

O cuidado nutricional por estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil

Amanda Massi Soares^(a)
Juarez Pereira Furtado^(b)

Soares AM, Furtado JP. Nutritional care by foreigners in More Doctors for Brazil Project. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(Supl.1):1229-40.

We aim to investigate the influence of different sociocultural origins in both Cuban physicians participating in More Doctors for Brazil Project and Brazilian patients' diet and nutrition approach in primary health care services. The case study was made using triangulation method, ethnography, focus groups and interviews. It was applied Pierre Bourdieu's theoretical approach, in particular, the *habitus* (i.e. social and cultural origin) concept. The results showed that the diet and nutrition guidelines are highly influenced by the biomedical paradigm, attenuating possible influences of the *habitus*.

Keywords: More Doctors for Brazil Project. *Habitus*. Nutrition. Bourdieu.

Investigamos a influência da distinta origem sociocultural de médicos cubanos inseridos no Projeto Mais Médicos para o Brasil e de pacientes brasileiros em questões relativas à abordagem alimentar e nutricional em serviços de Atenção Básica. Realizou-se estudo de caso com triangulação por meio de etnografia, grupos focais e entrevistas. Utilizou-se o referencial teórico elaborado por Pierre Bourdieu, em especial o conceito de *habitus*. Os resultados demonstraram que a orientação alimentar e nutricional realizada é influenciada predominantemente pelo paradigma biomédico, atenuando eventuais influências do *habitus* cultural de origem.

Palavras-chave: Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Habitus*. Nutrição. Bourdieu.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços (LaborAl), Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim, 136. Vila Matias. Santos, SP, Brasil. 11015-020. amanda.massi@outlook.com

^(b) Laboratório de Avaliação de Programas e Serviços (LaborAl), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Santos, SP, Brasil. juarezpfurtado@outlook.com

Introdução

Um conjunto de iniciativas destinadas a ampliar o acesso ao cuidado médico na Atenção Básica, adequar a infraestrutura da rede pública nacional de Saúde, reestruturar a graduação e residência em Medicina e prover médicos em áreas com baixa ou nenhuma presença desses profissionais surge a partir de 2013, sob a denominação de Programa Mais Médicos (PMM), sendo o componente de provisão emergencial desses profissionais conhecido como Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹. O debate em torno do PMMB ocupou significativo espaço na agenda política da sociedade brasileira por ocasião de sua implementação. Porém, o fez de forma especialmente polarizada e negligenciando pontos centrais da proposta. Estudo conduzido por Luz et al. sobre o conjunto de reportagens de mídia impressa de circulação nacional sobre o PMM demonstra a desconsideração, por parte da cobertura jornalística, dos objetivos da lei que instituiu o programa, ilustrando com essa parcialidade em publicação de alcance geral um dos entraves que comprometeu a oferta de subsídios efetivos da sociedade mais geral no debate do programa e do projeto².

As contribuições do campo científico inexoravelmente demandam mais tempo e só recentemente passou-se a contar com as primeiras contribuições por meio da publicação de ensaios e pesquisas empíricas em torno do PMM e do PMMB. Congruente com a conformação específica da Saúde Coletiva brasileira, caracterizada pela interseção entre os campos científico e burocrático³, o debate ainda inicial na literatura especializada tem sido ocupado por agentes inseridos na gestão do Sistema Único de Saúde, por meio do qual estabelecem interlocuções com acadêmicos, relativizando a proposta em relação ao contexto internacional⁴ ou para argumentar sobre eventuais equívocos desta⁵.

O debate sobre questões nucleares do PMM e PMMB – como a formação médica, cobertura e acesso na Atenção Básica, entre outras – e a análise dos efeitos alcançados em torno destas deverá se expandir nos próximos meses, conforme se pode depreender a partir de seminário conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)⁶. No entanto, não se deve prescindir de abordar outros aspectos relevantes além da formação, da cobertura e do acesso e que também compõem o programa e podem interferir significativamente em seu desenvolvimento. Nesse sentido, indagamos em que medida a formação sociocultural, política e econômica distintas dos médicos expatriados inseridos no PMMB em relação à clientela, composta majoritariamente por brasileiros, poderia influenciar a compreensão, prescrição e conduta face às questões consideradas corriqueiras, como seria o caso das práticas alimentares.

A crescente importância das condições crônicas na Atenção Primária em Saúde e as diretrizes de promoção e prevenção vêm colocando em destaque o papel da alimentação e nutrição na Atenção Básica⁷. Nesse contexto, uma das dificuldades encontradas por profissionais para o cuidado nutricional é a frequente percepção dos problemas alimentares como circunscritos ao plano factual, além de conflitos entre conhecimentos teóricos e a prática⁸. As duas dificuldades destacadas, que podem ser entendidas como predominância da prática empírica para orientar condutas ligadas à alimentação⁶, são decorrentes da proximidade entre alimentação e cultura, pois inevitavelmente todos estamos expostos desde o nascimento às questões que perpassam a constituição de nossos hábitos alimentares. Os laços entre aspectos culturais e práticas alimentares vêm sendo abordados sistematicamente, havendo autores que chegam a considerar o surgimento de um novo e específico campo científico na área no Brasil, relativo à alimentação e à cultura⁹.

Diante do exposto, buscamos investigar as possíveis interferências da origem cultural distinta de médicos estrangeiros integrantes do PMMB sobre a compreensão das práticas alimentares e os desdobramentos desses aspectos na abordagem nutricional. A partir de um estudo de caso, analisamos os aspectos culturais presentes na interação entre agentes de nacionalidades distintas do PMMB e possíveis influências nas ações de cuidado em Saúde na Atenção Básica, com foco na orientação nutricional. As informações geradas foram analisadas com base na sociologia de Pierre Bourdieu, especialmente no conceito de *habitus*.

Habitus e histerese de médicos expatriados

O conceito de *habitus*, central no pensamento de Pierre Bourdieu (1930-2002), sociólogo francês, representa o social inscrito no corpo de cada agente, estruturando maneiras de pensar, agir e sentir dos indivíduos, considerando o suporte biológico dos processos sociais; ou seja, o conceito manifesta-se de maneira cognitiva e corpórea, a *hexis* representa as posturas corporais, o modo de falar e a vestimenta¹⁰. Dito de outro modo, o *habitus* é um sistema durável de disposições pessoais, adquiridas ao longo do processo de socialização, o que faz parecer peculiares gestos, postura corporais, valores, gostos, entre outros, quando, na verdade, tais características foram introjetadas no processo de socialização, a partir da família e do meio social de origem¹¹. Concebido como uma matriz de percepções e apreciações geradas pelas trajetórias individuais a partir das condições sociais de existência, o *habitus* é simultaneamente estruturado pela sociedade e estruturante a partir do agente. Ainda que produto de condicionamentos históricos e sociais, o *habitus* é também produtor de ações não mecânicas ou predeterminadas, podendo se adaptar à lógica de um novo campo social no qual eventualmente se encontre um dado agente^{12,13}.

Para Bourdieu, o agente e as estruturas sociais interagem entre si, formando um imbricado sistema de relações¹⁴. Dessa forma, por meio da noção de *habitus*, Bourdieu procura superar a polarização presente na díade estabelecida nas posições objetivista e fenomenológica ou entre fenomenologia e estruturalismo. Em sua praxiologia, Bourdieu busca ao mesmo tempo considerar e ir além da fenomenologia – centrada na experiência de mundo pelo agente, desconsiderando as efetivas condições de possibilidades – e do estruturalismo, que rejeita os agentes dotados de intenção como reprodutores dessas mesmas estruturas.

A praxiologia, proposta pelo sociólogo francês, é definida pela superação da restrita análise das produções e reproduções sociais centradas em seus produtos (*opus operatum*) em direção à abordagem do processo envolvido nessas mesmas produções (*modus operandi*), permitindo compreender mais profundamente a produção da ordem social como integrada simultaneamente pela criatividade do agente individual e pelo condicionamento das estruturas coletivas^{15,16}.

O ato de se alimentar representa uma atividade cotidiana referenciada pelo *habitus*, que atua como um operador prático capaz de aplicar condutas mnemonicamente associadas à alimentação, influenciado pela inventividade e criatividade dos agentes. Os hábitos alimentares, bem como as práticas em saúde relacionadas à alimentação, correspondem não só a um código econômico ou utilitário, mas principalmente simbólico^{17,14,18}. Para Freitas, Minayo e Fontes¹⁹, o *habitus* alimentar corresponde a costumes estabelecidos culturalmente por gerações, construído no âmbito familiar e comunitário, compartilhado e atualizado em outras dimensões da vida social. O conceito, portanto, permite abordar aspectos relacionados às práticas alimentares por meio da objetivação de aspectos sociais manifestados individual e subjetivamente, como gostos e preferências que constituem estratégias de formação da identidade²⁰.

No caso de médicos expatriados do PMMB, seus *habitus* não encontram as mesmas condições objetivas de origem. Nesse caso, a relativa inércia do *habitus* dificulta a pronta adaptação ao novo contexto, caracterizando a chamada histerese, que constitui-se na defasagem entre o *habitus* antigo em relação às novas condições, representadas por um novo país, uma outra classe social ou um novo campo. Desta forma, a resposta a um novo ambiente significativamente diferente será, *a priori*, função da interpretação de experiências já assimiladas no *habitus* primário desse agente²¹. Neste sentido, o processo de imigração exige adaptações a um novo campo, bem como a reflexão acerca das disposições adquiridas quando confrontadas em novo ambiente social, podendo influenciar a relação estabelecida entre detentores de *habitus* distintos.

No presente estudo, consideramos a constituição das cozinhas²² como forma de objetivar o *habitus* e compreender eventual processo de histerese decorrente da imigração realizada por médicos estrangeiros – no caso, cubanos – para o Brasil, tendo como foco suas práticas alimentares em sua cultura original e suas repercussões no trato com pacientes brasileiros.

As cozinhas cubana e brasileira representam espaços sociais nos quais agentes instituem ações práticas sobre a alimentação, como o gosto, saberes e tabus. Além disso, a cozinha como um sistema

de referência e parte essencial do *habitus* alimentar produz códigos incorporados pelos agentes e possibilita a compreensão de aspectos macrosociais e políticos relacionados à produção e à aquisição de alimentos²³. Cuba e Brasil apresentam semelhanças em relação à constituição de suas cozinhas, dadas as influências da colonização por países da Península Ibérica e da África confrontadas pela população aborígine, resultando na adaptação e incorporação de novos elementos à cozinha de origem e para a criação de um novo sistema alimentar²³.

Nas últimas décadas, Brasil e Cuba diferenciaram substancialmente os sistemas alimentares, uma vez que a disseminação das indústrias transnacionais de alimentos provocou mudanças importantes na alimentação dos brasileiros, elevando o consumo de alimentos ultraprocessados²⁴. Já em relação a Cuba, a crise econômica do período de 1989 a 1993 e o fim da União Soviética provocaram a diminuição drástica da importação de alimentos. No entanto, a criação do Mercado Agropecuário e da Unidade Básica de Produção Agrícola, em Cuba, incentivou e garantiu a segurança alimentar da população por meio da produção própria de alimentos, sem o uso de defensivos agrícolas^{25,26}.

No que tange aos sistemas de saúde dos dois países, pano de fundo das questões aqui levantadas, há convergências e distanciamentos entre ambos. Cuba representa o primeiro país socialista da América Latina, estabelecido em 1959, e a Medicina cubana integra historicamente elemento crucial na radical transformação do Estado²⁷. O sistema de saúde cubano baseia-se nos princípios de equidade, acesso e reconhecimento do caráter estatal e social da Medicina, dirigido para as ações de promoção e prevenção de saúde e garantido cobertura a 99% da população²⁸. A formação e exercício da Medicina em Cuba têm significativo componente relacionado à ajuda internacional e à humanização do cuidado²⁹, atendendo populações de distintos países. Essa internacionalização da atuação de médicos cubanos influencia a criação de *habitus* específico de profissionais do país.

O projeto nacional de Saúde cubano representa parte essencial da política social do país, buscando garantir universalidade, equidade, acesso e integralidade, por meio da gestão do Ministério de Saúde Pública²⁸. O Sistema Único de Saúde brasileiro, embora inserido no contexto de um sistema político e econômico distinto³⁰, foi concebido com o propósito de contemplar esses mesmos princípios e diretrizes³¹.

O encontro entre profissionais oriundos de sistema cultural, político e administrativo significativamente distinto da clientela brasileira e suas repercussões no trato de necessidades e demandas em Saúde que tangenciam aspectos nutricionais, objetivados com base nas noções de *habitus* e histerese, serão a seguir analisados.

Método

Realizamos um estudo de caso, caracterizado pela análise em profundidade, levando-se em conta o ambiente, os agentes e suas interações³². O levantamento de informação foi triangulado³³ por meio da observação³⁴, grupos focais³⁵ e entrevistas³⁶. Os trabalhos de campo foram desenvolvidos em um município paulista de 120 mil habitantes aproximadamente, cuja economia estrutura-se em torno de polo petroquímico da Petrobrás. O município possui seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 11 segundo a Estratégia Saúde da Família. O município recebeu quatro profissionais médicos cubanos por meio do PMM³⁷. A definição do município e do território no qual se insere a USF acompanhada se deu por meio de amostra intencional, uma vez que identificamos ali condições próximas àquelas que justificam o PMMB: escassez e/ou rodízio de profissionais médicos anteriores à vinda dos profissionais do projeto e apresentação significativa de vulnerabilidade social e violência. A abertura da equipe em geral e do médico a ser acompanhado, em especial, representou fator que se agregou aos demais nessa definição.

O grupo focal permite compreender o processo de formação da percepção sobre um determinado tema por um grupo específico, tendo sido realizado no início do percurso metodológico para subsidiar o trabalho etnográfico realizado posteriormente. Foram conduzidos dois grupos focais, na cidade de São Paulo, compostos por dez participantes no primeiro e oito no segundo, ambos com igual número de homens e mulheres, todos médicos, cubanos e ligados ao PMMB. Os dois grupos focais

foram concebidos para avaliar um curso de especialização obrigatório aos integrantes do PMMB, e pudemos agregar questões de interesse da presente pesquisa por meio de nossa participação direta na coordenação desses mesmos grupos focais. As principais questões discutidas foram: mudanças na alimentação em decorrência da imigração, conduta para quadros de hiperglicemia em pacientes diabéticos, obesidade, hipertensão, os desafios para estimular o aleitamento materno e crenças sobre a alimentação em Cuba e no Brasil.

A observação é uma técnica oriunda da etnografia, baseada na vivência em campo e produção de diário do pesquisador. Foram realizadas 132 horas de levantamento etnográfico, no período entre março e abril de 2015 em uma USF, por meio do acompanhamento das consultas médicas realizadas por um profissional oriundo de Cuba, gerando quarenta páginas de anotações em diário, sobretudo relativas à rotina na unidade de trabalho, aos atendimentos, aos diálogos entre pesquisadora e médico e aos relatos de pacientes consultados.

Foram feitas entrevistas com usuários da unidade de modo a captar suas percepções sobre os atendimentos realizados por um médico estrangeiro e as possíveis divergências e entendimento em relação ao tratamento realizado. As entrevistas, também relacionadas à etnografia, foram realizadas com pacientes em sala de espera. Abordamos todos os usuários que esperavam para serem atendidos pelo médico acompanhado na observação e foram feitas as seguintes perguntas a cinco entrevistados: O seu tratamento com o médico envolve alguma questão de alimentação? Você notou alguma diferença em relação a um atendimento feito por um médico brasileiro? Você acredita que as orientações são adequadas à sua realidade? Ao que você tem acesso e com o que costuma comer? Você aderiu às orientações realizadas? Houve restrição de algum alimento?

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética, com o número do parecer 921.169, em 23 de dezembro de 2014.

Resultados

Os médicos cubanos apresentam características de miscigenação semelhantes às da população atendida, como a cor da pele, o cabelo e os traços do rosto. Em relação à vestimenta, os médicos trajavam roupas esportivas muito próximas dos pacientes, enquanto os profissionais brasileiros utilizavam vestimentas formais. As expressões corporais demonstram receptividade, como a postura ereta e contato visual constante com os pacientes.

Os profissionais manifestaram estranhamento em relação ao hábito disseminado na sociedade brasileira atual de alimentar-se fora de casa, incluindo as principais refeições. Salientaram a diversidade de opções em relação ao seu país de origem, bem como o uso excessivo de óleo de cozinha no preparo dos alimentos em nosso país. Para os médicos intercambistas, esse conjunto de fatores determinou alterações físicas neles próprios, constatadas pelo aumento de peso e dos níveis sanguíneos de triglicérides logo nos primeiros meses de ingresso no Brasil.

Em meu país morei 48 anos. Nunca tive colesterol alto e nem triglicerídeos alto [mesmo] comendo carne de porco. Cheguei ao Brasil e já estou com tudo alto. [...] Geralmente aqui se come muito na rua e como não dá pra fazer o que a gente quer fazer... Então essa comida de rua é muito gordurosa e com excesso de tudo. (Médico 3)

Experiências internacionais prévias, relatadas por todos os participantes do estudo, foram fatores facilitadores da adaptação dos médicos do ponto de vista alimentar no Brasil, colaborando para que pratos típicos do país de origem pudessem ser aqui reproduzidos ou adaptados. Os momentos de especial contato e trocas entre esses médicos e o entorno social imediato – via de regra, composto por integrantes de suas equipes de trabalho – dava-se por meio de pequenas festas nas quais contava-se com pratos de ambos os países. Tais reuniões favoreceram uma primeira aproximação entre os médicos expatriados e os hábitos alimentares de certo segmento da sociedade brasileira, no caso, de trabalhadores não médicos das unidades básicas.

Durante as consultas, pode-se perceber que o significativo número de pacientes com sobrepeso chamou a atenção do médico acompanhado. Para esse profissional, as condições econômicas da população atendida, atreladas à ostensiva propaganda de alimentos e à ausência de nutricionista nas equipes, seriam as principais causas do frequente sobrepeso e da obesidade constatados.

Aqui temos muitos pacientes obesos, no Brasil tomam muito refrigerante, em Cuba tomamos água [...] tem muita propaganda também, toda hora passando. (Médico 1)

As orientações nutricionais realizadas, via de regra, objetivavam a perda de peso por meio de condutas restritivas a alimentos ricos em carboidratos e gorduras. A preocupação com a adequação do peso corporal era sensivelmente maior com as mulheres grávidas, que eram sistematicamente pesadas nos exames pré-natais. As orientações pautavam-se na observação do intervalo entre refeições (“comer de três em três horas”) e na escolha correta dos alimentos, mas sem especificá-los (“comer com qualidade, não em quantidade”). O refrigerante representa o único produto ultraprocessado recorrentemente considerado nas orientações nutricionais. Não se observaram considerações de qualquer natureza relativas a alimentos ultraprocessados além dessa bebida. Segundo o médico acompanhado, o refrigerante constituiu produto comum em seu país, cuja presença antecede a Revolução Cubana.

O médico explicou que o refrigerante em Cuba era comum como no Brasil até o período pós-Revolução, em suas palavras: refrigerante é muito caro em Cuba, mas quando eu era criança tomava, porque é importado, então depois da Revolução passou a ser mais caro e agora bebemos água. (Diário de campo, 18/03/2015)

A assertividade constitui um traço marcante na relação do médico observado, principalmente no manejo de problemas alimentares, pressupondo efetiva responsabilização dos pacientes por seus problemas e considerando as limitações de terapêutica exclusivamente medicamentosa. Eventuais dificuldades de adesão às mudanças alimentares prescritas eram interpretadas como uma questão de cunho pessoal.

Para esses médicos, o atendimento individualizado realizado por nutricionista contemplaria os aspectos subjetivos e psicológicos necessários às mudanças de hábitos alimentares.

Eu acho muito importante ter uma nutricionista na equipe. Uma nutricionista-psicóloga. Sim, é verdade, porque a maioria dos casos com transgressão dietética os pacientes não fazem acompanhamento psicológico. (Médico 4)

Os profissionais apontam o que consideram um paradoxo por eles observados em suas práticas, relativo ao culto do corpo esguio e à recorrente propaganda de alimentos hipercalóricos, ambos presentes na grande mídia nacional. Para eles, a maciça publicidade de alimentos ultraprocessados e o fácil acesso a eles, pelo baixo custo e distribuição eficaz, impedem o desenvolvimento do pensamento crítico dos pacientes em relação aos potenciais riscos dos alimentos, bem como constituem forte apelo, sobretudo a segmentos mais vulneráveis à propaganda, como adolescentes e crianças.

Mas aí também tem uma coisa, que nós não podemos desconsiderar. Acontece que se você coloca uma coisa dos meios também... Televisão, meios de comunicação, rádio. Se você coloca um frango assado lindo, bonito por 22 reais e um salgadinho em cinco reais, você vai pegar o salgadinho! (Médico 10)

Os médicos criticam a difusão, pela mídia e por pediatras, de fórmulas alimentares dirigidas para os primeiros anos de vida que, somadas ao período relativamente mais curto de licença-maternidade no Brasil (em comparação a Cuba), contribuem para que a amamentação exclusiva seja inferior a seis meses.

Nós orientamos ela a fazer [o aleitamento], mas aí ela tem que trabalhar, fazemos o quê? Vai introduzir outros leites [...] Porque [...] legalmente não tem um decreto que diga que ela pode ficar na sua casa. [...] Além disso, tem muita possibilidade aqui de outros tipos de leite, produtos que têm na farmácia, a mídia divulga muito esse produto, como ótimo, muito bom. (Médico 7)

Em Cuba, os médicos dispõem de um material relacionado às dietas específicas para enfermidades, produzido pelo Ministério de Comércio Interior e pelo Ministério de Saúde Pública. Esse material regulamenta a distribuição de alimentos para pacientes em estado de saúde especialmente frágil. Indicando produtos específicos a respectivos diagnósticos, o material prioriza os alimentos a serem consumidos em detrimento de estratégias para práticas alimentares saudáveis. Os médicos relatam que o referido dietário cubano constitui referência para a orientação alimentar e nutricional de seus pacientes, independentemente do país em que estejam. Assim, a orientação alimentar e nutricional por eles conduzida no Brasil realiza-se em parte guiada por esse material, no qual prepondera a indicação de alimentos *in natura* ou minimamente processados, uma vez que o Dietario Médico Nacional, criado em 1982, reflete o perfil da população cubana e as condições daquele país³⁸.

A atenção nutricional é vista pelos profissionais acompanhados como independente da localidade e de seu contexto sociocultural, uma vez que condições crônicas como a diabetes, hipertensão e obesidade – considerando aquelas mais diretamente relacionadas à alimentação – exigem a mesma conduta em relação à prescrição medicamentosa e dietética. Ou seja, para além das questões socioculturais envolvidas, prevalece a concepção que insere aspectos alimentares e nutricionais sob a perspectiva biomédica.

A diabetes, hipertensão é a mesma em qualquer lugar do mundo, o mesmo remédio também para o tratamento. (Médico 2)

Discussão

Os resultados demonstraram que a formação médica em Cuba, atrelada ao projeto político socialista do país, confere aos profissionais potencialidades para o cuidado que enfatiza as determinações sociais na produção de saúde, incluindo os complexos fatores e disputas presentes nos territórios de vida dos pacientes. Esses aspectos favorecem a aproximação entre médico e paciente e a compreensão dos determinantes sociais envolvidos em cada caso. No entanto, as estratégias relativas ao cuidado nutricional priorizam o restabelecimento a padrões de normalidade, como o emagrecimento. Ou seja, quando se trata de aspectos alimentares e nutricionais, parte-se de uma compreensão abrangente que, no entanto, deságua em orientações racionalizadoras e superficiais. As estratégias para o restabelecimento dos padrões ponderais e laboratoriais alterados pautam-se sobretudo em orientações objetivas do que se deve ou não comer. No entanto, a exclusão de alimentos não garante a reflexão crítica sobre a própria alimentação por parte dos pacientes, uma vez que a polarização entre certo e errado, ou entre alimentos bons e ruins, dificulta práticas centradas no equilíbrio e no prazer da alimentação³⁹. Tem-se aí potencial risco de consideração do alimento de maneira estrita à sua função fisiológica no organismo, fazendo sua equivalência ao remédio na Medicina⁴⁰.

Documentos de referência para os médicos cubanos, como o “Recomendação alimentar e guia alimentar para população cubana”⁴¹ e o Dietario Medico Nacional³⁸, consideram alimentos ultraprocessados como produtos curados e defumados, mas não possuem orientações quanto a alimentos usuais no Brasil, como temperos prontos, macarrões instantâneos, biscoitos recheados e produtos congelados. Tal diferença entre os dois países pode constituir-se em um problema para o manejo clínico dessas questões nos consultórios, sobretudo considerando que a oferta desses produtos cresce a cada ano em nosso país e seu consumo está associado a impactos negativos à saúde, à soberania alimentar, ao meio ambiente e à cultura^{24,42,43}.

Os guias alimentares aumentam a compreensão e consciência da população em relação à escolha dos alimentos⁴⁴ e constitui referência para profissionais de Saúde que lidam direta e/ou indiretamente com questões de alimentação, como no caso de médicos. O Dietário Médico Cubano utilizado pelos profissionais estudados representa guia de referência para orientações nutricionais e prioriza o alimento em si em detrimento da promoção e prevenção relativa a grupos de doenças a que estão interligados.

No entanto, as orientações pautadas em grupos alimentares e valores nutricionais foram superadas por guias alimentares baseados na importância do contexto no qual o alimento será consumido⁴⁵. O novo "Guia alimentar para a população brasileira" apresenta avanços acerca de estratégias para a promoção da saúde e mudanças nos hábitos alimentares, constituindo um conjunto de conhecimentos a serem debatidos com profissionais estrangeiros da Saúde que venham a atuar no Sistema Público de Saúde brasileiro, uma vez que o material pode auxiliar o trabalho desses profissionais com a população atendida, principalmente no que concerne à promoção da saúde e também em casos de enfermidades específicas, em um trabalho aliado ao do nutricionista.

O conhecimento dos médicos cubanos abordados em relação aos hábitos alimentares no Brasil foi facilitado pela socialização no ambiente de trabalho. Esses espaços representaram importante fator de aproximação ao repertório alimentar brasileiro e detecção das práticas alimentares dos pacientes atendidos. A comensalidade representa o compartilhamento da comida e, nesses espaços, médicos expatriados e brasileiros puderam dialogar sobre os sistemas de valores da alimentação. Essa troca permite demarcar a identidade social dos agentes, considerando que a comida representa traços da origem social, do território de proveniência e da história a partir dos quais uma pessoa ou coletivo constituíram seus *habitus*^{46,47}.

Dentro desse contexto, os médicos puderam atualizar disposições alimentares em um processo no qual a cultura alimentar original foi confrontada por novos hábitos e técnicas culinárias, tipos de alimentos e ritos de comensalidade. A reflexão consciente sobre esse novo ambiente permitiu tanto a exteriorização e melhor identificação das disposições anteriores quanto a interiorização de novas práticas, ocorrendo o processo de *histerese*^{11,48} referido no segundo tópico. Portanto, além do contato com os pacientes e eventuais refeições em estabelecimentos comerciais, a confrontação de dois sistemas culinários de distintas origens, nas pequenas festas ocorridas no ambiente de trabalho, entre outros eventos, facilitou simultaneamente mudanças e reafirmação da identidade alimentar cubana e brasileira. Essa adaptação influenciou o manejo do cuidado nutricional, pois permitiu a visualização de práticas alimentares comuns no Brasil, e sinalizou aspectos indutores no acesso e escolhas de alimentos em nosso país, como a influência da mídia e da indústria alimentícia sobre a alimentação.

A aproximação entre médicos e brasileiros foi facilitada tanto por semelhanças em relação aos hábitos alimentares e culinária de ambos os países quanto por aspectos da *hexis* corporal dos profissionais cubanos. Nesse sentido, os aspectos externados na forma de se vestir, expressões e posturas corporais e miscigenação dos médicos cubanos apresentam muito mais similaridade em relação ao *habitus* da classe social brasileira atendida nas UBS do que os aspectos exibidos por profissionais brasileiros, que normalmente têm *habitus* e *hexis* próximas ou similares da classe dominante. Bourdieu⁴⁶ reconhece o corpo como um princípio mnemônico, no qual os trejeitos, a vestimenta e expressões corporais formam e manifestam o princípio fundamental da classe. O corpo representa o regime de transferência que faz com que cada técnica corporal funcione de acordo com a *ethos* do sistema do qual faz parte. A semelhança entre o *habitus* cubano e o *habitus* de classe de brasileiros efetivamente atendidos parece ter facilitado especial aproximação entre esses agentes.

O reconhecimento da influência da mídia e da indústria alimentícia sinaliza importante aspecto do *habitus* dos médicos cubanos, refletindo um sistema de referências no qual as noções de saúde e corpo não são predominantemente influenciadas pelos vetores de uma economia capitalista, como no caso do Brasil. Os médicos atribuem problemas alimentares e psicológicos ao conjunto de valores e estilos de vida distintos, criados e veiculados intensivamente pela mídia, inibindo a reflexão crítica por eles considerada essencial na adoção de práticas realmente saudáveis. Nesse sentido, indiretamente, os profissionais aludem à polifonia alimentar e dietética que diversos agentes – Estado, consumidores organizados, diferentes especialidades médicas, indústria alimentícia, entre outros – produzem por meio da mistura, confrontação ou fusão de discursos gastronômicos, receitas de dietas e manuais de

nutrição, compondo verdadeira cacofonia alimentar, na qual os indivíduos acabam por definir suas escolhas alimentares por meio de estímulos contraditórios e incoerentes⁴⁹.

A adaptação ao contexto de saúde e ao sistema alimentar brasileiro foi influenciada pela formação internacionalista, que compreende a ajuda humanitária como atribuição do médico cubano²⁹. Esse aspecto possibilita o equilíbrio entre as disposições de origem e o novo ambiente^{48,50}, pois a permanência periódica em distintos países, como parte da identidade médica cubana, favorece a capacidade adaptativa demonstrada pelos profissionais abordados. Os diferentes ambientes socioculturais parecem propiciar ampliação das disposições adquiridas inicialmente na família e na sociedade de origem, dotando o agente de novas possibilidades que serão conformadas de modo singular⁵¹. Além disso, certa similaridade entre os princípios básicos das culinárias cubana e brasileira^{23,52} – mescla de elementos da Península Ibérica com aqueles oriundos dos afrodescendentes e aborígenes –, aliada à maior proximidade entre os profissionais e a clientela pela *hexis* corporal, contribuiu para mitigar a superação de barreiras impostas pelas origens distintas tanto ao exercício da clínica em geral quanto aos aspectos ligados à alimentação e à nutrição em particular. No entanto – e paradoxalmente –, as orientações alimentar e nutricional pautada, sobretudo, no paradigma biomédico, excludente dos aspectos socioculturais, determinaram sobremaneira as orientações realizadas. Ou seja, ainda que aspectos socioculturais se mostrem favoráveis para evitar eventuais entraves oriundos dos diferentes *habitus* entre médicos e clientela, estes foram efetivamente superados pela utilização de um referencial que se pretende supracultural, representado pelo predomínio da concepção biomédica da alimentação.

Conclusão

Pudemos perceber a presença de múltiplos fatores na constituição do *habitus* dos médicos cubanos. Considerando que *habitus* não constitui algo estanque, mas, ao contrário, é fruto da contínua interação entre indivíduo e meio social, remetemos aqui à noção de *habitus* híbrido, quando contextos distintos oriundos das múltiplas vivências dos profissionais – como as inserções em outros países, fato comum entre os médicos cubanos, como já citado – moldam um sistema de ação a partir dos diferentes ambientes de socialização.

A orientação nutricional realizada por médicos cubanos no contexto do PMMB não é preponderantemente influenciada pelo *habitus* cubano. Dado o maior peso assumido por aspectos técnicos e biológicos nos atendimentos e orientações, em detrimento das questões socioculturais, os condicionantes dos diferentes *habitus* comparecem de maneira secundária na relação estabelecida entre um médico estrangeiro e um paciente brasileiro.

Assim sendo, poderíamos afirmar que o *habitus* profissional médico, com tudo o que isso implica em termos de hegemonia do paradigma biomédico, suplanta a influência que o *habitus* determinado pela origem cubana poderia suscitar. Dessa forma, uma linguagem mais universalmente reconhecida, representada pela concepção médica sobre alimentos como equivalente a medicamento, conforme já discutido, tenderia a uniformizar e tornar possível o discurso entre médicos e pacientes, ainda que sob o risco de desconsiderar uma área particularmente sensível a aspectos socioculturais como a alimentação. Devemos ressaltar, no entanto, que ainda que tenha prevalecido o *habitus* médico, os aspectos aqui tratados relativos aos *habitus* e *hexis* originários dos profissionais cubanos e do segmento social atendido nas UBS contribuíram de maneira importante para maior proximidade e diálogo entre agentes de origens significativamente distintas.

Colaboradores

Amanda Massi Soares e Juarez Pereira Furtado participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Luz C, Cambraia CN, Gontijo ED. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. *Trad Term.* 2015; 25:199–233.
3. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol Health Illn.* 2014; 36(3):432–46.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(54):623–34.
5. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(2):421–4.
6. OPAS. Relatório produzido pela OPAS sobre o Seminário de Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília 18-19 novembro de 2015. [citado 27 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2016/01/11/relatorio-produzido-pela-opas-sobre-o-seminario-de-pesquisas-sobre-o-programa-mais-medicos/>
7. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(2): 297–308.
8. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr.* 1999; 12(3):261–72.
9. Silva JK, Prado SD, Carvalho MC, Veiga S, Ornelas TFS, Oliveira PF. Alimentação e cultura como campo científico no Brasil. *Physis.* 2010; 2(20):413–42.
10. Bourdieu P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 9a ed. Campinas, São Paulo: Papirus; 1996.
11. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 1990.
12. Setton MDGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev Bras Educ.* 2002; (20):60–70.
13. Bourdieu P. *Meditações Pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
14. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev Adm Pública.* 2006; 40(1):27–53.
15. Peters G. Habitus, reflexividade e o problema do neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. *Rev Bras Ciênc Soc.* 2013; 28(83):1–39.
16. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. *A sociologia de Pierre Bourdieu.* São Paulo: Ática; 1994. p. 46–86. Coleção Grandes Cientistas Sociais.
17. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 306 p. Coleção Antropologia e Saúde.
18. Roling L, Vieira FGD. Interdisciplinaridade em Marketing: perspectivas de aplicação dos conceitos teóricos de campo e habitus de Pierre Bourdieu às pesquisas em Marketing. *Rev Negócios.* 2014; 19(3):58–74.
19. Freitas MDCS, Minayo MCDS, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(1):31–8.
20. Sato PM, Gittelsohn J, Unsain RF, Roble OJ, Scagliusi FB. The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: a narrative review. *Appetite.* 2016; 96:174–86.

21. Magalhães D. The habitus and the new : from social (re) learning to practices. *Rev Lat Sociol.* 2012; (2):23–41.
22. Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? *Horiz Antropol.* 2001; 7 (16):145–56.
23. Maciel ME. Uma cozinha à brasileira. *Estud Históricas.* 2004;1 (33):25–39.
24. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49 (38):1-11.
25. Bueno C. Crise impulsionou criação de modelo sustentável na agricultura de Cuba. *Cienc Cult.* 2015; 67 (2):14–6.
26. Paz JV. Revolução Agrária Cubana: conquistas e desafios. *Estud Av.* 2011; 25 (72):73–87.
27. Sader E. Revolução Cubana: uma revolução na América Latina. São Paulo: Moderna; 1987.
28. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública.* 1999; 29(2):157–69.
29. Ortiz Estrada JF. Fundamentos éticos y patrióticos de la Medicina Cubana. *Rev Cubana Med Mil.* 1999; 28(1):73–84.
30. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio ? *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):159–70.
31. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011; 11–31.
32. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres.* 1995; 35(3):20–9.
33. Flick U. Conceitos de triangulação. In: *Qualidade na pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 57–77.
34. Angrosino M. *Etnografia e Observação Participante.* São Paulo: Artmed; 2008. 138 p.
35. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003; 12(24):149–61.
36. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam.* Porto Alegre: Penso; 2011.
37. Cubatão, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *O SUS em Cubatão. Boletim Interno da SMS-Cubatão; 2014 (mimeo).*
38. Cuba. *Dietario Medico Nacional.* Ministerio de comercio interior Ministerio de salud pública. Cuba; 1982.
39. Rodrigues ÉM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(5):923–31.
40. Lifschitz J. O alimento-signo nos novos padrões alimentares. *Rev Bras Ciênc Soc.* 1995; 27(10):1-11.
41. Porrata-Maury C, Hernández-Triana M. *Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población Cubana.* La Habana: Editorial Pueblo y Educacion; 1996.
42. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saude Publica.* 2013; 47(4):656–65.

43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2nd ed. Brasília; 2014. p. 156.
44. Brown KA, Timotijevic L, Barnett J, Shepherd R, Lähteenmäki L, Raats MM. A review of consumer awareness, understanding and use of food-based dietary guidelines. *Br J Nutr.* 2011;106(1):15–26.
45. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015; 18(13):2311–22.
46. Bourdieu P. Structures and the habitus. In: *Outline of a theory of practice.* Cambridge: Cambridge University Press; 1977. p. 72–95.
47. Wacquant L. Esclarecer o Habitus. *Educ Ling.* 2007; 16(10): 63–71.
48. Ortiz R (organizador). *Pierre Bourdieu: sociologia.* São Paulo: Ática; 1983.
49. Fischler C. *El (H)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo.* Barcelona: Anagrama; Argumentos. 1995.
50. Brito AX. Habitus de migrante: um conceito que visa captar o cotidiano dos atores em mobilidade espacial. *Soc Estado.* 2010; 25(3):431–64.
51. Setton MDGJ. A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do habitus. *Rev Bras Educ.* 2009; 14(41):296–307.
52. González NN, Noriega EG. Antecedentes etnohistóricos de la alimentación tradicional en cuba. *Rev Cuba Aliment Nutr.* 1999; 13(2): 145–50.

Soares AM, Furtado JP. El cuidado nutricional por parte de extranjeros en el Proyecto Más Médicos para Brasil. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(Supl.1):1129-40.

Investigamos la influencia de la distinta origen sociocultural de los médicos cubanos inseridos en el Proyecto Más Médicos para Brasil y de los pacientes brasileños en cuestiones relativas al abordaje alimentar y nutricional en servicios de atención básica. Se ha realizado un estudio de caso con triangulación por medio de la etnografía, grupos focales y entrevistas. Se ha utilizado el referencial teórico elaborado por Pierre Bourdieu, en particular, el concepto del habitus. Los resultados demostraron que la orientación alimentar y nutricional realizada es influenciada predominantemente por el paradigma biomédico, lo que atenúa eventuales influencias del habitus cultural de origen.

Palabras clave: Proyecto Más Médicos para Brasil. Habitus. Nutrición. Bourdieu.

Submetido em 31/05/2016. Aprovado em 12/06/2017.