidador; seu foco é centrado na pessoa, não na doença, na tentativa de alcançar subjetividades.¹⁷ Portanto, a história de vida relatada pelo paciente deve ser considerada e investigada, pois todo corpo tem uma história. Stamm⁵¹ e Tavares⁵² defendem que para isso, não bastam apenas conhecimentos técnicos, é imprescindível que também haja o desenvolvimento de outras habilidades e competências como empatia, comunicação, estabelecimento de vínculo e resiliência e, o desenvolvimento de uma relação baseada na confiança com o paciente.

O atendimento clínico nutricional baseado no cuidado deve ser construído em um local aconchegante e convidativo para fomentar conversas gentis e horizontais. O ambiente deve remeter a um local seguro, íntimo, uma alusão à casa. Nesse sentido, alguns elementos podem corroborar como luz indireta, poltronas confortáveis, tapetes, plantas e objetos decorativos.

Nessa abordagem centrada na pessoa, a prescrição dietética quantitativa deve ser revista. Uma alternativa é o aconselhamento nutricional, uma 'não-dieta' que oferece espaço de construção coletiva com o paciente 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.²⁶

Outra alternativa apresentada pelas mesmas autoras, também associadas ao cuidado de si, é o comer consciente e o comer com atenção plena - *Intuitive Eating* e *Mindful Eating* - 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, exploram os múltiplos sentidos para promover experiências conectadas com o momento presente, propondo um comer meditativo, com plena atenção e sem julgamentos.

A concepção e as práticas de *mindful eating* incluem as relações que se estabelecem durante as refeições, o local e o modo que se come, bem como a origem dos alimentos, contemplando alimentos orgânicos, *in natura*, locais, sazonais e estimulando também a prática culinária.

A Nutrição Antroposófica defende que a principal função do nutricionista deveria ser discorrer sobre as qualidades de cada alimento, acompanhar o paciente na sua própria escolha alimentar e estimular seus instintos alimentares inconscientes.

Outros conhecimentos oriundos da Psicologia ou da Pedagogia também podem contribuir com o cuidado como as técnicas cognitivas comportamentais, a entrevista motivacional, as dinâmicas de grupo e a pedagogia da autonomia. Sob tais perspectivas, o cuidado não trata apenas de ações ou comportamentos, mas, fundamentalmente de formas de ser no mundo, de estar com as pessoas. A gestão da vida, parafraseando Foucault.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo do controle de si vivencia uma profunda crise nas abordagens, tratamentos e intervenções clínicas da Nutrição, em especial na adesão e nos resultados alcançados. O nutricionista provavelmente terá cada vez mais atuação nas próximas décadas, visto que grande parte das enfermidades podem ser prevenidas, amenizadas ou 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 precisa ser problematizado, o que esse estudo propõe.

É importante pensar que, apesar da aparente oposição de duas categorias - controle *versus* cuidado - essa divisão foi de caráter conceitual. Compreende-se que não existem abordagem puras ou tipos ideais. Um nutricionista clínico pode usar de elementos que foram aqui apresentados no contexto de controle - como as estratégias antropométricas - e construir com o paciente uma relação afetiva e horizontal, qualificada como elemento de cuidado. O que se discute é que o nutricionista deve se conscientizar de que, para promover o cuidado, é essencial o desenvolvimento de habilidades e competências humanas nem sempre ensinadas no contexto acadêmico. E é essencial voltar-se ao conceito de cuidado de si mesmo antes de cuidar do outro.

O âmbito do cuidado 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. E, somente através do respeito as subjetividades, a diversidade e a potência do ser humano é possível ser um agente do cuidado, lembrando que o profissional é apenas um facilitador do processo, sendo o paciente, o agente central.

Convém relembrar a interferência de fatores e tensões que se estabelecem em torno do nutricionista como a influência das mídias, empresas, indústrias, políticas públicas e outros mecanismos de poder. O próprio paciente sofre essas influências e chega no consultório, muitas vezes, esperando uma dieta restrita, suplementos ou atitudes que implicam controle.

Como se viu, emergem propostas de diversos campos que se baseiam no cuidado de si e podem ser aprimorados e/ou adaptados 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.

Diante de tantas perspectivas e 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 uma relação horizontal, empática, ampliada, não prescritiva e com foco no autoconhecimento e cuidado de si dos interagentes. Por fim, é preciso pensar na formação do profissional nutricionista, entendido não só como sujeito que

se constitui individualmente, mas, produto, tanto das relações de poder quanto das produções do saber no percurso histórico.

A Nutrição se amplia sensivelmente quando analisada sob o cunho das Ciências Humanas e Sociais. 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.

REFERÊNCIAS

1. Amadigi FR, Golçalves ER, Fertoni HP, Bertoni JH, Santos SMA. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Rev Min Enferm*. 2009 [acesso em 20 jul 2019];13(1):131-38. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/173>.
2. Azevedo E. Alimentação e modos de vida saudável. *Saúde Rev*. 2004 [acesso em 20 jul 2019];6(13):31-6. Disponível em: <http://www.urbaal.piracicaba.sp.gov.br/download/Sa%FAde%20em%20Revista%20-%20Seguran%E7a%20Alimentar.pdf>.
3. Oliveira WK. "Comer o quê?": comida, sexualidade e relações de gênero. In: *Anais do 4. Congresso Latino-Americano de Gênero e Religião*; 2015 ago 05-08; São Leopoldo, Brasil. São Leopoldo: Faculdades EST; 2016 [acesso em 20 jul 2019]. p. 310-21. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/genero/article/view/612/362>.
4. Almeida DF, Wiggers ID, Jubé CN. Do corpo produtivo ao corpo rascunho: aproximações conceituais a partir de relações entre corpo e tecnologia. *Soc Estado*. 2014;29(3):963-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000300014>.
5. Santos LAS, Silva MCM, Santos JM, Assunção MP, Portella ML, Soares MD, 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*. 2005 [acesso em 20 jul 2019];18(1):105-17. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2316/1/23512.pdf>.
6. Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MCVS. O discurso sobre alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis*. 2014;24(4):1337-59. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400016>.
7. Demétrio F. A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidada e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada. In: Souza MB, Tavares JSC, organizadoras. *Temas em saúde coletiva: gestão e atenção no SUS em debate*. Cruz das Almas: EDUFBR; 2014 [acesso em 15 jul 2019]. p. 167-203. Disponível em: <http://www.repositorio.ufrb.edu.br/bitstream/prefix/980/1/Temas%20em%20saude%20coletiva.pdf>.
8. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
9. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2003.
10. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
11. Ferreira AAL. Governamentalidade e práticas psicológicas: a gestão pela liberdade. *Rev Filos Aurora*. 2009 [acesso em 15 jul 2019];21(28):59-72. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/aurora/article/view/1138>.
12. Furtado RN, Camilo JAO. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Rev Subjetividades*. 2016;16(3):34-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>.
13. Foucault M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
14. Prado Filho K. *Trajetórias para a leitura de uma história crítica das subjetividades na produção intelectual de Michel Foucault*. Tese. [Doutorado em Ciências: Sociologia] – Universidade de São Paulo; 1998.
15. Chauí M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna; 1982.
16. Baroni DPM, Cunha CS. Reflexões sobre a resistência na clínica a partir de Michel Foucault. *Psicol Ciênc Prof*. 2008;28(4):682-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400003>.
17. Robles FRP, Vasconcelos GAN, organizadores. *Perplexidades, devaneios e provocações: debates e reflexões sobre o cenário contemporâneo e a formação do profissional do cuidado*. Nova Friburgo: Educatoris; 2019.

18. Brown B. A coragem de ser imperfeito. Rio de Janeiro: Sextante; 2016.
19. Scrinis G. On the ideology of nutritionism. *Gastronomica*. 2008;8(1):39-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/gfc.2008.8.1.39>.
20. Azevedo E. Liberem a dieta. *Demetra*. 2015;10(3):717-27. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2015.13993>.
21. Fischler C. El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama; 1995.
22. Santos LA. O corpo na cultura e a cultura da “reforma” do corpo. *Rev Brasileira de Sociologia da Emoção*. 2011 [acesso em 30 jul 2019];10(30):406-14. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSE%20v10%20n30%20dez2011%20em%20pdf>.
23. Viana MR, Neves AS, Camargo Junior KR, Prado SD, Mendonça ALO. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(2):447-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.25432015>.
24. Seixas CM, Birman J. O peso do patológico: biopolítica e a vida nua. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2012;19(1):13-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000100002>.
25. Vieira CM, Cordeiro SN, Magdaleno Júnior R, Turato ER. Significados da dieta e mudanças de hábitos para portadores de doenças metabólicas crônicas: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3161-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800016>.
26. Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C. *Nutrição comportamental*. Barueri: Manole; 2015.
27. Castiel LD, Ferreira MS, Moraes DR. Os riscos e a promoção de autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiaista. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(5):1523-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.06212013>.
28. Heinzelmann FL, Romani PF, Lessa AS, Silva MS, Strey MN. A tirania da moda sobre o corpo: submissão versus subversão feminina. *Rev Subjetividades*. 2014 [acesso em 05 abr 2019];14(2):297-305. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n2/12.pdf>.
29. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*. 2005 [acesso em 10 maio 2019];1(1):28-35. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/25973>.
30. Heidegger M. *Ser e tempo: parte I*. Petrópolis: Vozes; 1997.
31. Waldow VR, Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>.
32. Rohden L, Kussler LM. Filosofar enquanto cuidado de si mesmo: um exercício espiritual ético-político. *Trans/Form/Ação*. 2017;40(3):93-112. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-31732017000300006>.
33. Ventura RC. A estética da existência: Foucault e psicanálise. *Cógitto*. 2008 [acesso em 5 jul 2019]; 9(9):64-6. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792008000100014&lng=pt&nrm=iso.
34. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(6):933-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>.
35. Foucault M. *Ditos e escritos: ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. v. 5.
36. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
37. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):627-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400023>.
38. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):108-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000200003>.
39. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga, MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):565-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>.

40. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutri Diet.* 2002;15(5):331-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.2002.00385.x>
41. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal, Rev Psicol.* 2011;23(3):641-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000300013>.
42. Coelho DM, Fonseca TMG. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicol Soc.* 2007;19(2):65-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000200009>.
43. Lira PS, Silva MJP. O cuidado como uma lei da natureza: uma percepção integral do cuidar. *Rev Esc Enfem USP.* 2008;42(2):363-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200021>.
44. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
45. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa NC. Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):501-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026>.
46. Leloup JY. Uma arte de cuidar. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
47. Queirós PJP. Cuidar: da condição da existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência.* 2015; 4(5):139-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14079>.
48. Fochesatto WF. A cura pela fala. *Estudos de Psicanálise.* 2011 [acesso em 20 jul 2019];36:165-72. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n36/n36a16.pdf>
49. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Rev Bras Enfem.* 2005;58(4):471-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>
50. Mélllo RP. Cuidar? De quem? De quê? A ética que nos conduz. Curitiba: Appris; 2018.
51. Stamm AMNF. Raciocínio clínico no diagnóstico médico. Tese [Doutorado em Engenharia de Produção] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
52. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31(2):180-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200010>

Colaboradores

Villela M idealizou e concebeu o estudo em todas as etapas do manuscrito; Azevedo E colaborou com a redação e revisão final.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 10 de dezembro de 2019

Aprovado: 10 de agosto de 2020