

# A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde

*GISELA MARIA BERNARDES SOLYMOS*

A ASSISTÊNCIA em saúde tem vivido um enorme avanço tecnológico nos últimos cinquenta anos, permitindo a cura e revertendo o prognóstico de inúmeras doenças sobre as quais os médicos costumavam desenganar os pacientes. Assim, não obstante as pesquisas seguirem avançando e os desafios nessa área estarem longe de ser resolvidos, a preocupação com a tecnologia parece estar abrindo espaço à preocupação com um outro fator não menos importante para o processo de cura: o chamado fator humano.

Muito se tem falado sobre o problema do atendimento em saúde e da necessidade de oferecer melhores condições de tratamento do paciente. O tema da humanização hospitalar vem sendo debatido há mais de uma década, trazendo mudanças em termos de instalações e até de procedimentos em determinadas áreas. Exemplos disso, entre outros, são as brinquedotecas nos vários hospitais infantis, a atenção ao aprendizado e ao acompanhamento escolar de crianças com nefropatias e dependentes de hemodiálise, ou o método canguru para crianças nascidas a pré-termo.

Um outro lado desse mesmo fator, porém, é o do próprio paciente ou beneficiário da ação de saúde.

O sucesso da intervenção em saúde depende do êxito em suas duas grandes formas de atuação: ações de *assistência*, que genericamente consistem na prestação de serviços a pessoas doentes ou em situação de risco, e ações de *orientação* e educação em nutrição e saúde. As ações de orientação podem ser subseqüentes às de assistência ou ser realizadas como ações educativas em si. Por exemplo, na consulta médica mais elementar, após a realização do diagnóstico do paciente, o médico prescreve-lhe um medicamento, que precisará ser adquirido e ingerido de acordo com as indicações oferecidas. O seguimento de tais orientações implica uma mudança (temporária ou permanente) de comportamento do paciente.

Para o sucesso da intervenção, portanto, é necessário que a orientação seja *clara*, isto é, seja compreendida em sua totalidade e em seu significado pelo paciente, e *efetiva*, ou seja, conduza à realização do comportamento esperado.

Já se sabe que uma orientação efetiva não se dá simplesmente a partir da transmissão de informações ao público-alvo. Estudos têm demonstrado que a dieta é um dos principais aspectos do estilo de vida que influem no risco de

morte de pacientes cardiopatas e oncológicos. Apesar das campanhas de saúde pública nos Estados Unidos para incentivar mudanças saudáveis no comportamento alimentar, o consumo de frutas e verduras permanece abaixo dos níveis recomendados.

Profissionais da área da saúde e afins têm, portanto, se empenhado em aprofundar a compreensão do problema, buscando soluções alternativas – e intersetoriais. Recentemente, na 32ª Reunião do Comitê Permanente de Nutrição da Organização das Nações Unidas, em Brasília, a coordenadora da área de nutrição da Organização Mundial da Saúde comunicou a necessidade de se realizarem campanhas educativas sobre nutrição nas escolas, de modo a lidar com os crescentes problemas nutricionais em jovens e adultos no mundo.

Tais fatos têm apontado para aquilo que todo profissional dessa área já sabe há muito tempo, a partir da experiência prática: o sucesso de sua intervenção depende da adesão do paciente às suas recomendações – *necessita* dela. Mas o que isso significa? Como favorecer essa adesão? Como trabalhar com o fato dramático de que o paciente é livre também para *não* aderir?

O sucesso da intervenção em saúde depende, portanto, do enfrentamento, da compreensão, do lidar com dois aspectos fundamentais desse “fator humano”: a *experiência vivida da pessoa* e a atuação de sua *liberdade* no processo decisório (de adesão).

### **Experiência vivida**

A pessoa responde à realidade a partir da compreensão que tem dela, ou seja, a partir da experiência vivida dentro dessa determinada realidade. A experiência vivida é a vida presente que, segundo o significado que lhe é atribuído, forma uma unidade com a pessoa. Ela é, ao mesmo tempo, *condicionada objetivamente*, ou seja, acontece dentro de certo contexto histórico, localizado temporalmente, e *vivida subjetivamente*, ou seja, está inseparavelmente *associada à interpretação*, ao significado atribuído à situação objetiva (Leeuw, 1960, p.530). Conhecer a experiência vivida de uma pessoa implica conhecer o modo como ela compreende, interpreta, atribui significado, significa os fatos que enfrenta em seu cotidiano.

Assim, uma proposta de intervenção em saúde sempre encontrará uma pessoa que estará elaborando certo tipo de experiência da realidade – positiva ou negativa –, que favorecerá uma posição de abertura ou fechamento a uma nova proposta.

Um estudo qualitativo realizado junto a mães de crianças desnutridas (Solyms, 1997) caracterizou a estrutura da sua experiência vivida com relação à desnutrição dos filhos, ou seja, foi possível desenhar o modo como elas tendencialmente viviam as condições adversas em que estavam inseridas. Tal estrutura é composta pelas seguintes categorias: solidão, impotência, fatalismo, velamento, ter um ideal (em realização ou não), debilidade (física, psíquica ou cognitiva).

### *Solidão*

Todas as mães sentem-se sozinhas. Elas não têm com quem compartilhar, com quem falar sobre seus problemas, ou não têm alguém que saiba ouvir:

Eu pareço criança, né... É porque... meus filhos é tudo que eu tenho... É tudo, porque eu acho que se não fosse eles... acho que eu não tinha nem casa, né, nem um barraco acho que eu não tinha [...] Eu nem ia querer... o que tem importância é eles... Eles são... eles são meus filhos, são meus amigos... Ah, aperia, né, a gente bate, tudinho, mas... Eles são meus parentes, são vizinhos meus... eles [...] Às vezes eu não fico, até eu choro dentro de casa porque eu não tenho com quem conversar... só tem as crianças lá pra mim... Eu converso com as grande. Parece que eu tô conversando com uma pessoa adulta [riso]. Fico conversando com ela... [riso]. Parece uma pessoa adulta. (Flávia)

### *Impotência*

As mães deparam continuamente com dificuldades diante das quais pouco ou nada podem fazer. Por exemplo, Luzia não consegue manter sua casa em ordem; Luzineide não consegue ter um acompanhamento ginecológico estável que lhe permita utilizar um método anticoncepcional adequado para si.

A experiência de impotência é agravada por todo o conjunto de circunstâncias adversas e demais experiências negativas que elas já vivem. Perceberem-se impotentes contribui para sua autodesvalorização, ou seja, para que tenham pouca estima por suas vidas e pela das outras pessoas; bem como para uma visão cada vez mais *fatalista* e sem es-

## Comida e educação

ANA LYDIA SAWAYA

OS ARTIGOS que se seguem são o resultado de uma oficina sobre problemas de alimentação e nutrição realizada entre os dias 1º e 3 de agosto de 2005, no Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, sob título geral “Diagnósticos e soluções dos problemas alimentares e nutricionais do Brasil: formando parcerias”.

O objetivo do Grupo de Estudos de Nutrição e Pobreza do IEA-USP – promotor do evento – foi reunir os diferentes atores envolvidos na pesquisa acadêmica e no planejamento e execução de políticas públicas de alimentação e nutrição para a população brasileira.

O conjunto de textos origina-se, em grande parte, da transcrição ou adaptação das palestras ministradas ao longo dos três dias de trabalho da oficina. A decisão da editoria da revista de publicá-los deve-se à riqueza dos debates e ao propósito explícito da oficina de promover um diálogo frutífero entre a universidade e os responsáveis pelos principais programas de alimentação e nutrição do país.

### **Diálogo**

A dinâmica da oficina procurou sempre estimular o intercâmbio de experiências e influir nos rumos dos programas em andamento. No primeiro dia, seus participantes discutiram vários grandes temas e subtemas. No segundo dia, a equipe foi dividida em pequenos grupos de trabalho, e, no terceiro, promoveu-se o debate sobre as conclusões dos grupos. Disso resultou um conjunto de temas a ser aprofundado futuramente pelo Grupo de Estudos em Nutrição e Pobreza e demais atores da área.

A palavra-chave foi *parceria*, a partir de dois critérios básicos: abordagem interdisciplinar e reflexão voltada para sub-

perança de mudar sua situação. A impotência liga-se, em última instância, a uma debilitação da pessoa.

### *Fatalismo*

O fatalismo caracteriza-se por um olhar e uma compreensão das próprias condições que não vislumbram possibilidades de mudança, contribuindo para a manutenção do estado de coisas atual: “As coisas são como são: o que é que eu posso fazer?”. É a postura do “ir levando”.

O fatalismo pode assumir formas variadas:

- ser expresso verbalmente: “gostaria que fosse diferente, mas é impossível”;
- ou ser vivido concretamente, nas formas de passividade, apatia e submissão em casos de situação de violência contra a pessoa ou alguém da família.

O fatalismo encontra-se intimamente associado à impotência, sendo confirmado por ela e, ao mesmo tempo, reforçando-a, numa relação de mútua catalisação.

### *Velamento*

O velamento traduz um fenômeno sutil de conhecimento/desconhecimento da realidade, como se a pessoa observasse a realidade através de um véu, obtendo uma visão parcial ou embaçada dos fatos. Trata-se, portanto, de uma percepção parcial da realidade. Ele pode ser fruto tanto de uma reação de auto-proteção da mãe diante das circunstâncias adversas em que se vê inserida como de uma incapacidade ou limitação pessoal para percebê-la de modo diverso, seja pelas limitações cognoscitivas seja pelos padrões socioculturais de enfrentamento da realidade.

Nos casos de desnutrição infantil, é muito comum que as mães não reconheçam sua responsabilidade – mesmo quando se sentem culpadas – pela desnutrição dos filhos; elas tendem, ao contrário, a responsabilizar o ambiente e até características das próprias crianças. Algumas das explicações levantadas por elas são: “não querem comer”, “não pedem comida”, “só comem quando dá na mão, né?”, “não se deram com o clima daqui”.

Flávia, mãe de oito filhos, explicava a desnutrição de dois deles pelo fato de a família ter se mudado do Norte para São Paulo:

O pessoal diz é que eles não se deram com o clima daqui, né? Porque diz que quando uma criança não se dá, não é obrigado a adoecer não. Diz que fica assim. Porque também tem dois meninos lá da minha vizinha que esmagreceram depois que chegou aqui também. Tá bem magrinho. E eles vieram de lá, é tudo família da gente mesmo. Tudo magrinho, também, os meninos... Eles acostumam com o clima de lá, e aqui não dá pra acostumar.

Tais observações têm fundamentos, porém não consideram a participação da mãe no processo, não explicitam como ela lida com esses problemas, pois, para ela, a solução está fora de seu alcance.

### *Ter um ideal*

*Ter um ideal* refere-se à experiência de desejar alcançar uma meta e de efetivamente poder buscá-la. A mãe que desejava muito que seus filhos pudessem estudar – e que de fato estava tendo sucesso nisso – lançava-se proativamente no enfrentamento de outros problemas, como o do acesso à saúde. Entretanto, não poder realizar seu ideal desanima e debilita a mãe, fazendo que, aos poucos, ela desista de buscá-lo, de investir suas energias nisso, e também nas demais coisas, como a alimentação de sua família.

Assim, *ter um ideal* manifesta-se como fator de risco para desnutrição enquanto se configura, dentro das condições precárias de vida dessas mulheres, como uma experiência de fracasso, debilitando-as ainda mais. Caso contrário, torna-se um fator de auxílio no enfrentamento dos problemas.

### *Debilidade*

Todas as mães referem-se à vivência de algum tipo de debilidade, seja ela física, psíquica ou cognitiva. Luzineide estava magra e anêmica, Luzia dizia ficar “nervosa” com frequência, sentir muitas dores e já estar “perdendo suas forcinha”. Flávia considerava-se incapaz de compreender seu contracheque ou de aprender a ler e escrever.

Diante da problemática da desnutrição, portanto, confrontando-se com ela, as mães remetem-se a uma estrutura experiencial que influencia o modo como percebem e respondem à realidade, tendo a viver todos os novos acontecimentos a partir dessa perspectiva.

Para que uma intervenção junto a essa população tenha sucesso, é preciso

subsidiar as políticas públicas. Buscou-se o diálogo em vários planos: público-privado, público-público e entre instituições governamentais e universidades.

Os temas abordados foram aqueles considerados os mais urgentes na agenda dos problemas nutricionais que o Brasil enfrenta hoje. Tais problemas são caracterizados pela má nutrição e insegurança alimentar na infância, levando à baixa estatura e ao aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis em adultos, especialmente nas populações mais pobres.

### **Propostas**

Dos debates surgiu um conjunto de diagnósticos e propostas endereçados, a título de sugestão, aos técnicos e dirigentes dos programas específicos de alimentação e nutrição, em várias frentes. As propostas, em ordem de prioridade, definidas pelos participantes da oficina, foram as seguintes:

- 1 – Agregar Educação e Saúde, por meio do desenvolvimento de programas de educação nutricional em pré-escolas, escolas de ensino fundamental e médio. Promover a capacitação profissional e a educação nutricional dos profissionais de nível técnico e superior, especialmente na área de Saúde, e dos agentes comunitários, levando-se em conta os hábitos alimentares e os alimentos disponíveis em cada região do território nacional. Desafiar os estudantes de graduação e pós-graduação a encontrar, dentro de suas áreas de atuação, caminhos para enfrentar a problemática alimentar e nutricional do país, procurando explorar o potencial do pensamento transdisciplinar. Divulgar e viabilizar mecanismos para difusão de experiências de êxito na área de educação nutricional, além de desenvolver estratégias de comunicação como instrumento para educação nutricional na mídia, voltadas para públicos específicos. Valorizar projetos de educação em nutrição e saúde em rádios comunitárias.

que as pessoas façam outras *experiências* que se contraponham àquelas que até o momento vêm tendo. É necessário que elas não se percebam mais sozinhas, que possam ser fortalecidas em suas vivências positivas, que vivam circunstâncias que lhes permitam “desconfirmar” suas experiências negativas, para que possam ter outra visão da realidade e sejam capazes de enfrentá-la de outro modo. Assim, a intervenção será facilitada quando se der *numa dimensão experiencial*, ou seja, quando aquilo que se quiser realizar, passar pela experiência, quando puder ser *experimentado, vivido* pela pessoa. Isso implica tanto uma mudança de olhar sobre a realidade quanto o acesso a recursos.

### **Liberdade incondicional**

Apesar de exercerem uma grande influência sobre a experiência de vida da pessoa, as condições externas não a determinam completamente.

Viktor Frankl, médico vienense e fundador da logoterapia (a terapia pela busca de significado), descobriu, nos três anos em que foi refém dos campos de concentração nazistas, que a sobrevivência ou não de um prisioneiro não dependia das condições externas, em si mesmas muito precárias, mas do modo com o qual esse vivia tais condições, do significado que dava à própria vida dentro daquela situação. Numa conferência proferida em Viena, em 1946, pouco tempo depois de ser libertado, Frankl (1990, p.101) afirmou:

quero limitar-me ao fundamentalmente importante, ou seja, à constatação [...] que fiz a partir dos mesmos dados de observação, a saber: que o homem no campo de concentração não está de forma alguma sob coação exterior [...] mas que ele ao contrário conserva uma liberdade, a liberdade humana de posicionar-se desta ou daquela forma face ao seu destino, ao seu ambiente. E havia homens no campo que, por exemplo, superavam sua apatia e podiam reprimir sua irritação; tratava-se também de apelar para este poder, de mostrar este poder-fazer-de-outra-forma – e não apenas o suposto tem-que-ser-assim! O poder interior, a verdadeira liberdade humana – não se podia subtraí-la do prisioneiro, ainda que lá se podia tirar tudo dele; ela permanecia com ele, ela permanecia também até mesmo quando seus óculos, que se desejaria que ficassem com ele, tivessem sido destruídos com um murro no rosto, e também mesmo quando ele um dia precisasse trocar seu cinto por um pedaço de pão, de tal forma que finalmente nada mais restasse de seus haveres – aquela liberdade permanecia com ele, e permanecia até o último suspiro!

Como testemunhou Frankl, essa liberdade mantém-se sob quaisquer circunstâncias e/ou condições adversas, inclusive em uma situação de doença física ou psíquica grave.

Em um estudo feito em São Paulo com indivíduos da comunidade que apresentavam manifestações psicopatológicas não-específicas, foram entrevistadas pessoas com transtornos psiquiátricos importantes que preservavam a capacidade de decidir sobre como enfrentar ou se posicionar diante da doença. Por exemplo, um homem casado, de 53 anos de idade, afirmava que seu “problema de nervos” o fazia perder o controle, mas que ele não podia se descontrolar mais do que a sua doença exigia, caso contrário perderia completamente o afeto da

família. Outro entrevistado, com diagnóstico de esquizofrenia, perguntava a si mesmo se a situação que vivia, incluindo a doença, não era um pouco de “malandragem” de sua parte (Solymos, 2000, p.112).

**Pessoa:  
desejo infinito de felicidade**

Qual é o dinamismo de uso da liberdade? Por que o homem luta tanto por ela e se indigna quando ela não é garantida em certas ocasiões? Porque a liberdade humana é a capacidade que uma pessoa tem de aderir a algo que contribua para sua realização, é a possibilidade de se mover em direção a essa realização, a uma plenitude de vida. A liberdade introduz, portanto, a categoria que define todo o mover humano.

Luigi Giussani (2000, p.24) afirma que o homem é um ser constituído por um “conjunto de exigências e evidências originais, tão originais, que tudo o que faz depende delas”. A elas podem ser dados vários nomes: exigência de felicidade, exigência de amor (de amar e de ser amado), exigência de conhecer a verdade das coisas (por isso, cada pessoa deseja ser verdadeira e deseja que as pessoas sejam verdadeiras com ela), exigência de justiça (de ser tratado com justiça e de ser justo com as outras pessoas). Essas exigências “são como uma centelha que põe em ação o motor humano; antes delas não ocorre nenhum movimento, nenhuma dinâmica humana” (ibidem, p.24); tudo o que o homem faz tem como ponto de partida e de chegada tais exigências.

Reconhecer o outro como um conjunto de exigências implica que, diante de qualquer pessoa que procure

2 – Desenvolver pesquisa para consolidar e agregar as informações sobre saúde e nutrição já disponíveis no Brasil, tais como os dados do IBGE, indicadores sociodemográficos e socioeconômicos etc. Desenvolver instrumentos de monitoração da situação nutricional e alimentar no Brasil, especialmente a população de baixa renda.

3 – Multiplicar encontros e organização de eventos entre universidades, ministérios, ONG e empresas para tratar de programas de alimentação saudável no Brasil.

4 – Criar centros de referência em educação nutricional e promoção de alimentação saudável, com atenção especial para crianças desnutridas.

5 – Desenvolver ações regionalizadas de promoção de educação nutricional e alimentação saudável.

6 – Desenvolver ações técnicas, no plano estatal (dentro da estrutura do governo) e privado (a partir de organizações da sociedade civil e universidades), que promovam o controle social das políticas públicas e dos gastos na área social.

**Educação nutricional**

Um dos destaques da oficina foi a importância da promoção da educação nutricional e o desenvolvimento de estratégias para que as informações cheguem à população e essa possa desenvolver hábitos mais saudáveis. Tais estratégias devem contemplar tanto a função social do alimento quanto as informações sobre nutrientes.

Houve também grande interesse de se aprofundar o conhecimento de metodologias nos campos de psicologia, sociologia e antropologia para educação nutricional e mudanças de comportamento, áreas em que os profissionais de saúde são pouco versados.

Ainda quanto à educação nutricional, sugeriu-se a organização de seminários com especialistas em comunicação, voltados para as estratégias de divulgação de informações e a produção de instrumentos técnicos

de mídia. O seminário também mostraria exemplos de experiências de sucesso.

Destacou-se que a comunicação pode ensejar mudanças comportamentais em curto prazo, e duradouras. Entendeu-se, ainda, que educação implica conscientização, ou seja, criação de indivíduos autônomos, críticos, capazes de problematizar situações e tomar decisões. Sugeriram-se o resgate do pensamento do educador Paulo Freire e sua aplicação à educação nutricional. Os participantes da oficina consideraram a escola como promotora da saúde, cabendo-lhe integrar a saúde e a educação.

### **Alimentação saudável**

Verificou-se também a importância de se realizar um fórum para mapeamento e conhecimento das muitas iniciativas desenvolvidas pelo governo e pela sociedade civil, sobretudo quanto à promoção da alimentação saudável. Destacou-se a importância do diálogo e das parcerias entre os vários atores na área, evitando-se a superposição de iniciativas e o desperdício de recursos públicos com medidas paliativas. Ressaltou-se a importância de a universidade assegurar as condições para exercer seu papel de produtora de conhecimento científico de alta qualidade na área.

Outra iniciativa sugerida foi a criação de um prêmio para a divulgação de experiências de sucesso.

### **Foco na criança**

Enfatizou-se que o objetivo maior é a criança desnutrida. As ações devem se voltar para o combate da má alimentação nos primeiros anos de vida, o que levará a melhoria da saúde a todo o ciclo de vida do indivíduo. Os participantes entendem que tais ações são muito mais eficazes e duradouras se realizadas nessa faixa etária. Sugeriu-se que todos deveriam colaborar para essa meta. A educação nutricional deve ser considerada um item fundamental para o desenvolvimento do Brasil.

### **Centros de referência**

Destacou-se a necessidade de criação

de centros de referência em alimentação e nutrição, como forma de integração e difusão de conhecimentos, e também como instrumento de ações práticas no tratamento da desnutrição. O objetivo da oficina foi promover pesquisas e ações que contribuam para erradicar a desnutrição no Brasil. Daí constar sua defesa de medidas governamentais para institucionalizar o tratamento específico de crianças desnutridas em regime de hospital-dia.

*ABSTRACT* – THE ARTICLES in this review issue have their origins from the workshop “Diagnosis and Solution of Brazilian Alimentary and Nutritional Problems: Building Partnerships”, promoted by IEA-Nutrition and Poverty Study Group, in August 2005. The researchers have adopted a multi-disciplinary point of view about that theme and stimulated the dialog between university and decision makers in public policies. They released a set of suggestion, including: integrated initiatives in education and health, communications strategies focused on healthy nourishment and prevention treatment for children suffering malnutrition, and the building of reference centers in alimentary and nutrition issues.

*KEYWORDS:* Diagnosis, Alimentary problems, Partnerships, Multi-disciplinary point of view, Integration, Healthy nourishment, Focus on children, Reference Centers.

*Ana Lydia Sawaya* é fisiologista, professora associada do Departamento de Fisiologia da Unifesp, presidente do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), coordenadora do Grupo de Estudos de Nutrição e Pobreza do Instituto de Estudos Avançados da USP, membro da força-tarefa Diet, Nutrition and Long Term Health/IUNS (International Union of Nutritional Sciences).  
@ – anafisi@ecb.epm.br



sua ajuda, o profissional deve se perguntar: O que essa pessoa está buscando? Como ela imagina encontrar sua felicidade? Como uma atitude sua está (ou não) respondendo àquelas exigências originais?

O desejo da pessoa exige uma resposta total – que esgote todas as possibilidades e que dure para sempre –, caracterizando-se por adjetivos e advérbios como: Qual é o sentido último da vida? No fundo, no fundo, de que é feita a realidade? Por que vale verdadeiramente a pena que eu exista, que a realidade exista?

Esse desejo é infinito. É importante saber que nenhum trabalho social poderá responder completamente ao desejo da pessoa que está sendo atendida. A intervenção será pretensiosa se for proposta como uma resposta absoluta às necessidades da pessoa: toda necessidade é, de algum modo, sinal de uma necessidade maior. Isso implica uma abertura permanente do serviço para rever e modificar a atuação e as propostas de intervenção, de acordo com as novas necessidades que forem sendo colocadas no relacionamento com o beneficiário.

A efetividade de uma orientação em nutrição e saúde dependerá da atenção e da abertura do profissional para compreender e trabalhar a partir da experiência vivida de seu cliente, ajudando-o a ver como tal intervenção responde às exigências originais que ele traz, ou seja, ao seu coração.

### **A felicidade e a saúde**

A atenção para a felicidade do paciente, ou, como a literatura mais recente tem denominado, para seu afeto ou suas emoções positivas, é um aspecto importante não somente para o sucesso da intervenção educativa, mas também para a própria condição de saúde.



Foto Flávio Florido/Folha Imagem - 4/5/2000

*O menino Jonathan brinca com latinha no acampamento do MST, em Itaberá (GO).*



*Anésia Maia de Araújo com as crianças da creche que ajuda a manter em Queimados (RJ).*

Trabalhos dos últimos quinze anos têm apontado uma forte associação das emoções positivas ou negativas de uma pessoa com seu estado de saúde físico e mental, bem como com sua longevidade. Por exemplo, em um estudo longitudinal, Peterson et al. (1988) encontraram que as explicações com as quais homens jovens de Harvard significavam/compreendiam eventos ruins em suas vidas permitiam prever seu estado de saúde décadas depois.

Tais estudos parecem estar baseados no pressuposto de que construtos de fundo emocional expressam os diferentes modos com os quais uma pessoa lida com eventos negativos e estressantes, os quais influem na fisiologia do organismo a ponto de serem danosos ou benéficos para a saúde (Danner et al., 2001). Alguns estudos têm demonstrado o potencial efeito de afetos positivos nas respostas

corporais à emoção negativa (Fredrickson & Levenson, 1998). Essa propriedade curativa das emoções positivas pode ter o potencial de reduzir o estresse no sistema cardiovascular, mesmo em face de inevitáveis eventos de vida negativos. Em outras palavras, segundo Danner et al. (2001), construtos tais como otimismo e atitude positiva podem implicar a seguinte seqüência: eventos que provoquem emoções negativas são enfrentados com a confiança de que o futuro guarda algo positivo e melhor, gerando, assim, internamente, um estado emocional positivo que modificaria os efeitos adversos da vivência prolongada de emoções negativas.

### Conclusão

Para que uma intervenção em nutrição e saúde alcance o sucesso desejado, é necessário que sua estratégia considere o significado e a importância que tal intervenção tem para a vida – e para a felicidade! – das pessoas envolvidas. É preciso considerar as condições adversas vividas por essas pessoas e o modo como incidem sobre a experiência que elas fazem da própria realidade, ajudando-as a reconhecer e a viver experiências positivas. A co-responsabilidade da intervenção é alcançada por meio do livre envolvimento dos participantes do processo (profissionais e público-alvo). Será a consideração operativa desses fatores que permitirá que a atuação seja efetiva e duradoura.

### Referências bibliográficas

- DANNER, D. D. et al. Positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.80, p.804-13, 2001.
- FRANKL, V. E. *A questão do sentido em psicoterapia*. Campinas: Papyrus, 1990.
- FREDRICKSON, B. L.; LEVENSON, R. W. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, v.12, p.191-220, 1998.
- GIUSSANI, L. *O senso religioso*. São Paulo: Nova Fronteira, 2000.
- LEEuw, G. *Fenomenologia della religione*. Torino: Paolo Boringhieri, 1960.
- NARAYAN, D. et al. *Can anyone hear us?: Voices of the poor*. World Bank. New York: Oxford University Press, 2000.
- PETERSON, C. et al. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.55, p.23-7, 1988.
- SOLYMOs, G. M. B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: SAWAYA, A. L. (Org.) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Estudo corte transversal e qualitativo de manifestações psicopatológicas não específicas em Vila Mariana, Município de São Paulo*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

*RESUMO* – A ASSISTÊNCIA em saúde tem vivido um enorme avanço tecnológico nos últimos cinquenta anos; não obstante, a preocupação com o fator humano tem merecido espaço cada vez maior nas pesquisas e intervenções dessa área. Para lidar com o homem, porém, é preciso considerar dois fatores: a *experiência vivida da pessoa* e a atuação de sua *liberdade* no processo decisório. Em condições extremas de pobreza, como é o caso da desnutrição, a pessoa pode fazer experiências de solidão, impotência, fatalismo, velamento, não-realização de um ideal e debilidade física e psíquica. Uma intervenção em saúde junto a essa população deve considerar tais condições. Deve, ao mesmo tempo, afirmar a liberdade incondicional de cada pessoa e o fato de ela se mover por um desejo infinito de felicidade. Pesquisas recentes demonstram que a felicidade tem influência direta sobre a saúde física. Portanto, para que uma intervenção em nutrição e saúde tenha êxito, é necessário considerar que significado ela terá para a vida – e para a felicidade – das pessoas envolvidas. A consideração operativa desses fatores contribuirá para que a atuação seja efetiva e duradoura.

*PALAVRAS-CHAVE:* Desnutrição, Pobreza, Pessoa, Experiência vivida, Intervenção em saúde.

*ABSTRACT* – HEALTH care institutions have experienced a great technological advance, last 50 years. The Human Factor space has been increased in the research centers and in the public policies in this area. Managing peoples demands two important factors: lived experience and the people's freedom in the choice processes. Under extreme poverty and malnutrition condition, peoples can experience feelings of solitude, impotence, fatalism, the failure of their ideals, physical and psychological weakness, and others. Health policies have to consider these conditions and, at same time, affirm the desire of liberty and happiness in all the people. Recent scientific researches have been showed the straight link between happiness and physical health. So, successful health policies should to consider their own meaning to the life and happiness of the peoples.

*KEYWORDS:* Malnutrition, Poverty, People, Lived experience, Health policies.

*Gisela Maria Bernardes Solymos* é mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica. É membro do Instituto de Estudos Avançados da USP e diretora de projetos do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN). @ – solymos@ceb.epm.br

Recebido em 15.5.2006 e aceito em 16.6.2006.