

Reflexões do controle de si versus o cuidado de si no campo da nutrição

Marcela Cristina Elias Villela*

Orientadora: Elaine de Azevedo

PGCS – UFES

*Bolsista Capes

Resumo: O presente trabalho pretende refletir e problematizar a abordagem terapêutica convencional da nutrição, frente à uma abordagem baseada no *Mindfulness - Mindful Eating*. A alimentação têm sido um dos temas mais discutidos nos últimos anos, considerada um problema de saúde pública. As abordagens e tratamentos tradicionais propostos até os dias de hoje, especialmente para doenças crônicas não transmissíveis, não são definitivos e há controvérsias sobre sua eficácia. Objetiva-se assim, explorar esse novo conceito na tentativa de compreender e analisar a percepção dos participantes após as experiências propostas. A pesquisa será qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas e grupos focais, em um centro de especialidades no município de Vitória – ES. Será aplicado um protocolo de *Mindful Eating*, baseando as discussões no cuidado de si como elo central, aliado a autores da Filosofia, Sociologia e outras disciplinas, entrelaçando-os à alimentação, como uma forma de ampliar a visão do problema de pesquisa.

Palavras chave: Cuidado de si; *Mindful Eating*; Sociologia da saúde;

Abstract: The present work intends to reflect and to problematize the conventional therapeutic approach of nutrition, in front of an approach based on *Mindfulness - Mindful Eating*. Food has been one of the most discussed topics in recent years, considered a public health problem. Traditional approaches and treatments proposed to date, especially for chronic noncommunicable diseases, are not definitive and there is controversy over their efficacy. The aim is to explore this new concept in an attempt to understand and analyze the participants' perceptions after the experiences proposed. For this, the research will be of a qualitative nature, using semistructured interviews and focus groups, in a center of specialties in the city of Vitória - ES. A Mindful Eating protocol will be apply, basing the discussions on care of you as a central link, allied to authors of Philosophy, Sociology and other disciplines, interweave them to food, as a way to broaden the vision of the research problem.

Keywords: Care of you; *Mindful Eating*; Sociology of health.

Os profissionais de saúde são vistos como aqueles que cuidam dos pacientes, mas, será mesmo que estamos promovendo o real cuidado? Ou, temos um discurso antagônico à prática? Hipócrates definiu a medicina da seguinte forma: “É libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos ou amortecer a violência das doenças, e não tratar dos doentes que se encontram vencidos pelas doenças, sabendo que a medicina pode tudo isso” (CARVALHO, 2002). Ou seja, ele propõe um olhar para a medicina curativa (“libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos”) e com a medicina paliativa (“amortecer a violência das doenças”) um exercício de consciência que há limites ao saber/poder. As

principais terapêuticas utilizadas baseavam-se no regime alimentar e em regras de comportamento adequadas. O “cuidar” de si e do outro em conjunto com a natureza reflete o sentido da totalidade que inspirou a medicina Hipocrática.

Na prática clínica atual, é reduzida ou inexistente a participação 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 dois atores sociais, pois de maneira geral os peritos não reconhecem nem validam o conhecimento trazido pelos pacientes sobre seus próprios problemas de saúde, caracterizando-se assim uma relação assimétrica que confere uma valoração diferente aos saberes e fazeres de cada um (AMADIGI ET AL, 2009).

A ciência da Nutrição está inserida nesse modelo com foco na doença, onde parte de seu atendimento está dedicado a práticas de caráter interventivo e restritivo, transformando sua atuação em prescrições de suplementos nutricionais e medicamentos (NOVOLAR et al, 2012), Pollan (2008) utiliza o termo “medicalização da alimentação” para descrever esse excesso de racionalização da alimentação, promovendo um caráter extremamente biológico e minimizando os fatores culturais, emocionais ou quaisquer outros relacionados à ela. Observa-se discursos normativos com dietas restritivas, reforçando o “vigiar e punir” de Foucault (2009), totalmente dissociado de práticas de cuidado.

Sabemos que, a alimentação humana é uma necessidade básica biológica, com 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 modulado por hábitos, costumes, rituais, status e expressão dos desejos (JOMORI, 2008). Comer é primordialmente uma necessidade fisiológica, mas também uma construção cultural. Diferente do respirar, por exemplo, o ato de comer envolve outras capacidades como comunicação, organização de grupos e poder. Ou seja, comer está carregado de sentidos, intenções, prazer, afeto e comportamentos subjetivos (OLIVEIRA, 2016).

Claude Fischler, em entrevista recente 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” (Em: GOLDENBERG, 2011, 01-22).

Embora perspectivas antropológicas e sociológicas não sejam relevantes para a compreensão da biologia da nutrição, são fundamentais para a compreensão e resolução dos problemas atuais, afinal a alimentação acontece de acordo com regras impostas pela sociedade, influenciando a todos que vivem nela (CARNEIRO, 2003; JOMORI, 2008).

O predomínio da vertente biológica na formação do Nutricionista, principal perito em alimentação, é segundo Bosi (1988) apud Frozi et al (2010) o 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, preferências e aversões e outros muitos atores (MARTINS et al, 2011).

O principal objetivo deste projeto será refletir sobre a abordagem do *Mindful Eating* frente à abordagem dominante na nutrição. Para isso será analisado conceitualmente a terapêutica convencional da nutrição; explorar e aplicar um protocolo de *Mindful Eating* e analisar a percepção dos participantes em relação às atividades desenvolvidas.

A metodologia baseia-se na pesquisa-ação de natureza qualitativa que segundo Engel (2000), é definida como: “Um tipo de pesquisa participante engajada, que procura unir a pesquisa à ação ou prática. Isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática”. Assim poderá se envolver empaticamente, construindo relações, observações e uma narrativa em perspectiva (MINAYO,2012), características essas fundamentais para promover uma co-construção com os pesquisados e também não limitando a pesquisa apenas em aspectos burocráticos ou acadêmicos (THIOLLENT,1986).

O público alvo serão: pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, atendidos no Centro Municipal de especialidades (CME), no município de Vitória- ES, durante o ano de 2017 e 2018, ter entre 20 e 59 anos. Serão excluídos os pacientes que não assinarem/concordarem com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e não participarem de pelo menos 50% das atividades propostas. O projeto será dividido em 3 etapas: 1. Verificar documentos (prontuários) e suas respectivas prescrições, evoluções, dificuldades e resultados, a partir disso, juntamente com a Nutricionista selecionar os potenciais participantes e convidá-los a participar da pesquisa. 2. Promover um encontro com intuito de apresentar a pesquisa proposta. Em uma roda de conversas, acolhendo, ouvindo e construindo com todos os participantes ideias a respeito do cuidado de si na saúde, com foco na alimentação. Ao final da pesquisa, será proposto um novo encontro a fim de finalizar a pesquisa, apresentar os resultados e dar voz aos participantes objetivando ouvir as experiências. Os encontros irão acontecer dentro do auditório do Centro de Especialidades de Vitória, local onde já frequentam para consultas. Essa proposta objetiva promover uma relação de proximidade com uma escuta fina, tornando-se um ponto de encontro de partilha, envolvendo o tema saúde/doença, suas intervenções ao longo da trajetória dos pacientes e formas que se pode pensar o cuidado como um modo de ser. 3. Promover oficinas práticas de *Mindful Eating*: O *Mindful Eating* é uma abordagem oriunda do *Mindfulness*, prática integrativa e complementar do SUS, que visa entre outros aspectos, promover a atenção plena no comer. Na revisão bibliográfica, será explicitado melhor o protocolo que será utilizado na pesquisa em questão. As oficinas terão duração de aproximadamente 60 minutos, acontecerão com agendamento prévio para grupos de no máximo 20 pessoas. Cada uma delas terá um tema pré definido, de acordo com o protocolo EAT FOR LIFE ®, totalizando 10 encontros.

Para contextualizarmos o momento presente, é importante buscar na arqueologia dos saberes como a medicina se constituiu, visto que ela foi a base para o desenvolvimento da nutrição enquanto disciplina. Rene Descartes, é talvez uma das figuras mais importantes para o atual paradigma na prática em saúde. Ele 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 um especialista que detém o conhecimento sobre a máquina (QUEIROZ, 1986), o conhecimento do perito se sobrepõe na relação para com o paciente/sujeito doente. Mais do que isso, é entender que o corpo

está sempre exigindo reparos, uma busca impossível pela perfeição e um estado estático de saúde, desconsiderando a subjetividade humana (AMADIGI ET AL, 2009).

A partir da Revolução Industrial, consolidou-se a hegemonia do paradigma mecanicista e com a descoberta dos antibióticos viveu o auge, com a junção entre ciência e tecnologia, compatível com o modelo capitalista voltado para a produção, transformou o paciente não apenas num caso clínico, mas num objeto manipulável. Dessa forma, os saberes e as intervenções médicas moldam o corpo humano a fim de satisfazer as necessidades da produção. (QUEIROZ, 1986).

O desenvolvimento da medicina ocidental moderna promoveu uma perda da visão holística do paciente, e deste com o meio externo – físico e social. Ela legitima e reflete normas produtivas, nem sempre coincidindo com as necessidades de saúde da população (QUEIROZ, 1986). Oferecendo seu saber pensando que o da população é insuficiente e, por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente e algumas vezes insuficiente.

Observa-se atualmente uma ruptura entre a saúde e o cuidado integral. O discurso associa a ideia de que bem viver relacionado 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 o nosso maior investimento, seja de tempo, de dinheiro ou de preocupação. Nessa perspectiva, há um poder que rege e regulamenta a existência, inclusive com a homogeneização de padrões estéticos e de saúde. (COELHO e FONSECA, 2007).

Nesse contexto, percebe-se a grande influência que a ciência sofreu e sofre no campo, instrumentaliza o saber e assim exerce meios de dominação. Por exemplo a vigilância sobre os fenômenos vitais coletivos: nascimentos, mortalidades, nível de vida, longevidade, saúde – principalmente as epidemias, matematicamente calculado transformados em dados e conseqüentemente em políticas públicas (higienistas), vislumbrando uma sociedade mais “saudável”.

Para Coelho e Fonseca (2007) a era de um biopoder traduz-se no crescimento destes mecanismos reguladores da população global. O biopoder dociliza e controla os corpos, cria padrões e produtos de saúde. Assim, segundo Foucault (2002) apud Maia e Osório (2004), uma lógica de mercantilização da saúde é fomentada, tendo feitos diretos sobre aqueles que necessitam de cuidados, e também sobre os profissionais que cuidam. 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, por exemplo o hospital.

O que torna o controle uma arma terapêutica importante, é o fato de termos cada vez mais saberes especializados e técnicos. Foucault chama isso de sociedade disciplinar, com suas práticas higienistas, altera a perspectiva sobre estes corpos, tornando-se corpos de produção, força de trabalho (MAIA E OSÓRIO, 2004). O sujeito tornou-se apenas um corpo objetificado, corpo a ser estudado, que sofre intervenções dos profissionais de saúde, fomentando seu saber para controlar a doença. Gerando assim, práticas que desumanizam e tornam a saúde uma mercadoria. Saberes mais técnicos e isolados, são chamados por Chauí (1982) apud Maia e Osório (2004) de especialismos:

“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 ” (MAIA e OSÓRIO, 2004, p. 69-79)

Esses especialismos também fragmentam as práticas de saúde, os profissionais cada vez mais donos de um “pedaço do corpo”, cada vez mais despedaçado, fazendo desaparecer aquele sujeito singular e inteiro que estava à sua frente. A saúde, é hoje um objeto de consumo, imersos numa cultura consumista e padronizada, havendo um esquecimento de como funciona o corpo, seu caráter singular, onde o próprio sujeito não se sente capaz de avaliar-se ou cuidar de si mesmo. Sinal disso é necessidade de todo aparato tecnológico que apontam o estado salutar do sujeito (COELHO e FONSECA, 2007). Findando em mecanismos de busca pela saúde ideal, baseadas em ideais de salvação nos discursos e procedimentos cientificistas sobre a saúde (CAPRARA, 2003; COELHO e FONSECA, 2007).

A noção de cuidado é polissêmica, em Latim, ela se assemelha a cura, expressando uma atitude de atenção, de zelo, bom trato, de preocupação, demonstrar interesse, inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. O cuidado só surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a me dedicar a ele; participo de suas buscas, sofrimentos, conquistas, enfim, de sua vida (BARROS e GOMES, 2011; BOFF,2005). Ou seja, o cuidado é um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude.

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. Não tratamos apenas de ações ou comportamentos, mas fundamentalmente em formas de ser no mundo, de estar com as pessoas. Cuidar é um processo interativo, numa relação sujeito-sujeito (WALDOW e 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. Mais que *o logos* (razão), é *o pathos* (sentimento), que ocupa a centralidade (BOFF,2005).

Para estabelecermos essa conexão do processo de cuidar, há de se ter confiança, atenção e responsabilidade. Pensando nos profissionais de saúde, o momento do cuidado é transformador para ambos, onde o profissional precisa além de ter conhecimento, é ter tranquilidade para compreender, esclarecer dúvidas e assim estabelecer junto ao paciente a melhor abordagem para o tratamento (WALDOW e BORGES, 2008).

Se, a saúde é um objeto complexo, um 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 homem e meio (BARROS e GOMES, 2011). Segundo Maturana e Varela (1995) apud 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 um meio, que também se produz nesse processo.

Como bem nos lembra Dejours (1986) apud Coelho e Fonseca (2007), “o estado de saúde não é um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente”. 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). A perspectiva hermenêutica permite uma nova construção de modelos a partir da dimensão experiencial.

Cada sujeito pode viver a doença de uma forma diferente, pode ter sofrimentos de esferas diferentes, mas vivemos numa sociedade que não aceita a possibilidade de sermos vulneráveis, não se é permitido sofrer, e assim somos incapazes de percebê-lo (BESSERA ET AL, 2014). O profissional da saúde deveria estar mais preocupado com o que é dito pelo paciente do que simplesmente pelo diagnóstico inicial, afinal as noções e comportamentos ligados aos processos de saúde e de doença integram a cultura dos grupos sociais onde os mesmos ocorrem.

Cuidar de si mesmo trata-se então de uma investigação pessoal com vistas à compreensão, ao cuidado e à iluminação de si mesmo. Dando atenção, promovendo transformação do modo de vida. O cuidado de si mesmo é essa arte de tornar-se melhor, mais sensato, mais livre, que exige autoconhecimento. Isso demanda do sujeito um esforço diário de transformação, essa que é pessoal, intransferível e se efetiva mediante exercício constante (ROHDEN e KUSSLER, 2017).

Cuidar de si significa não ser escravo dos outros, dos que nos governam, como de nós próprios, das nossas próprias paixões (LUNARDI et al, 2004). As técnicas de si descritas na antiguidade Grego-Romana, consistiam em ações realizadas por eles mesmos, operando em seu corpo, alma, pensamento ou conduta a fim de promover um domínio de si, refletir 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). Outro termo também utilizado era a estética da existência, proposta por Foucault (2004), ele afirmava que as artes da existência deveriam ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmo regras de conduta, como também, buscam transformar-se e modificar seu ser singular. Fazendo de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo. Assim, a estética da existência, define os critérios estéticos e também éticos do bem viver. 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).

A análise de Foucault dos conceitos de técnicas de si e estética da existência nos fazem pensar na atualidade da prática clínica na nutrição, onde a autonomia e responsabilidade são princípios fundamentais para uma terapêutica adequada. Isso deve ser estimulado pelo profissional de saúde para que assim o paciente possa ele mesmo conseguir promover as mudanças necessárias e de fato engajadas com sua vida, logo tornam-se funcionais e têm mais chances de serem mantidas como forma/estilo de vida do que meramente prescrições de dietas ou condutas coercitivas e externas.

É importante lembrar que esse processo de estética da existência é parte de um processo em movimento, sempre por se fazer. Ou seja, está em aberto e pode ser iniciado ou retomado a qualquer momento, essa também poderia ser a descrição de um processo de mudança de comportamento alimentar, de formação de hábitos alimentares, não há uma linearidade, é um processo constante de ações positivas e recaídas.

Sob um olhar de Zoboli (2004), acredito que essa definição sobre o modo de ser no cuidar, exemplifica o que deveria ser a prática do Nutricionista e outros profissionais de saúde: “Cuidar é basicamente um processo e não uma série de serviços orientados à consecução de determinados objetivos. O cuidado favorece a devoção, a confiança, a paciência, a humildade, a honestidade, o conhecimento do outro, a esperança e a coragem.”

Nessa prática de si, ela pode ser exercida por todas as pessoas, durante toda a sua existência, nunca cedo ou tarde demais para começar. Essa reflexão possui uma relação íntima entre as ciências sociais e a prática biomédica. Ambas centradas no *pathos*, paixão e sentimentos, unidos com intuito de exercitar o cuidado do *ethos*, nossa morada.

Nessa perspectiva, buscando práticas e abordagens que sejam menos onerosas, aliviando o sistema de saúde vigente, as práticas integrativas e complementares – PICs, são um caminho possível para obter resultados e promover um processo mais humano. A OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano (JUNIOR, 2016). Elas ganharam força no Brasil em 1986, buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Destacam-se as seguintes práticas: homeopatia, acupuntura, fitoterapia, práticas corporais e meditativas, entre outras. Esse

movimento só tem crescido e sob um olhar atento respaldado pelas diretrizes da OMS, o Ministério da Saúde aprovou em 2006 a portaria Nº 971- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. No Espírito Santo 40 municípios oferecem, dentre elas estão: Medicina Tradicional Chinesa; Fitoterapia; Acupuntura/Auriculoterapia; Homeopatia; Medicina Antroposófica; Arteterapia; Meditação; Musicoterapia; Quiropraxia; Reiki; Yoga; Ayurveda e outras. Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares.

As práticas buscam preservar a globalidade do sujeito e o processo vital e social em geral, priorizando a saúde e não a doença. Procurando a causalidade da doença dentro de um contexto mais amplo, multifatorial, e é contrária à hiperespecialização (JUNIOR, 2016).

Para observar, refletir e discutir sobre as práticas de cuidado de si, a meditação foi a terapia escolhida. Ela se caracteriza pelo treino da atenção plena, trazer consciência para o momento presente. A prática tem origem nas filosofias Orientais, e na década de 60 foi introduzida no Ocidente, desde então é especialmente estudada pela academia na área da psicologia e saúde mental (MENEZES E DELL'AGLIO, 2009).

Entre os benefícios destaca-se: maior bem-estar físico, mental e emocional (SHAPIRO, SCHWARTZ, & SANTERRE, 2005); redução do estresse e ansiedade (GROSSMAN, NIEMANNB, SCHMIDTC, & WALACHC, 2004); redução de pensamentos distrativos e ruminativos (CHAMBERS ET AL, 2008; JAIN ET AL., 2007), além de propiciar um estilo cognitivo de maior aceitação (BISHOP ET AL., 2004; EASTERLIN & CARDEÑA, 1998); percepção de maior autoeficácia e menor responsividade ao estresse (WALACH ET AL., 2007); influencia a capacidade de alerta e atenção sustentada (CHAMBERS ET AL., 2008; JHA ET AL., 2007; TANG ET AL., 2007); melhora significativa na memória de trabalho (CHAMBERS ET AL, 2008) e nos escores de inteligência (TANG ET AL., 2007). Outro estudo mostrou que, após um programa utilizando meditação para pacientes que tiveram depressão, a chance de recaída era menor entre aqueles com maior consciência metacognitiva (TEASDALE ET AL, 2002).

A junção da meditação *Mindfulness* com a alimentação, possibilitou uma nova vertente: o *Mindful Eating*. É uma abordagem prática, visando o comer com atenção, na qual os praticantes estão atentos ao sabor, textura e processos de comer e não são julgadores.

Checando em seus corpos os sentimentos, sensações físicas e pensamentos que lhes dizem se estão ou não com fome, saciados e/ou satisfeitos (BAYS, 2009).

Os princípios do *Mindful eating* – comer com atenção plena, segundo o The Center for Mindful Eating são: Permitir a si mesmo a tornar-se consciente das oportunidades positivas e carinhosas que estão disponíveis através da seleção e preparação dos alimentos, respeitando a sua própria sabedoria interior; Usar todos os seus sentidos na escolha do que comer para que seja gratificante para você e nutritivo para o seu corpo; Reconhecer respostas aos alimentos (gostos, desgostos ou neutro) sem julgamento; e se tornar consciente da fome e saciedade físicas para guiar suas decisões para começar e parar de comer.

Portanto o *Mindful Eating* é uma oportunidade de se conectar com a consciência do momento presente: pausar, respirar, verificar, avaliar e comer. Tendo autonomia e permissão incondicional para escolher qualquer alimento, sem julgamentos, fazendo escolhas com flexibilidade, promovendo e reconhecendo que toda experiência alimentar é única e, fazer de cada refeição um momento de autocuidado e bondade consigo próprio. Além disso, promove aceitação corporal, tem-se a oportunidade de reconhecer, celebrar a diversidade natural dos corpos e que todos são merecedores de autocuidado compassivo.

Atualmente há diversos protocolos desenvolvidos no mundo que abordam o comer com atenção plena. Entre eles destaca-se o protocolo da *PHD Dra. Lynn Rossy – Eat for Life®*. Seu programa foi testado e validado cientificamente. Dentre os benefícios observados aos praticantes de *Mindful eating* observa-se: maior consciência quanto aos gatilhos que levam a comer com diminuição do comer emocional; controle do ciclo dieta-compulsão alimentar; emagrecimento; melhor relacionamento com o corpo e com a comida; diminuição do risco cardiovascular por diminuir a pressão arterial; melhora o metabolismo de lipoproteínas e melhora níveis de glicose; diminuição da gordura abdominal; regula a liberação de Cortisol, hormônio do stress; melhora o sono e melhora a expressão de mediadores inflamatórios; aumenta a felicidade e o bem estar relativo.

Portanto, tem-se um panorama positivo para que o *Mindful eating* seja incluído e divulgado como uma vertente dentro das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde (SUS).

A nutrição busca 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 nutrição deve ser analisada sob o cunho sociológico (AZEVEDO, 2008; CARNEIRO, 2003). E, o *Mindful eating* pode ser o item de ligação entre esses saberes, minimizando a exclusiva abordagem higienista e social que caracteriza o paradigma dominante da saúde.

A arte da cura tem aspectos a mais do que apenas a dimensão biológica. Acredito ser de fundamental importância a retomada de um discurso e de uma prática que consiga aliar instrumentos técnicos com uma ciência mais humana: ouvindo os sujeitos, sua experiência com a doença, interação com o meio, crenças e valores a fim de planejar condutas alinhadas com esse ser humano único que é o grande autor do processo de cura (CAPRARA, 2003).

Nas últimas décadas, a modernização e as mudanças no estilo de vida fizeram com que as pessoas mudassem sua alimentação, desenvolvendo diversas doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, a mais preocupante é a obesidade (SCHMITZ et al, 2008; GARCIA, 2003). Com isso 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 coletiva, no entanto, o foco é usualmente biológico, pensando em dietas que atendam somente às recomendações nutricionais, com características muitas vezes restritivas, perfeccionistas e conseqüentemente não realistas (MARTINS et al, 2011).

Pode-se afirmar que a necessidade básica do ser humano de se alimentar, tornou-se uma tarefa árdua, com influência de manuais, livros especialistas ou não (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, conforme ponderou McMichael (2016) ao tratar dos chamados regimes alimentares. Diante de tanta informação, leigos e peritos estão confusos na área da saúde (AZEVEDO, 2008), não sabemos mais ao certo quais as regras que devem ser seguidas. Como resultado, existe uma insegurança e desconfiança cada vez maior do comedor (GOLDENBERG,2011).

Portanto, o que as pessoas estão comendo é realmente alimento? Uma mera mercadoria, e assim explorado pela mídia, que produz informações ambíguas tornando os consumidores mais ansiosos e devoradores de fórmulas mágicas (AZEVEDO, 2008; BLEIL, 1998; JOMORI et al, 2008; POLLAN, 2008).

O modelo de dietas e alimentação seguido atualmente é baseado na abstinência/exclusão de alimentos. O sujeito se sente fracassado, vítima, e personifica a comida/substância como agente causal gerando um ciclo vicioso. Nestle (2002) apud Azevedo (2008), afirma que o tema alimentação saudável é eminentemente político e que por trás de recomendações, guias, pesquisas científicas há a indústria de alimentos e o marketing alimentar que definem sob critérios questionáveis o conceito de dieta saudável.

Tentativas de compreender o cenário atual da alimentação e suas inter-relações com os diversos atores, é um importante papel da Nutrição moderna. A partir desses estudos pode-se tentar elucidar fundamentos para uma ciência da nutrição mais efetiva em suas intervenções e muito mais holística, entendendo o ser humano como um todo.

Afinal, a refeição é um ato cultural e simbólico, reservando à mesa uma metáfora da vida, pela boca começamos a explorar o mundo. Entender e praticar a alimentação apenas com fins nutritivos seria o mesmo que limitar a atividade sexual apenas para fins reprodutivos (BARCELLOS, 2017).

Se faz necessário problematizar e refletir sobre a atual abordagem praticada no âmbito da saúde para com os usuários/pacientes perante o discurso pautado no controle de si. Este é carregado de uma verdade científica dominante, paradigma hegemônico, que transformou o sujeito em objeto, promovendo atitudes repressoras na tentativa de disciplinar o corpo e o comer. Dentro desse discurso perfeccionista, o fracasso torna-se inevitável e dificulta mudanças de comportamento efetivas e duradouras.

Percebe-se que a maioria dos estudos aqui trazidos sobre o cuidado, foram encontrados no campo da enfermagem, a qual elucidada melhor questões humanas e biológicas considerando essa complexidade que é o ser humano.

Considerar o processo de se alimentar apenas a partir do que acontece dentro de um corpo, ou seja, a partir do paradigma dominante, o destitui da possibilidade de contemplá-lo inserido no contexto da sociedade, a qual tem inúmeras possibilidades de representação e

significação para a comida, o comer, o cuidar de si que se pode adquirir ao longo das trajetórias entrelaçadas (intersubjetivas) dos indivíduos (VIANA et al, 2017).

É necessário ampliar os conceitos de saúde e doença, adaptando as práticas profissionais aos pacientes. Como citado por Lechener (2016): “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”.

Esse talvez seja um dos maiores desafios nesse campo de grandes tensões: não haver saberes sobrepostos a outros, mas sim uma relação simbiótica, reconhecendo-se limitações e possibilidades. Há necessidade de se romper a tendência de cuidados concentrados somente nos sintomas físicos, eles não são a única angústia ou dor do paciente. Há outros aspectos relevantes, os profissionais de saúde precisam estar preparados para chegar a raiz dos problemas e para isso é necessário o diálogo, a escuta, sensibilidade e empatia (BESERRA ET AL, 2014). Ser um profissional que promove saúde, não basta ser da área biomédica, é necessário repensar e construir novas formas e práticas de cuidado.

Referências Bibliográficas

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.

AZEVEDO, Elaine de. 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.

BAYS, JC. Mindful eating- a guide to discovering a healthy and joyful relationship with food. 1. ed. Boston & London: Shambhala, p. 1-208, 2009.

BARCELLOS, Gustavo. O banquete de psique: Imaginação, cultura e psicologia da alimentação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

BARROS, M. e 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.

BESERRA, E. et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(1) Jan-mar 2014.

BISHOP, S. R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N. D., CARMODY, J., SEGAL, Z. V., ABBEY, S., VELTING, D., & DEVINS, G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241, 2004.

BLEIL, S. O padrão alimentar ocidental. *Rev Cadernos de Debate*. v. VI, 1998.

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.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):923-931, jul-ago, 2003.

CARNEIRO, H. Comida e sociedade. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CARVALHO, Maria 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).

CBME: Centro Brasileiro de Mindful Eating. Princípios do Mindful Eating. Disponível em: (<http://mindfuleatingbrasil.com.br/index.php/principiosmindfuleating>): Acesso em 20/07/2018).

CHAMBERS, R., YEE LO, B. C., & ALLEN, N. B. The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303-322, 2008.

COELHO, D.M.; FONSECA, T.M.G. “As Mil Saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicologia & Sociedade*; 19 (2): 65-69, 2007.

ENGEL, Guido Irineu. Pesquisa ação. *Educar*, Curitiba, Editora UFPR: n. 16, p. 181-191. 2000.

EASTERLIN, B. L., & CARDEÑA, E. Cognitive and emotional differences between short and long-term vipassana meditators. *imagination, Cognition and Personality*, 18(1), 69-81, 1998.

FOUCAULT, Michel. Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política, Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária Ltda., 2004.

_____. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 36.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FROZI, Daniela S. 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.

GARCIA, R. Reflexos da globalização na cultura alimentar. Rev. Nutr. Campinas, 16(4): 483 – 492, out./dez., 2003.

GOLDENBERG, Miriam. 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.

GROSSMAN, P., NIEMANNB, L., SCHMIDTC, S., & WALACHC, H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A metaanalysis. Journal of Psychosomatic Research, 57, 35-43, 2004.

JAIN, S., SHAPIRO, S. L., SWANICK, S., ROESCH, S. C., MILLS, P. J., BELL, I., & SCHWARTZ, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. Annals of Behavioral Medicine, 33(1), 11-21. Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. Mindfulness training modifies subsystems of attention. Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 7(2), 109-119, 2007.

JOMORI, M. et al. Determinantes de escolha alimentar. Rev. Nutr., Campinas 21(1):63-73, jan./fev., 2008.

JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde: uma nova eficácia para o SUS. Estudos avançados 30 (86), 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.

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.

KABAT-ZINN J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Construct Hum Sci.* 8:73-107, 2003.

MAIA. M e OSÓRIO. C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 56, n. 1, p. 69-79, 2004.

MARTINS, Márcia C. T. et al. Ortorexia nervosa: Reflexões sobre um novo conceito. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(2):345-357, mar./abr., 2011.

MCMICHAEL, P. Regimes alimentares e questões agrárias. Porto Alegre: UFRGS, 2016.

MENEZES, C. E DELL'AGLIO, D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, jul./set. 2009.

MINAYO, M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012.

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.

OLIVEIRA, J.A.N. 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, 2008. p.175-89.

OLIVEIRA, Willian Kaizer de. “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. A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication, *Interface _ Comunic, Interface, Saúde, Educ*, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

POLLAN, Michael. *Em defesa da comida*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2008.

PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev.Saúde públ.*, S.Paulo, 20:309-17, 1986.

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.

SAÚDE.GOV: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=historico (Acesso em 17/04/2018).

SHAPIRO, S. L., SCHWARTZ, G. E., & SANTERRE, C. Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez, Handbook of positive psychology (pp. 632-645). New York: Oxford USA Trade, 2005.

SCHMITZ, B. et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24: (Supl 2) :S312-S322, 2008.

TANG, Y., MA, Y., WANG, J., FAN, Y., FENG, S., LU, Q., YU, Q., SUI, D., ROTHBART, M. K., FAN, M., & POSNER, M. I. Short-term meditation training improves attention and self-regulation. Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(43), 17152-17156, 2007.

TEASDALE, J. D., POPE, M., SEGAL, Z. V., MOORE, R. G., HAYHURST, H., & WILLIAMS, S. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(2), 275-287, 2002.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1986.

VIANA, M ET AL. A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 22(2):447-456, 2017.

VENTURA, R. A estética da existência. Foucault e Psicanálise. Cógito: Salvador. n. 9; p. 64 - 66 • Outubro, 2008.

WALACH, H., NORD, E., ZIER, C., DIETZ-WASCHKOWSKI, B., KERSIG, S., & SCHÜPBACH, H. Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. International Journal of Stress Management, 14(2), 188-198, 2007.

WALDOW, V. e BORGES, R. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4).

ZOBOLI, E. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1):21-7.