

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

**“Quem sabe faz *o vivo*”**: a alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS

Rio de Janeiro

2016

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

**“Quem sabe faz *o vivo*”**: a alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho.

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

A553q Andrade, Gabriella Carrilho Lins de  
“Quem sabe faz o *vivo*”: a alimentação viva na prática de  
profissionais de saúde no SUS. / Gabriella Carrilho Lins de  
Andrade. -- 2016.  
104 f. : graf. ; mapas  
  
Orientador: Ângela Fernandes Esher Moritz  
Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.  
  
1. Alimentação. 2. Promoção da Saúde. 3. Pessoal de Saúde.  
4. Sistema Único de Saúde. 5 Alimentação Viva. 6. Práticas  
Integrativas e Complementares. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.8

Gabriella Carrilho Lins de Andrade

**“Quem sabe faz o vivo”**: a alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 16 de março de 2016.

Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ângela Esher Fernandes Moritz  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Freire Campello  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Madel Therezinha Luz  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

Dedico este trabalho à vida que há em nós.

## AGRADECIMENTOS

Àquele que me presenteou com o dom da vida e que nela permite encontros feito arte – com possibilidades de aprendizado infinitas.

À Painho (Aarão), Mainha (Cynthia), Cidoca e Brenão que me ensinaram a voar feito passarinho e suportam perto de mim essa tal de lonjura.

À Luiz, *mon copain*, que comigo compartilha mais que o pão, sucos vivos e ideias também.

Aos familiares e amigos que são sempre ouvidos que acolhem e colos que confortam - faça chuva ou faça sol; em especial a Ivo, Lê, Beta, Manu, Thaís, Juba, Cá, Ste, Eran, Du, Thai, Mel, Leylly, Deisoca, Ivy, Zinha e Érika.

À esta Escola, que nos incita ao processo de (re)construções constantes.

À orientadora Ângela Esher, pela confiança depositada e pela coragem de se aventurar em *mares nunca dantes navegados*.

À co-orientadora Maria Cláudia Carvalho, por ter aceitado o convite e por ter se feito tão presente tendo me dado não apenas as mãos, mas mente e coração.

Aos professores de hoje e de ontem e em especial, à Sônia Lucena e Fernando Bessa, que foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Às amigas de turma: Lizi, Lu e Jhay – sem vocês, tudo seria diferente.

À comissão examinadora, que dedicou seu tempo para contribuir com as minhas inquietações.

À Capes pelo auxílio financeiro, imprescindível para sustentação de uma pernambucana no Rio de Janeiro.

Ao “Projeto Terrapia” pela abertura e apoio à esta pesquisa e claro, por fazer de nós sementes que germinam.

À equipe NASF e aos profissionais e usuários do CMS Vila do João e CMS Gustavo Capanema, vocês me fizeram profissional a cada “Quinta do Suco”.

À cada entrevistado(a), sem eles nada disso teria acontecido.

Minha gratidão.

*A maior riqueza do homem é sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito. Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas.*

MANOEL DE BARROS, 1998.

## RESUMO

A alimentação viva se baseia no princípio da vitalidade dos alimentos, um princípio que orienta saberes e práticas e está relacionado à energia da própria vida. A Nutrição Complementar Integrada, por incorporar outras lógicas alimentares e nutricionais, acolhe a alimentação viva como uma “corrente alimentar”. Esta pode também ser percebida como integrante do chamado “estilo *natural*” onde o estilo de alimentação é um arranjo provisório que engendra sentidos e identidades individuais e coletivas. Para este trabalho, utilizou-se como referência o Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (ENSP/FIOCRUZ), que apresenta uma amplitude nacional para divulgação do alimento vivo e no estudo é compreendido como o espaço de formação dos profissionais de saúde entrevistados. A pesquisa parte de um referencial de construção de prática de alimentação articulada com as Práticas Integrativas e Complementares, inserida nos serviços de saúde com caráter multiprofissional. Refletindo sobre a prática alimentar no universo do Sistema Único de Saúde (SUS), esse estudo teve o propósito de compreender como esse tipo de alimentação se insere na prática dos profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito desse sistema, identificando a ressignificação feita por esse profissional acerca do alimento vivo em seu processo de trabalho e descrevendo características possíveis de serem colocadas no serviço, bem como, os principais fatores associados aos limites e possibilidades existentes na busca dessa interface. Se caracteriza como um estudo exploratório de abordagem qualitativa e natureza básica. Para tanto, foram analisadas com a técnica de análise de conteúdo temática, nove entrevistas em profundidade do tipo semi-estruturadas. Construímos três categorias de análise empíricas ancoradas no conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu: “trajetórias sociais”, “incorporações” e “disposições futuras”, que permitiram ver os significados implícitos que estão nas falas e práticas dos agentes quanto à inserção do *vivo* no serviço público de saúde. Compreendemos que as trajetórias dos profissionais influem nas suas maneiras de pensar, agir e sentir o que contribui para um maior ou menor investimento para com a alimentação viva. As experiências de sentir a vitalidade, mais do que racionalizá-la, revelaram uma incorporação quase essencial para a ressignificação do *vivo* e inserção do mesmo no serviço, onde os entraves e possibilidades mostraram tensões e disposições. Os projetos futuros denotaram a esperança desses agentes como uma conversa entre o possível e o impossível no hoje, conformando um universo simbólico de motivações com a alimentação viva, que como um recurso imaginário pode dar início a materialização desejada de outra realidade no porvir. Espera-se que o estudo possa contribuir para ampliar o conhecimento da alimentação viva como uma prática integrativa e complementar no SUS.

Palavras-chave: Alimentação viva. Práticas integrativas e complementares. Profissionais de saúde. SUS. *Habitus*.

## ABSTRACT

The *living food* is based on the principle of food vitality, a principle that guides knowledge and practices and is related to the energy of life itself. The “Integrated Complementary Nutrition” incorporate different dietary and nutritional logic, therefore the *living food* is received as a “food chain”. This can also be seen as part of the “*natural style*” where the alimentation style is a temporary arrangement that generates meanings and individual and collective identities. For this work, we used as reference the *Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente*, in the *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (ENSP/FIOCRUZ)*, which has a national scope for dissemination of *living food* and study and it is understood as the area of training of health professionals that were interviewed. The research is based on a relation between feeding practices and Complementary and Alternative Medicine, included in the health services with multidisciplinary character. Reflecting on eating habits in the universe of the SUS (Brazil’s National Health System), this study aimed to understand how this type of food falls within the practice of health professionals from the “*Projeto Terrapia*”, under this system, identifying the reinterpretation made by these professionals about the *living food* in their work process and describing possible features being placed in service, as well as the main factors associated with existing limits and possibilities in the search for this interface. Is characterized as an exploratory study of qualitative approach and basic nature. For that were analyzed with the thematic content analysis technique nine in-depth interviews of semi-structured type. Three empirical categories of analysis anchored in the concept of Pierre Bourdieu, *habitus*, were built: “social trajectories”, “incorporations” and “future project” that allowed to see the implicit meanings that are in the speeches and practices of agents regarding the inclusion of the *living food* in public health service. We understand that the trajectories of professional influence in their ways of thinking, acting and feeling which contributes to a greater or lesser investment towards the *living food*. Experience the feeling of vitality, more than rationalize it, they revealed a incorporation almost essential for the living reinterpretation and inserting the same in the service where the obstacles and possibilities showed tensions and provisions. Future projects denoted hope these agents in a conversation between the possible and the impossible, forming a symbolic universe of motivations with the *living food*, which as a fictional feature, may initiate the desired materialization of another reality in the future. It is expected that the study will contribute to enlarge the knowledge of the *living food* as an complementary and alternative medicine in SUS.

Keywords: *Living food*. Complementary and alternative medicine. SUS. Health professionals. *Habitus*.

## RÉSUMÉ

L'alimentation vivante prend source dans le principe de vitalité des aliments, en tant qu'élément dirigeant des savoirs et des pratiques, en lien direct avec l'énergie propre à la vie. La Nutrition Complémentaire Intégrée comprend plusieurs logiques alimentaires et nutritionnelles accueillant, ainsi, l'alimentation vivante comme un « réseau alimentaire ». Celle-ci peut également être perçue comme partie intégrante de ce qu'est communément nommé de « style naturel », dont le type d'alimentation est un élément provisoire, engendrant du sens et construisant des identités aussi bien individuelles que collectives. Le *Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente*, du *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (ENSP/FIOCRUZ)* a été utilisé comme référence majeure, puisqu'il présente une large ampleur nationale pour la diffusion de la nourriture vivante, et comme le lieu de formation des professionnels de santé ayant participé aux entretiens de recherche. Cette recherche s'appuie majoritairement sur le référentiel de la construction de la pratique d'alimentation articulé aux Pratiques Intégratives et Complémentaires, inséré dans les services de santé, ayant pour base une structure pluridisciplinaire. À travers la réflexion autour de la pratique alimentaire dans l'univers du Système Unique de Santé (SUS), cette étude a eu pour but celui de comprendre par quels moyens ce type d'alimentation s'inscrit dans la pratique professionnelle de santé, originaire du «*Projeto Terrapia*». Cela est fait à partir de l'identification des changements de signification dans la conception des professionnels en ce qui concerne l'alimentation vivante et l'interaction de celle-ci avec leur dynamique de travail. À cela s'ajoute la description d'éléments susceptibles d'être rajoutés au service, tels que les principaux facteurs associés aux limites et possibilités existantes dans la recherche de cette interface. C'est une étude exploratoire d'approche qualitative. Ainsi, neuf entretiens semi-structurés ont été analysés à travers une analyse de contenu par thématiques. Nous avons construit trois catégories d'analyse empiriques ancrées dans le concept d'*habitus* de Pierre Bourdieu : « trajectoires sociales », « incorporations » et « dispositions futures », ayant permis de repérer les significations implicites dans le discours et dans la pratique des agents quant à l'insertion du *vivant* dans le service publique de santé. Nous avons conclu que les trajectoires de vie des professionnels ont une influence dans leur manière de penser, d'agir et de sentir, ce qui a contribué pour un investissement personnel plus ou moins important à l'égard de l'alimentation vivante. Les expériences permettant de sentir la vitalité, au-delà d'une simple rationalisation de celle-ci, ont révélé une incorporation quasi essentielle pour le changement de signification du *vivant* et pour l'insertion de ce dernier dans le service, où les entraves et possibilités ont montré certaines tensions et dispositions. Les projets futurs ont témoigné de l'espérance de ces agents sur l'établissement d'un type de dialogue entre le possible et l'impossible aujourd'hui, générant ainsi, un univers symbolique de motivations vis-à-vis de l'alimentation vivante qui, en tant que recours imaginaire, peut donner naissance à la matérialisation désirée d'une autre réalité ultérieure. Il est souhaité que cette étude puisse contribuer pour l'aplanissement des connaissances sur l'alimentation vivante en tant que pratique intégrative complémentaire dans le SUS.

Mots-clefs : Alimentation vivante. Pratiques intégratives et complémentaires. Professionnels de santé. SUS. *Habitus*.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Percurso de busca dos profissionais de saúde, 2015.....	42
Figura 2 -	Porcentagem de categorias profissionais inscritas nos Seminários de alimentação viva do “Projeto Terrapia”, 2010 a 2013.....	43
Figura 3 -	Estados brasileiros com cenários de prática da alimentação viva no SUS, 2015.....	74
Quadro 1 -	Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados, 2015.....	56
Quadro 2 -	Desenhos da alimentação viva no SUS, 2015.....	76
Quadro 3 -	Entraves e possibilidades para inserção da alimentação viva no SUS.....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AeN	Alimentação e Nutrição
AV	Alimentação Viva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MCA	Medicinas Complementares e Alternativas
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicinas Tradicionais
NAPI	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCI	Nutrição Complementar Integrada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de Saúde da Família
RM	Racionalidade Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	21
2.1	MAS E O QUE É MESMO SAÚDE?.....	21
2.2	A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS.....	24
2.3	A ALIMENTAÇÃO VIVA.....	29
3	<b>PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	35
3.1	<i>HABITUS</i> : UM RECURSO TEÓRICO NA FUNDAMENTAÇÃO DA ANÁLISE.....	35
3.2	TIPO DE ESTUDO.....	40
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA E SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	41
3.3.1	<b>O “Projeto Terrapia”</b> : um lugar de formação.....	44
3.4	FONTES DE INFORMAÇÃO E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO.....	48
3.4.1	<b>Pesquisa bibliográfica</b> .....	48
3.4.2	<b>Entrevista em profundidade</b> .....	48
3.5	PROPOSTA DE ANÁLISE.....	50
3.5.1	<b>Análise de conteúdo temática</b> .....	50
3.5.2	<b>Categorias de análise</b> .....	52
3.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	53
4	<b>UMA ESTRATÉGIA COMPREENSIVA</b> .....	54
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	54
4.2	A CONSTRUÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE COMPREENSÃO.....	57
4.2.1	<b>Trajetórias sociais</b> .....	58
4.2.2	<b>Incorporações</b> .....	69
4.2.3	<b>Disposições futuras</b> .....	85
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	91
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
	<b>APÊNDICE A – CARTA-CONVITE</b> .....	99
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO</b> .....	100
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	101
	<b>ANEXO – FICHA DE INSCRIÇÃO NO SEMINÁRIO DE ALIMENTAÇÃO VIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AMBIENTE</b> .....	104

## APRESENTAÇÃO

A perspectiva acadêmica oferecida na graduação em nutrição na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) me colocou até certo tempo um tanto a margem do que eu buscava; uma vez que as disciplinas com um enfoque mais humano da saúde – as que eu ansiava – estiveram sempre aquém da construção do saber que gostaria de ter vivido e participado. Afinal, apesar de elas constarem na grade curricular, foi de forma tímida apenas que se apresentaram na realidade da sala de aula; tantas vezes com professores já em fim de carreira ou mesmo sem fazer um intercâmbio com a nutrição.

Percebi nesse decorrer que a formação privilegiava a abordagem biomédica restrita, com enfoque no funcionamento do organismo sem que fossem abordados os aspectos sociais e humanos do ato alimentar. Palavras como “caloria”, “carboidrato”, “lipídio” e “proteína” podem ser consideradas chavões do curso, enquanto pouco ou quase nada se falou sobre “relações”, “gente”, “significados”, “sentido”, “cultura”, “hábito”, “prazer”, “história”, “sociedade”, “indústria”, “terra”, “distribuição de renda”, “povo” e tanto mais que influencia a relação do homem com o alimento. Acredito na necessidade de romper o hiato entre esses campos, sendo urgente a aproximação entre as ciências da saúde e as ciências humanas e sociais, o que ensaiei aqui fazer.

Não posso deixar de dizer, porém, que a graduação me apresentou a Saúde Pública – o “lugar” que encontrei para me fazer profissional – esta, me ofereceu perspectivas que comungavam com o meu olhar diante à vida. Foi com essa possibilidade que resolvi traçar meu caminho dentro da nutrição. Assim, ficou em mim uma inquietude revestida de expectativa quanto ao Estágio em Saúde Pública e a grande oportunidade foi estar no Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) em Recife-PE. Este veio para ultrapassar a simples complementação da minha formação acadêmica: promoveu uma *(re)formação*. Através de experiências que estão além das estruturas curriculares convencionais, descobri uma nova forma de encarar a nutrição, uma nutrição ampliada dentro do sistema público de saúde (onde o vegetarianismo e alimentação viva são orientadores); o que me trouxe uma segurança até então desconhecida. Então, a minha busca por conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) com mais propriedade, entender as questões enfrentadas por Ele e sua interface com a nutrição, não cessou com o término do estágio, ao contrário: foi inflamada.

Assim, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/FIOCRUZ foi a escolha acertada de um curso que teve a capacidade de fornecer uma ampliação do olhar sobre

a saúde, principalmente pela sua composição com diferentes profissionais e o mais importante, que buscam a comunicação entre os seus diferentes saberes por acreditar que é nesse compartilhar de conhecimentos que se aproxima de melhores compreensões acerca da realidade e quiçá, de perspectiva de mudança da mesma. Dessa forma, a Residência foi ‘mister’ para aprofundar o conhecimento e experiência sobre o nosso sistema de saúde, seu funcionamento, seus desafios e conquistas, sobre a atenção básica (AB), também quanto aos programas e políticas desenvolvidos, dentre outros saberes advindos da relação teoria-prática.

No entanto, a Residência não foi um espaço onde pude aprofundar a minha relação com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no âmbito acadêmico tampouco propriamente com a Alimentação Viva (AV). Embora o meu cotidiano profissional no cenário de aprendizagem do Complexo do Alemão estivesse imbuído desses outros saberes e práticas, não foi algo que estava proposto, mas que inseri nas fendas existentes, no trabalho em ato onde acreditava ser possível, cabível e aceitável propor a incorporação dessa outra forma de promover a alimentação. E, tal proposta encontrou ressonância nos usuários bem como nos profissionais de saúde da Clínica da Família onde atuava, na qual a aceitação e interesse se fizeram presentes.

E por que sempre acreditei na vivência, participei por um semestre do Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente da ENSP/Fiocruz, referência nacional para a aprendizagem do alimento vivo. Refletindo então sobre a aproximação da alimentação viva com o SUS, esse estudo tem o propósito de compreender como esse tipo de alimentação se insere na prática dos profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito desse sistema, identificando a ressignificação feita por esse profissional acerca do alimento vivo em seu processo de trabalho e descrevendo características passíveis de serem colocadas no serviço, bem como, os principais fatores associados aos limites e possibilidades existentes na busca dessa interface.

## 1 INTRODUÇÃO

A alimentação viva (AV) é acolhida pela Nutrição que incorpora outras lógicas alimentares e nutricionais e reconhece que outras racionalidades podem coexistir, como uma “corrente alimentar”. Não está alicerçada em religião, sistema tradicional ou racionalidade médica, mas é uma tendência organizada da alimentação (Azevedo, 2006), pois apresenta elementos, aspectos e características próprios.

Pode-se também olhar a alimentação viva como integrante do chamado estilo *natural*, proposto por Carvalho (2013). Este, como um “coração de mãe”, se caracteriza por uma flexibilidade, abarca os mais variados e combinados modos e maneiras de se alimentar, desde que seja elaborado o significado condizente com o que se acredita dentro do natural, na contraposição a alimentação industrial. A alimentação viva então está compartilhando sentidos com o vegetarianismo e o veganismo que priorizam a origem vegetal dos alimentos em um espaço contra-hegemônico; mas seus fundamentos são talvez os que mais se distanciam das práticas comensais difundidas na atualidade.

É na vitalidade dos alimentos, também chamada “energia vital” (conceito básico da homeopatia, por exemplo), que está o princípio da AV. Assim, como um fio condutor da construção dos sentidos, esta será retomada em vários momentos desse trabalho e segue uma organização de sentidos com pares homólogos, que embora contrastantes, situam os significados em um universo de significação. Iniciamos por dizer que para esse estilo de alimentação, alguns elementos antagonizam em relação a esse princípio da vitalidade, como alimentos que até o consumo final foram desvitalizados, por exemplo: produtos animais; alimentos que passaram por processamento, ou seja, cozimento, refrigeração, congelamento; industrializados; a ênfase nessa alimentação está nas sementes germinadas e brotos e consumo de frutas e vegetais, preferencialmente frescos.

Navolar (2012) destaca a alimentação viva como um movimento de consciência ecológica e considera que a Nutrição pode se beneficiar com a ampliação do olhar bionutricional para a vitalidade dos alimentos, uma vez que possibilita a diversificação de entendimento e ação na área, de forma a relativizar o modelo dominante.

Para o trabalho em questão, a alimentação viva assume um caráter de interesse multiprofissional na saúde, sem que esteja apenas como monopólio da categoria profissional nutricionista, pois,

embora a assistência e educação alimentar e nutricional constituam ações privativas do nutricionista, conforme disposto na Lei 8.234/91, que regulamenta a sua atuação profissional, a promoção da alimentação saudável tem caráter mais amplo, perpassando não só ações de outros profissionais, como também iniciativas que transcendem os serviços de saúde (Boog, 2008, p.34).

Podemos trazer sinteticamente que, como parte do processo da reforma do setor saúde<sup>1</sup>, o Ministério da Saúde lançou em 1990 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); que deu origem ao Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Em 2006, segundo Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o “programa” passa a ser reconhecido como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial, sendo então chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 1997; Brasil, 2007). Em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados para fortalecer a Atenção Básica; são constituídos de equipes multiprofissionais que atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família (eSF) para ampliação do escopo das ações em saúde (Brasil, 2008).

No contexto internacional para enfrentamento da realidade sanitária, desde 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS), diante do desafio da integralidade do cuidado e tendo em vista os determinantes sociais do processo saúde-doença, propõe através de vários documentos as Medicinas Tradicionais/Medicinas Complementares e Alternativas (MT/MCA) para composição das políticas de saúde, o que foi um incentivo importante para o cenário brasileiro (Galhardi et al., 2013).

Luz (2000) criou uma matriz analítica das formas de cuidado à saúde que proporciona uma abordagem ampla das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e que relativiza o paradigma biomédico - a categoria Racionalidade Médica - um conjunto estruturado de práticas e saberes com dimensões interligadas. Segundo Tesser e Luz (2008, p.203 – grifo dos autores), “o SUS constitui-se em *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade”.

Experiências nesse sentido eram desenvolvidas na rede pública, porém, sem diretrizes específicas. Em 2006 foi instituída pela Portaria nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com intuito de conhecer, apoiar, incorporar e implementar essas experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). O campo das PIC

---

<sup>1</sup> Fizemos nesse parágrafo apenas uma breve perspectiva histórica, sem objetivo de aprofundar, como o campo da atenção básica foi se materializando através dos programas e estratégias.

contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos. Esses envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta, vínculo e integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. E ainda através da visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (Brasil, 2006). Apesar de reconhecer que a política em si não garante a concretização do que está proposto, afinal, existe sempre uma forma de estar no papel e outra de acontecer na prática; é de grande relevância a existência da mesma, pois demonstra a proposta e incentivo à ampliação do cuidado em saúde.

É nesse contexto de ampliação de saberes e práticas que se insere a discussão da Nutrição Complementar Integrada (NCI)<sup>2</sup>, permitindo uma ampliação da visão do campo da Alimentação e Nutrição (AeN) de forma mais holística por compreender outras lógicas nutricionais ou alimentares (Navolar, 2012). Assim, as práticas complementares em Nutrição são colocadas em duas categorias por Azevedo (2006): **modelos alimentares**, que dizem respeito às que se vinculam a práticas tradicionais ou derivadas das racionalidades médicas, como a alimentação ayurvédica e dietoterapia na medicina tradicional chinesa e **correntes alimentares**, que “podem ser consideradas práticas que revelam uma atitude individual e uma postura social, ambiental e política, inserindo-se em algumas das racionalidades mencionadas, perpassando-as transversalmente de forma parcial e não homogênea” (Navolar, Tesser, Azevedo, 2012, p.524), como o vegetarianismo e a alimentação viva.

No Brasil, desde 1997, é realizado o “Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente”, no campus da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no Rio de Janeiro, sendo uma experiência que se desenvolve numa unidade de Atenção Básica, como parte das ações de Promoção da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Neste trabalho, este será referido como “Projeto Terrapia”, Terrapia ou simplesmente Projeto, para facilitar a leitura ao longo do texto. Seu espaço foi construído coletivamente com intuito de promover saúde em um ambiente saudável. São oferecidos gratuitamente à população em geral cursos, oficinas e seminários de AV onde se estimula o conhecimento e preparação das sementes germinadas e brotos, a preparação dos alimentos e

---

<sup>2</sup> Termo utilizado pioneiramente pelas nutricionistas Deise Lopes Silva e Soraya Terra Coury que elaboraram parecer sobre práticas integrativas na Nutrição à pedido do Conselho Federal de Nutrição em 2002. Utilizamos aqui neste trabalho, a perspectiva trazida por Navolar (2010) que amplia o significado para indicar o conjunto de práticas e saberes complementares na Nutrição.

diálogos sobre vários assuntos como hábitos de vida, construção da saúde, consciência ecológica e autocuidado (Projeto Terrapia, 2014).

Diante do exposto, esta pesquisa tem como **objeto de estudo** as formas de inserção da alimentação viva na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia” no âmbito do SUS, e se propõe a identificar os entraves e possibilidades para a inclusão dessa prática no sistema. O presente trabalho buscou os profissionais de saúde que aprenderam a alimentação viva a partir desse Projeto específico, uma vez que é um espaço onde se oferece a possibilidade de aprender sobre o alimento vivo de forma organizada e estruturada com o referencial da saúde.

Assim, o estudo pretende identificar por meio das experiências desses profissionais, a maneira de inserção dessa prática; então importa dizer que a análise tem como ponto de partida o curso de formação sensível à apropriação dos profissionais da concepção de dinâmica vital e da terapêutica. Acredita-se aqui que assim como as políticas não são impressas na realidade como em um papel; a inclusão da alimentação viva na assistência também não se dará da maneira tal e qual ensinada no referido Projeto. A pesquisa pretende levantar as possibilidades de apostas desses profissionais por esse tipo de alimentação como mais uma maneira de promover saúde.

Faz-se relevante explicitar ainda que a tomada de decisão pela busca de profissionais de saúde que atuam e/ou atuaram no âmbito do SUS se deu pelo entendimento de que somente dentro do sistema será possível perceber as amarras de estar aí inserido. Esses têm a possibilidade de fazer interagir a alimentação viva com a política de saúde, o SUS, uma vez que vivenciam e/ou vivenciaram um sistema que expressamente não coloca esse tipo de alimentação como possibilidade; mas que trabalha com um conceito de alimentação e nutrição que em alguns pontos revela interface com esse outro formato<sup>3</sup>.

Enquanto **justificativas** do estudo, entendemos que deslocar as perspectivas sobre a alimentação, trazendo um diálogo do campo da AeN com as ciências sociais, são argumentos pra conhecer a saúde do homem em seu contexto social. No contexto político e educacional, Tesser (2009) traz que existe uma grande dificuldade para efetivar a PNPIC pela carência de

---

<sup>3</sup> O novo **Guia Alimentar para a população** brasileira apresenta os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável que: prioriza o consumo de alimentos *in natura* como base da alimentação, reduzindo os processados e ultraprocessados; incentiva o preparo e consumo de alimentos em companhia, o planejamento da alimentação e ainda, a criticidade quanto à propaganda de alimentos (Brasil, 2014a).

instituições formativas de profissionais a partir de outras racionalidades consonantes com os princípios do SUS e esse estudo pretende analisar os desdobramentos de uma formação específica - a alimentação viva, no SUS; bem como as limitações para inserção dessa prática no serviço.

No campo científico, a alimentação viva é uma temática nova e o estudo se propõe a analisar como esta se insere no campo no que concerne à potencialidade que o serviço apresenta para a interdisciplinaridade e diversidade. Nos âmbito social e cultural, a incorporação das PIC no SUS têm sido uma demanda da população - o que antes estava restrito ao setor privado, e oferece uma amplitude de abordagens nos serviços com uma outra visão de cuidado (Brasil, 2006) o que no presente estudo se caracteriza pela observação dessa demanda envolvendo a ressignificação de práticas novas no serviço como a alimentação viva. E ainda, no que tange ao setor econômico, é sabido que a resolutividade e o baixo custo das PICs têm sido considerado na gestão dos serviços (PPICS, 2013), o que pode se mostrar enquanto fator positivo para elaboração de mais estudos que considerem tais práticas.

Assim, a discussão não se esgota. Enquanto houver outra forma de ver, um novo ângulo, tempos diferentes, indivíduos outros e sociedade por caminhar, pode-se sustentar o espaço de reflexão e então as contribuições podem fazer diferentes as pessoas, os profissionais e suas práticas. Nascimento et al. (2013, p.3596) registra por exemplo, “a contribuição da categoria Racionalidade Médica à crítica da racionalidade científica pós-moderna e à construção de uma nova epistemologia em saúde”.

Vale ainda lembrar que antes da ciência, existe a vida. E nela, muitos já se perguntaram sobre as origens de céu e terra, seres humanos e animais, e tudo o que circunda as razões da existência. Sendo assim, pode-se dizer que o conhecimento científico tem suas raízes nas inquietações do sujeito na vida, em um mundo cotidiano que expressa um discurso do senso-comum, pois este corresponde às intrigas cotidianas que suscitam várias respostas, que não são excludentes, mas essencialmente complementares. Para Bourdieu, Chamboredon, Passeron (2005) a tarefa, porém, é ultrapassar o senso-comum e o saber imediato por meio do estranhamento e do exame crítico que são fundamentais para a produção científica.

Aqui adotamos uma abordagem qualitativa, que tem como objetivo a interpretação do objeto formulado. De tal modo que as hipóteses podem ser formuladas como **questões de estudo** uma vez que não se pretende a testagem empírica de afirmações provisórias. Diante disso, os seguintes questionamentos permearam esse trabalho: Quem são os profissionais de

saúde que se formaram em alimentação em viva pelo “Projeto Terrapia”? Como se deu sua trajetória de formação/profissional? Como, na sua prática no âmbito do SUS, inserem e/ou inseriram a alimentação viva? Quais os interesses/objetivos desse profissional em participar do Projeto e incluir de alguma maneira, a alimentação viva em seu trabalho? Quais são as suas necessidades e seu projeto futuro de saúde para todos? Em quais aspectos relativos a essas práticas acreditam esses profissionais? O que amplia e o que limita as possibilidades da alimentação viva existir no SUS?

O estudo então apresenta enquanto **questão norteadora**: Como a alimentação viva se insere na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS? Assim, o **objetivo geral** foi compreender como a alimentação viva se insere na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS. Para tanto, os **objetivos específicos** do trabalho foram:

1. Identificar os profissionais de saúde egressos do “Projeto Terrapia” que atuam/atuaram no âmbito do SUS;
2. Caracterizar a trajetória de formação/ profissional dos profissionais de saúde;
3. Analisar a experiência dos profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, para a inserção da alimentação viva nas práticas de alimentação desempenhadas no âmbito dos serviços de saúde no SUS;
4. Identificar os entraves e possibilidades para a inserção da alimentação viva no SUS, a partir da experiência dos profissionais selecionados.

Essa dissertação está construída em **cinco seções**. Esta primeira seção fez uma introdução da temática apresentando as justificativas da pesquisa, sua questão norteadora bem como os objetivos do estudo. A **seção 2** explora as concepções de saúde e trazendo uma contextualização das PICs no SUS, localiza e apresenta a alimentação viva em sua aproximação com a Nutrição Complementar Integrada. Na **seção 3** trazemos o *habitus* como conceito instrumental para análise e delineamos a metodologia da pesquisa, bem como situamos o “Projeto Terrapia” e exploramos suas características. É na **seção 4** que está o corpo do trabalho, onde exploramos as possibilidades de compreensão a partir das vozes dos agentes sociais, organizadas em categorias analíticas. Em seguida, se encontram as considerações finais na **seção 5**.

## 2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

Este capítulo procura refletir a construção das concepções de saúde trazendo uma contextualização histórica e social das Práticas Integrativas e Complementares no SUS e apresenta a alimentação viva e seus elementos numa perspectiva de fazer a interface desta com as práticas dos profissionais de saúde no serviço público de saúde.

### 2.1 MAS E O QUE É MESMO SAÚDE?

O meio acadêmico trabalha com a conceituação, que é como uma tentativa de aproximação da realidade feita com os recursos associados a pensadores e teorias de outros momentos, pares da análise sobre dados observados no campo de pesquisa onde os conceitos devem servir como norteadores operativos. Porém, como destaca Morin (s.d., p.14), existe “a dificuldade da palavra que quer agarrar o inconcebível e o silêncio”, afinal a palavra não pode traduzir a experiência em sua totalidade nem a essência do fenômeno sobre o qual falamos, por mais elaborada que essa se desenhe (Czeresnia, 2009; Mattos, 2011). Assim, na definição dos significados que os termos aludem, podemos iluminar apenas uma parte da realidade enquanto que outra ficará na sombra, que assumimos sem constrangimentos, pois acreditamos que essa é uma forma de fazer ciência com rigor (Carvalho, 2013).

Ainda que enquanto temática da formação, a proposta de discutir o conceito “saúde” pareça ocupar lugar distante do que pode ser colocado na prática do cotidiano dos serviços (Batistella, 2007a), a relação entre concepção de saúde e o fazer profissional está posta como via de mão dupla, onde um influencia o outro. Segundo Caponi, “a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos” (1997a, p.291).

É sabido que os estudantes que ingressam nos cursos de saúde têm no escopo de suas disciplinas iniciais a anatomia, o que constrói uma perspectiva do olhar. É através então do contato com corpos sem vida que os estudos sobre “saúde” se iniciam. Segundo Da Nova et al. (2000, p.89), nas palavras de um estudante de medicina, é com anatomia que ele desperta a sensação de ser médico; o que para os autores traz a ideia de que é o cadáver o primeiro indivíduo por quem se debruça o futuro “doutor” e mais, que existem implicações posteriores

dessa aproximação na identidade profissional. Assim, “o cadáver apresenta a morte, mas não é um morto. [...] o corpo anatômico é geografia, não é história”.

De acordo com Mendes Gonçalves (1994) a medicina moderna foi estruturada a partir das ciências positivas e esta concebeu seu objeto como científico. Czeresnia (2009) traz que tanto os discursos científicos como a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde estão marcados não pelas concepções de saúde e sim pelo adoecimento.

O conceito de doença constituiu-se mediante uma redução do corpo humano, passado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia. A ‘doença’ é concebida como dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes (Czeresnia, 2009, p.45).

Nesta perspectiva, o corpo passa a não mais estabelecer relações com a categoria vida e seus significados, ainda que este continue com a sua função vital, mas ela fica invisível na perspectiva biomédica e não entra em questão (Mendes Gonçalves, 1994), o que pode influenciar posturas profissionais reduzidas aos órgãos e funções em detrimento do ser humano. Almeida-Filho (2011) corrobora a problemática como mesmo de formação; pois em sua visão estas pessoas passam por um treinamento onde se aprende a reconhecer, lidar e tratar a doença, e não o indivíduo. Logo, podemos nos perguntar: seriam os profissionais dos serviços de saúde emuladores de seus professores no curso de formação?

A compreensão da saúde como ausência de doença esteve durante muito tempo não apenas no senso-comum, mas teve aceitação e difusão na medicina, o que se relaciona com o paradigma biomédico (Batistella, 2007b). Em 1946, a Organização Mundial de Saúde define então a saúde como um “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 1946) sendo um conceito que pretende o entendimento de que saúde é mais do que não estar doente; porém, é em si utópico o que pode servir como aspiração e pretensão. E ainda, Dejours (1986) realça que a saúde das pessoas é de cunho pessoal e que pode ser entendido por cada um a sua maneira, o que corrobora com Caponi (1997b) quando se opõe a padronização e determinações pré-estabelecidas.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 propôs um conceito ampliado de saúde, vista primeiramente como um direito e que se relaciona principalmente com os condicionantes sociais, pois é “[...] resultante das condições de alimentação,

habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p.4). Tal conceito realça as dimensões econômica, social e política e tem uma importância histórica no contexto em que foi construído.

É interessante falar em processo saúde-doença, pois dá uma ideia de que não é um **ou** outro, ou seja, nunca estamos apenas em um dos polos, mas sempre neste processo que envolve deslocamentos, transformações e disputas sociais. Sabroza (2001) sugere pensar a saúde como um sistema complexo que envolve vários níveis de organização de vida (o molecular, o celular, o individual, do grupo social, da sociedade e global) onde as categorias e variáveis dos diferentes níveis são mediadas por relações de determinação e especificação.

E assim, o autor coloca o conceito de saúde na categoria dos imprecisos, pois “são definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico” (Sabroza, 2001, p.4). Admite então que “diversas concepções de saúde e doença podem coexistir” (Sabroza, 2001, p.5). Compreendemos com Luz (2007) que a concepção contemporânea de saúde está relacionada ao cuidado, estética e prazer, de forma que o importante é flexibilizar esse conceito. Pode-se reconhecer aqui que não há um conceito único de saúde, pois existe uma pluralidade, onde não é possível falar de saúde no singular, mas de várias ‘saúdes’ (Almeida-Filho, 2011).

O movimento da Reforma Sanitária fez emergir um novo pensamento sobre a saúde, onde houve uma ampla participação da sociedade em busca de que essa se constituísse enquanto um “direito de todos e dever do Estado”, na contramão de um liberalismo motivado pelo mercado de bens médico-industrial. O Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup> então pode ser minimamente entendido como uma política de saúde que deriva desse movimento e que articula políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, humanização, promoção da saúde, etc.) e desenvolve diferentes práticas de saúde (Paim, 2009).

---

<sup>4</sup> Marcos da construção do SUS: VIII CNS (1986), Constituição Cidadã (1988), Leis 8.080/90 e 8.142/90.

## 2.2 A CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

A definição conceitual das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) não é tarefa simples (Andrade e Costa, 2010), pois contempla um campo heterogêneo e genérico que reúne em um único conjunto elementos muitos distintos (Tesser, 2009). Porém, para o presente estudo faz-se imprescindível tal discussão uma vez que se entende aqui a alimentação viva como uma PIC, por sua vocação contra-hegemônica e princípio vitalista, tendo sido também a aproximação com o SUS um imperativo neste trabalho.

O termo Práticas Integrativas e Complementares foi cunhado pelo Ministério da Saúde e refere-se à Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) da OMS (Andrade e Costa, 2010), englobando as racionalidades médicas vitalistas bem como as práticas terapêuticas chamadas integrativas e complementares em saúde (Nascimento et al., 2013). Assim,

esse campo de saberes e cuidados desenha um quadro extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Esse amplo acervo de cuidados terapêuticos abriga ainda recursos como *terapias nutricionais*, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e *estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia* (Andrade e Costa, 2010, p.499 – grifo nosso).

A OMS distingue as MT das MCA, onde as primeiras são àquelas que estão relacionadas aos saberes, práticas e crenças próprias de uma cultura que se diferenciam entre as culturas; enquanto que as segundas referem-se aos cuidados à saúde distintos do modelo biomédico (WHO, 2002).

Segundo o National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), importa de início dizer que muitos são os termos utilizados para designar saberes e práticas nesse campo que se opõe à medicina convencional; porém, é feita uma ressalva sobre as denominações *complementar* e *alternativa* com a qual esse trabalho também corrobora. Embora utilizadas como sinônimos sugerem diferenças: *complementar* – misto de abordagem não convencional com medicina convencional, enquanto que *alternativa* – utiliza a abordagem não convencional em detrimento da convencional (NCCAM, 2014):

A ideia de alternativo como escolha unilateral para uma opção clínica, e mesmo enquanto posição político-ideológica, perde força diante dos esforços

pela cooperação e complementariedade entre a biomedicina e essas práticas etiológico-terapêuticas (Andrade e Costa, 2010, p.500).

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) são definidas pelo NCCAM como um conjunto de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina, ou seja, da medicina convencional. São subdivididas em: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica); intervenções mente-corpo (orações, meditações, acupuntura, respiração); terapias energéticas (bioenergética, reiki); terapias biológicas (fitoterapia, alimentos e suplementos naturais); e métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios) (NCCAM, 2014).

O que se percebe é que, seja PIC (pelo MS), MAC (pelo NCCAM) ou MT/MCA (pela OMS), o que está proposto é um conjunto de terapias, cuidados, saberes, práticas, que são envoltos por um paradigma diferente do biomédico – que entende o corpo humano como máquina, característicos do modelo científico dominante; mas um paradigma que preza por uma visão integral do homem e dos cuidados, o paradigma “bioenergético” (Andrade e Costa, 2010).

Nessa perspectiva, o organismo humano é compreendido como um campo de energia (e não um conjunto de partes como assume o modelo biomédico), a partir do qual distintos métodos podem atuar. Trata-se de uma visão integrativa e sistêmica a exigir uma terapia multidimensional e um esforço multidisciplinar no processo saúde/doença/cura (Andrade e Costa, 2010, p.499).

Vale lembrar aqui que tanto países pobres como países ricos têm utilizado tais práticas, ainda que por motivos diferentes. Luz (2000) aponta que os países pobres procuram por questões culturais, acesso fácil e boa eficácia em relação ao baixo acesso à biomedicina. Tesser (2009) traz que nos países ricos existe uma procura em ascensão tanto pela insatisfação com a biomedicina (mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, impessoal) como pela relevância própria das práticas complementares (estímulo ao reequilíbrio, aproximação curador-doente, integralidade).

No Brasil, a institucionalização dessas práticas se deu a partir da década de 80, após a criação do SUS; onde experiências pioneiras nessas outras abordagens de atenção a saúde receberam destaque através das políticas e ações dos estados e municípios que, a partir da

descentralização e participação popular, tiveram maior autonomia para implantar tais experiências (Brasil, 2006).

A primeira política pública que promove as práticas não convencionais em saúde foi a chamada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PNMNPC), de 2005, que foi impulsionada por incentivo da OMS e incentiva mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde (Brasil, 2005). Um ano depois, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria 971 de 2006) com objetivo de estimular essas práticas no SUS:

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS (Brasil, 2006, p.4).

A PNPIC incluiu as práticas de medicina chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia e termalismo social/crenoterapia na Atenção Básica, considerada como local preferencial para desenvolvimento das PIC (Brasil, 2006). Vale ressaltar que a PNPIC não contempla todas as práticas integrativas e complementares que são desenvolvidas no SUS, mas que abarcou aquelas mais expressivas que foram identificadas. É em si, uma política que inclui outras possibilidades terapêuticas, que está “aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementariedade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde” (Andrade e Costa, 2010).

Por racionalidade, Luz define tal categoria como a que “está mais próxima do conceito de “racionalidade científica e de *ciência* como forma de conhecimento privilegiado na ordenação da história e da vida, em todas as suas manifestações” (Luz, 1988, p.29 - grifos da autora), o que representa formas diferentes de conhecer o ser humano, seu corpo e sua subjetividade. A autora desenvolveu seu trabalho a partir de questões sociais, políticas, culturais e epistemológicas da saúde e construiu o conceito Racionalidade Médica<sup>5</sup>(RM).

Este conceito nasceu na década de 1990, no campo da saúde coletiva, na área das ciências humanas e sociais para estudar sistemas médicos complexos e terapêuticas

---

<sup>5</sup> Vale ressaltar que as PIC não são o mesmo que RM (Nascimento et al., 2013).

tradicionais, complementares e alternativas. Tem como antecedentes um contexto permeado pela valorização da natureza; no âmbito internacional acontecia o movimento de contracultura com ênfase na ecologia; as práticas sociais nos anos 70 e 80 trouxeram demandas de outros bens e serviços de saúde, e no campo específico da saúde, o incentivo à promoção da saúde (Nascimento et al., 2013).

Com relação à Promoção da Saúde, a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978 propunha o incentivo aos cuidados primários e preconizou a legitimação de práticas tradicionais, alternativas e complementares e em 1986, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde coloca a importância de outros fatores que não apenas os biológicos para a saúde e no Brasil, a VIII CNS propôs a introdução de “práticas alternativas” nos serviços de saúde para que o usuário tenha possibilidade da escolha terapêutica (Nascimento et al., 2013).

A construção do conceito de RM se deu a partir do tipo ideal de Weber, concebido como recurso teórico para construção do que está latente no social; ou seja, não está determinado no sujeito absoluto, mas em sua forma de entender a saúde e aceita adaptações nos contextos locais. Assim, foram construídas seis dimensões<sup>6</sup> fundamentais para que um sistema médico complexo fosse considerado racionalidade médica; como uma estratégia sensível para mostrar que os modos de entender o corpo e o ser humano são diferentes, o que motiva distintas organizações também dos modos de entender a saúde.

É um conceito construído e estruturado na e para a prática - operacionaliza os saberes - dá sentido a eles, ordena o universo de significação e assim organiza o pensamento. Entendemos aqui que sistematizar o processo sem inviabilizá-lo é a mão dupla de práticas de saúde com consciência, no sentido de consciência racionalizada, ou seja, um modo racional de compreender a prática.

Os estudos sobre RM ainda destacaram a presença de dois paradigmas em saúde, que são orientadores das práticas, ainda que nem sempre de modo consciente e que dialogam com as seis dimensões. Estes são considerados relevantes para o projeto em questão, quais sejam: o *paradigma biomédico*, que está voltado para questões materialistas, mecanicistas, com foco na doença e controle tanto do corpo biológico e social, quanto da natureza que se tornou objeto de conhecimento (Luz, 1988) e que tem na tecnologia a ferramenta essencial

---

<sup>6</sup> As seis dimensões são: morfologia humana (relacionada ao corpo), dinâmica vital humana (movimento da vitalidade), doutrina médica (processo saúde-doença), sistema de diagnose (diagnóstico), sistema terapêutico (intervenção) e por último cosmologia (própria da cultura, enraizada num universo simbólico que não se reduz ao método científico) (Luz, 1993).

(Nascimento et al., 2013); e o *paradigma vitalista ou bioenergético*, que enfatiza a busca pela harmonia da pessoa com seu meio, voltado para o restabelecimento e expansão da saúde bem como sua prevenção e promoção, almeja o cuidado integral, considera a subjetividade e se relaciona aos sentidos de preservação e sustentabilidade nos níveis biológico, social e natural (Tesser e Luz, 2008).

Navolar (2010) propõe que outras práticas e saberes nutricionais complementares/alternativos/tradicionais (em analogia às MT/MCA) podem ser desenvolvidos pelo profissional nutricionista, ainda que não abordados na formação superior, desde que haja capacitação para tal. Tais práticas são: fitoterapia/plantas medicinais, dietoterapia chinesa, alimentação ayurvédica, alimentação antroposófica, nutrição funcional, vegetarianismo, alimentação viva e aproveitamento integral dos alimentos, as quais compõem a chamada Nutrição Complementar Integrada (NCI).

Nesta pesquisa, o foco está na alimentação viva, mas partimos de um referencial de construção de prática de alimentação que se articula com as PICs de forma que está inserida nos serviços de saúde como uma prática complementar. E ainda, são vários os atores envolvidos na reprodução desse conjunto de significados e modos de comer conjugados em uma corrente alimentar, o que admite a incorporação da mesma no âmbito multiprofissional; sendo tal característica muito cara ao SUS pelo amplo incentivo por meio de políticas nacionais aos diferentes saberes e interlocução entre os mesmos.

Ainda que a PNPIC seja uma conquista e contemple algumas práticas, ela não aborda todas as práticas integrativas existentes, mas as que aconteciam majoritariamente no âmbito do SUS, no período de sua elaboração. A vantagem da construção dessa política é abrir espaço para outras práticas de saúde. A alimentação viva não está descrita na PNPIC, porém, acontece em alguns serviços de saúde por meio de profissionais que a inserem, de forma que saber como isso acontece se faz relevante.

Nascimento et al. (2013) ressalta que uma fase do projeto de RM em 1994 foi desenvolvida na rede pública com profissionais e usuários de saúde do município do Rio de Janeiro para analisar as representações e sentidos sobre corpo, saúde, tratamento, doença, etc. Foi constatado que as representações não são puras, mas híbridas: os paradigmas biomédicos e vitalista (ou bioenergético, como colocado anteriormente) compartilham espaço tanto entre profissionais como usuários:

A clientela transita de uma a outra racionalidade médica de acordo com a variação de seu adoecimento e dos sentidos que a ele atribui, enquanto os médicos e terapeutas conjugam processos terapêuticos ou diagnósticos de mais de uma racionalidade em seu agir cotidiano (Nascimento et al., 2013, p.3599).

Azevedo e Pelicioni (2012) consideram que as PICs podem ser vistas com potencial revitalizante para o sistema de saúde onde é possível a mudança do padrão biomédico no cuidado; porém evidenciam o despreparo político e técnico dos profissionais com relação a essa atuação no SUS. Dessa forma, concluem a necessidade de fomento a um processo educativo dos profissionais em PICs que estejam em sintonia com o SUS e os princípios da Saúde Coletiva.

As PICs têm sido incorporadas de forma gradual no SUS, uma vez que existe pouco conhecimento sobre as mesmas, carência de pesquisas na área e ausência de formação de profissionais com qualificação para implementá-las (Azevedo e Pelicioni, 2012). Desse modo, se pretendeu conhecer um pouco desse universo de implementação das PICs, por meio da alimentação viva, a partir da experiência de profissionais de saúde no que concerne a inserção dessa prática no âmbito do SUS. Entendemos que o importante é a abertura para o diferente, onde o essencial é a criação – sem classificar como melhor. Assim, enxergamos a articulação na AV não apenas como um espaço de sobrevivência dessas práticas no SUS, mas também como uma motivação para reforçar o que é da vida, da condição humana, uma potência de adaptação às realidades.

### 2.3 A ALIMENTAÇÃO VIVA

A alimentação viva (AV), como já abordamos, está baseada na vitalidade dos alimentos (Projeto Terrapia, 2014), um princípio trabalhado em outras medicinas (como na homeopatia, por exemplo) e para esta pesquisa será tomado na sua dimensão simbólica:

A energia do alimento vivo não segue as leis da física, não é osmótica, cinética, elétrica, eletromagnética, mecânica, química ou luminosa, mas uma energia que dá vitalidade aos sujeitos por meio do simbolismo que envolve narrativas míticas sobre prolongar a vida e viver sem doenças (Carvalho, 2013, p.95).

A representação da vitalidade dos alimentos se faz presente na prática dando sentido para a vida das pessoas em suas práticas alimentares, motivando novos sabores e gostos, o que reflete na construção do sistema culinário, proibições e valorizações de alimentos, e assim configura a alimentação viva como uma “corrente alimentar” como indica Azevedo (2006).

Essa corrente alimentar, afirma um modo diferente de compreender a comida, que está ancorado na vitalidade dos alimentos e que se consumida poderá ser incorporada e pode impulsionar para a vida, “longa e livre de doenças”. Enquanto que a Nutrição orienta suas regras e práticas tendo como sustentador o “nutriente”, como o que estaria alimentando de verdade o indivíduo – e pode ser mensurado, medido e mais, contabilizado. Assim, é um universo que embora possa ser simpatizante, não desenvolve esquemas de percepção para a vitalidade, sendo um ponto muitas vezes despercebido e outras, banalizado.

Podemos citar como pontos convergentes com a Nutrição o sentido positivo dado ao alimento *in natura* e as preparações coletivas, e ainda um outro dispositivo reconhecido por esta ciência que é basilar para a alimentação viva é o papel das enzimas. Nesta, propõe-se o cuidado com a temperatura dos alimentos justamente para que não haja degradação enzimática, uma vez que as enzimas são responsáveis pelo funcionamento do corpo no geral e ainda com função estruturante da digestão do alimento. Com isso, a alimentação viva propõe que os alimentos não ultrapassem 45°C, onde as estas já estarão totalmente destruídas; mas alerta que com 38°C começam a ser desativadas progressivamente (Moraes, 2011).

Vale colocar que alimentação viva não é recente e que existe de várias maneiras. Estas se relacionam por pontos comuns e a germinação se mostra como uma intercessão entre as diferentes formas de compreensão do alimento vivo. Os povos essênios (400 a.C) valorizavam a vida onde quer que ela se manifestasse, e assim acreditavam na importância da alimentação. Há registros de que essas comunidades praticavam a germinação, na busca da preservação da vitalidade por entender esta como primordial para manter a saúde e curar doenças (Moraes, 2011).

A tradução do Evangelho Essênio da Paz que foi escrito em aramaico, foi feita no início do séc. XX, por Edmond Szekely (médico, educador, pacifista e linguista) que também classificou os alimentos segundo a vitalidade em: *biogênicos* (que favorecem a regeneração da vida): sementes germinadas e brotos; *bioativos* (ativam a vida, por ainda manterem a vitalidade): frutas, legumes, verduras frescas e cruas; *bioestáticos* (mantém a vida): alimentos cozidos, congelados e refinado e *biocídicos* (consomem a vida): alimentos com produtos químicos ou radiações, conservantes e aromatizantes (Szekely, 2015). A AV então propõe que apenas os alimentos classificados como biogênicos e bioativos sejam consumidos, excluindo todos aqueles bioestáticos e biocídicos; como forma de preservar a vitalidade.

A alimentação viva começou a ser difundida na década de 80, nos Estados Unidos, através dos trabalhos de Ann Wigmore, que se baseia na dieta hipocrática<sup>7</sup>. Ann Wigmore passou por uma experiência pessoal de adoecimento e procurou na alimentação a cura, onde buscou informação e escreveu livros que são referências para a alimentação viva. A sua obra então está voltada para a cura e chegou a fundar uma clínica de desintoxicação onde o programa culinário preza pela vitalidade, sem se preocupar tanto com o paladar ou estética (Projeto Terrapia, 2014).

É interessante destacar também que a alimentação viva se diferencia do “crudivorismo” justamente pelo enfoque dado às sementes germinadas e brotos, para além do consumo de alimentos crus. No crudivorismo a comida crua é a base, enquanto que na alimentação viva, por prezar pela vitalidade, considera as sementes germinadas e brotos os alimentos potenciais para esse oferecimento sendo essenciais (Projeto Terrapia, 2014).

No Brasil, a proposta de Ann Wigmore foi adaptada inicialmente pela professora Ana Branco do Departamento de artes e design da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), sendo uma interpretação brasileira que trabalha unindo à saúde uma perspectiva artística. Foi então criado o Projeto Biochip, um grupo de estudo, pesquisa e desenho com alimentos vivos onde também é oferecida uma disciplina eletiva semestral: “A convivência com o Biochip” (Santos, 2012).

Posteriormente foi que surgiu o então “Projeto Terrapia”, em outra instituição acadêmica (ENSP/FIOCRUZ); que adota a perspectiva da Promoção da Saúde e acontece voltado para mudança de hábitos de vida. Para o estudo em questão, a referência de alimento vivo está alicerçada na concepção desse Projeto, já que neste trabalho o mesmo é tido como lugar de formação dos profissionais de saúde buscados para a pesquisa e encontra-se numa escola de saúde pública formadora de profissionais para atuarem no SUS.

Enquanto características dessa alimentação, o uso então do já consagrado fogão perde o sentido – mas, vale dizer que isso não significa que as comidas desse tipo de alimentação sejam frias e sem preparação. A alimentação viva preza pelo preparo elaborado, contando com uma gama de artifícios culinários, como a desidratação (principalmente ao sol), fermentação (com microorganismos vivos), amornados (até a temperatura que o corpo

---

<sup>7</sup> A dieta hipocrática entende que o modo de vida, para além da alimentação, deve estar baseado em regras que têm como única finalidade a saúde.

suporta) e outras técnicas. Principalmente no último caso o uso do fogo acontece, mas a comida é manipulada com as próprias mãos para que seja sentida na pele a hora da retirada (Carvalho, 2013).

A alimentação viva enquanto prática, estrutura e é estruturada por um sistema culinário cujo fio condutor é uma construção simbólica da natureza viva como referencial de saúde. Esta propõe o consumo dos alimentos no seu estado mais natural quanto possível, então o uso da geladeira não é indicado porque parte-se do princípio que o resfriamento e o congelamento estarão interferindo na vitalidade do alimento - a ideia é que quanto mais fresco melhor. Mais uma vez a alimentação viva se afirma em negação ao que está posto na comensalidade atual que preza pelos sentidos de praticidade e pela economia de tempo (Carvalho, 2013). É instigante observar como os profissionais de saúde que inserem o *vivo* na sua prática colocam tais indicações, se colocam ou se as ressignificam para trabalhar no serviço de saúde, pois o tempo de preparo na culinária viva não é um tempo perdido, ao contrário; dá sentido ao comer especialmente quando esse tempo é compartilhado em preparações coletivas.

Carvalho (2013) ressalta que a alimentação viva tem uma culinária peculiar, que tem de ser praticamente toda desenvolvida pelos próprios consumidores e ainda demanda um conhecimento específico para o desenvolvimento das habilidades. A germinação, processo central desse tipo de alimentação, requer tempo e conhecimento; pois demora e pode ser feito de diversas formas (no ar, na água, na terra), um exemplo:

Germinar grãos ou sementes no ar é uma técnica que consiste em condicioná-los em vidros com um pouquinho de água, a tampa coberta por tela para proteção, de 24 a 48 horas em média, quando chegam à sua vitalidade máxima, ideal para o consumo, num estágio anterior à brotação. [...] Essa técnica de germinação visa proteger e promover a vida [...] (Carvalho, 2013, p.97-98).

Entender a diferença entre semente germinada e broto é também essencial para esse tipo de alimentação. A semente germinada é um estágio anterior à brotação, onde apenas uma haste aparece. Os brotos representam a continuidade desse processo, onde já apresentam folhas definidas.

E ainda nem todas as sementes e grãos são próprias para o consumo através do processo de germinação ou brotação; o que torna necessário o conhecimento de quais são

viáveis para esse uso. O que não quer dizer também que todas que podem vir a ser germinadas ou cultivadas como brotos se desenvolvam da mesma forma; muito pelo contrário: cada semente apresenta um tempo de desenvolvimento, um tamanho, uma textura, uma coloração, um sabor, etc., sendo também influenciadas pela temperatura e umidade, fazendo imprescindível também o reconhecimento de tais características para que possam ser eleitas como comestíveis ou classificadas como em processo de decomposição que já não poderá ser consumida (Projeto Terrapia, 2014).

Os aspectos supracitados dessa alimentação parecem não dialogar com o modo de vida na sociedade ocidental contemporânea. Santos (2012) afirma que esse está caracterizado pelo individualismo, imediatismo, permeado pela lógica do mercado, que visa a produtividade, funcionalidade, eficácia e lucro. Com isso, as cadeias de *fast food* passam a suprir as necessidades do modelo globalizado e pós-industrial. Os impactos desse novo modo de estar no mundo têm influências diretas sobre os comportamentos alimentares transformando os padrões de produção e consumo de alimentos; o que implica em prejuízos à saúde.

Garcia (2003) destaca que

a comensalidade contemporânea se caracteriza pela escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos; pela presença de produtos gerados com novas técnicas de conservação e de preparo, que agregam tempo e trabalho; pelo vasto leque de itens alimentares; pelos deslocamentos das refeições de casa para estabelecimentos que comercializam alimentos - restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias, entre outros, [...], pela crescente individualização dos rituais alimentares (Garcia, 2003, p.484).

Assim, é possível com clareza identificar vetores para globalização, industrialização e marketing de alimentos o que influencia de maneira contundente a forma e conteúdo das práticas alimentares. A alimentação viva, porém, adentra esse contexto se contrapondo a uma tendência hegemônica de alimentos processados, industrializados, etc. que respondem as demandas do contexto urbano de vida e trabalho das pessoas, e dá sentido de vida aos praticantes do vivo, como um retorno do homem à natureza original, “como ela é” (Carvalho, 2013), o que tenciona esse padrão civilizatório.

Contudo, no intuito de promover uma aproximação da culinária viva com a cultura alimentar do Brasil, “o Terrapia criou a culinária viva brasileira [...] incluiu as plantas não cultivadas, a flores e a alegria de uma culinária preparada em grupo”. Dessa forma, acontece uma aproximação entre o que foi transmitido socialmente pelas primeiras instituições, e a

nova maneira de pensar a alimentação. Existe nesse Projeto um cuidado em resgatar a memória afetiva da alimentação, que está materializada nas pizzas, baião-de-dois, farofas, sanduíches, risotos, lasanhas, leites, e uma diversidade de doces, tudo “vivo” (Projeto Terrapia, 2014). Podemos nos perguntar se este diálogo entre comidas diferentes poderia ser desmembrado nas práticas de saúde no SUS.

A proposta do Terrapia para além de promover outra forma e/ou opção de alimentação, por meio da alimentação viva; propõe outro modo de se relacionar com a natureza, com as pessoas e com o próprio alimento, resgatando o aspecto social e coletivo da alimentação. “A convivência em grupo é o ponto alto do Terrapia. Como observadores atentos, nos preocupamos em "estar-no-mundo-com-os-outros", como diz L. Boff, fazendo comida, cantando e trocando experiências.” (Projeto Terrapia, 2014). A cada refeição produzida a muitas mãos, com ingredientes oferecidos pelos próprios participantes; sucede uma roda em agradecimento ao alimento, com um canto entoado em tupi-guarani, como um retorno as origens e a busca pela consciência do trabalho e dedicação de todos que participaram da confecção desse alimento – desde a colheita até o momento de compartilhá-lo no momento da refeição (Santos, 2012).

Entender como se dá a ressignificação do que foi apreendido enquanto alimentação viva nesse Projeto para a possibilidade de inclusão desta no serviço público de saúde é então um ponto central desse trabalho. Vale ressaltar a compreensão da alimentação viva como integrante das PICs, ou seja, como uma prática que não vem para se sobrepor a outras tidas como convencionais. Dessa forma, ouvir e observar os profissionais que fizeram o curso e estão ou estiveram no serviço público, ilumina a ressignificação de tantas classificações e significados do comer o *vivo*.

É importante frisar que se toma a dimensão do direito à saúde como basilar e nessa perspectiva, acredita-se que a alimentação viva é uma prática pouco divulgada nos serviços de saúde, mas que pode ser utilizada como ferramenta de trabalho, onde é o usuário final quem decide se incorpora ou não e o quê. A perspectiva é de uma abordagem que seja de oferecimento de possibilidades e não de imposição dessa outra lógica alimentar; o que iria de encontro a tudo que se discute enquanto cultura alimentar e hábitos alimentares, ou seja, ensinar o diferente como uma proposta de “construção de si”.

### 3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o caminho percorrido para construção do referencial que sustentou a pesquisa estabelecendo a relação entre as formas de pensar - apoiadas no conceito de *habitus* do sociólogo Pierre Bourdieu, e as maneiras de fazer - técnicas e ferramentas, situando também o “Projeto Terrapia”, para compreensão do objeto.

#### 3.1 *HABITUS*: UM RECURSO TEÓRICO NA FUNDAMENTAÇÃO DA ANÁLISE

Na produção de conhecimento científico, segundo Mattos (2011), é necessário fazer uso das contribuições teóricas de outros autores para estabelecer um diálogo com essas; seja de forma a concordar e utilizar de maneira análoga ou mesmo tecer críticas para que seja possível fazer emergir as próprias considerações. Deve-se acrescentar ainda que a possibilidade do contato e relação com outros pensamentos pode oferecer uma nova forma de enxergar o mesmo ao qual se olha.

Propõe-se um diálogo com alguns conceitos da teoria de Pierre Bourdieu, sociólogo francês, com o objetivo de lançar possibilidades para compreensão do fenômeno social específico aqui abordado, a reprodução das práticas de AV no SUS. Utilizou-se em especial, o *habitus*, para operar como suporte na observação das disposições futuras, nem sempre conscientes que habitam as práticas da alimentação viva. Vale salientar a diferença do termo hábito alimentar, onde este está reduzido ao alimento que se ingere em determinados momentos, em contraste com o conceito de *habitus*, que organiza na prática os projetos futuros e as memórias e histórias estruturantes e estruturadas (Carvalho, 2013).

Ainda que não se tenha a formação de sociólogo, procura-se partir de uma perspectiva sociológica para “construir uma explicação fundada sobre diferentes variáveis não percebidas pelos indivíduos. Assim sendo, [a] primeira tarefa será afastar essas ideias preconcebidas.” (Bonnewitz, 2003, p.29 - grifo do autor).

Bourdieu busca olhar elementos invisíveis nas relações dos homens em suas relações sociais e para estudar os mecanismos de funcionamento de diferentes partes do espaço social, fez sistematização com homólogos e antinômias desses elementos. Assim, situa elementos antes invisíveis - uma gênese social dos esquemas de percepção, pensamento e ação que constituem o que ele chama de *habitus* e também, as estruturas sociais que chama de campos.

Compreende dessa forma a existência das estruturas objetivas que independem da consciência dos agentes e são responsáveis pela orientação de suas práticas (Bourdieu, 2004). Indica que a compreensão desses elementos não depende dos extremos - sociedade ou indivíduo, material ou simbólico, empiria ou teoria, determinismo ou individualismo, estrutura ou ação, etc.- mas que as análises devem estar sensíveis às sutilezas entre esses extremos num cenário, segundo uma perspectiva relacional.

Deste modo, o *conhecimento praxiológico* de Pierre Bourdieu se faz na busca de superar a oposição entre o subjetivismo (que renega as condições objetivas) e o objetivismo (que não consegue explicar a relação entre a estrutura e ação dos agentes), que nas ciências sociais muitas vezes aparecem como inconciliáveis (Bourdieu, 2004). Propõe-se a conhecer as relações entre esses extremos, como engendramento das práticas: uma relação de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade (Bourdieu, 1983).

Para a pesquisa, utilizamos enquanto conceito central o *habitus*, como eixo que norteou a compreensão de um tipo de reprodução dessa alimentação viva do Terrapia na prática dos profissionais de saúde no âmbito do SUS no que concerne a alimentação viva. Sendo assim, propõe-se neste momento adaptar o conceito de *habitus* e assinalar as possibilidades de operacionalização do mesmo nesta pesquisa, tendo em vista outros conceitos que compõem e se articulam com este conceito central aqui proposto.

De acordo com Bourdieu, os agentes sociais no decorrer da vida percorrem uma trajetória que os fazem agir mediante tais processos socializadores, que são materializados enquanto *habitus*, ou seja, disposições para ação:

Toda trajetória social deve ser compreendida como uma maneira singular de percorrer o espaço social, onde se exprimem as disposições do *habitus*; cada deslocamento para uma nova posição, enquanto implica a exclusão de um conjunto mais ou menos vasto de posições substituíveis e, com isso, um fechamento irreversível do leque dos possíveis inicialmente compatíveis, marca uma etapa de envelhecimento social que se poderia medir pelo número dessas alternativas decisivas, bifurcações da árvore com incontáveis galhos mortos que representa a história de uma vida (Bourdieu, 1996, p.292).

O autor ao trazer a perspectiva relacional, coloca como espaço social um lugar de diferenças, que se compõe como um

conjunto de posições [sociais] distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também,

por relações de ordem, como acima, abaixo e entre”(Bourdieu, 2011b, p.18-19).

Dessa forma, foi possível o questionamento quanto ao momento e os sentidos que levaram os profissionais de saúde a se abrirem para esse novo gosto que é também um novo ‘saber’, bem como o que fazia sentido para eles na prática de AV no cenário do SUS. Ainda que as instituições de socialização primárias e secundárias não tenham oferecido a opção do alimento vivo, buscou-se compreender se os profissionais hoje adeptos desse estilo compartilharam os mesmos valores que os levaram a procurar tal forma de alimentação para incorporação em seu trabalho. Ancorados no pensamento de Bourdieu (2011b) podemos pensar que algo foi comungado no caminhar desses indivíduos pela sociedade, ainda que não de forma consciente, mas que através de um sistema de referências, se desenhou uma inclinação a, uma lei de sua direção e de seu movimento.

Bourdieu (2008) ao discutir o gosto, traz elementos invisíveis para o debruçar sobre esse universo que é a alimentação viva. Essas “novas” formas de preparar o alimento conferem um sabor diferente do que se apreendeu nas instituições sociais - família e escola, principalmente. O paladar está acostumado com o cozido, com o assado, com o frito, etc. e com a inserção da alimentação viva se abre um novo conceito de alimento e propriamente de gosto. Há uma construção do gosto de forma diferenciada daquela que foi apresentada primeiro, mas que pode ser entendida como uma retomada, nos termos de Bourdieu, onde alguns elementos se repetem e outros se ressignificam.

As trajetórias de vida de cada sujeito no meio social são para Bourdieu (2008), um elemento formativo do gosto, o que ele chama de gosto cultural. Olhar para alimentação viva à luz da teoria desse sociólogo, faz pensar que na história de vida do profissional que está incorporando esse tipo de alimentação em seu fazer cotidiano, houve um momento de tentativa de ruptura com um tipo de sociedade moderna que não lhe permitiu essa forma de enxergar a vida, o mundo, a natureza e muito menos o alimento vivo. Uma ruptura no sentido da resistência à opressão, do que “eu não aguento mais, não quero e não reconheço”. Uma necessidade de abrir um espaço para respirar fora do sistema convencional, ou mesmo não se domesticar nele, como se fosse possível escapar do mundo globalizado, como um projeto futuro de vida e liberdade: Será a alimentação viva uma prática libertadora do convencional para eles?

Para instrumentalizar a compreensão das disposições dos agentes sociais no universo da alimentação viva na interface com o serviço público, entendemos o *habitus* enquanto “esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolha de pessoas, de bens, de práticas” (Bourdieu, 2011b, p.21-22), e nos propomos a enxergar elementos centrais nas práticas alimentares dos agentes sociais no SUS que engendram disposições estruturadas no passado, que atuam no presente e implicarão no futuro, ainda que com toda sorte de modificação por estar em constante construção.

Pensar a vida hoje na cidade grande, no mundo globalizado, na era das novas tecnologias da informação e comunicação, na carga horária extensiva de trabalho, na correria do cotidiano e contrapor com os princípios dessa forma de alimentação, faz perceber que tais práticas são como afirma Bourdieu (2011b, p.22) “esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes”, pois podem indicar uma tomada de posição do sujeito na vida.

Bourdieu realça a ideia da diferenciação para conformação do *habitus*. O indivíduo é diferente porque existe uma comparação que permite evidenciar as distinções, onde

[...] só se torna uma diferença visível, perceptível, não indiferente, socialmente *pertinente*, se ela é percebida por alguém capaz de *estabelecer a diferença* – já que, por estar inscrito no espaço em questão, esse alguém não é *indiferente* e é dotado de categorias de percepção, de esquemas classificatórios, de um *gosto*, que lhe permite estabelecer diferenças, discernir, distinguir [...] (Bourdieu, 2011b, p.23 - grifo do autor).

Segundo o autor, a noção de *habitus* e de campo se constituem mutuamente, uma vez que o *habitus* sempre se faz num campo; de modo que os agentes sociais posicionados nesse microcosmos do espaço social atuam com uma autonomia relativa quando da relação com outros campos:

sem dúvida, os agentes constroem a realidade social; sem dúvida, entram em lutas e relações visando a impor sua visão, mas eles fazem sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição que ocupam no mesmo mundo que pretendem transformar ou conservar (Bourdieu, 1989, p.8).

Os campos são considerados por Bourdieu como espaços de luta entre os agentes sociais - que podem ser individuais, institucionais ou coletivos; de maneira que se confrontam tensões nas relações entre agente e campo, onde estes podem ocupar posições diferentes nos

campos, no limite, como dominados ou dominantes. Assim, entre os campos há espaço de disputas, onde se pode falar de "campo de poder" (Bourdieu, 2011b). No presente trabalho, percebemos que no campo da saúde existem núcleos de poder, forças em atuação e regras próprias, mas com autonomia relativa.

Bourdieu (2011b, p.26-27) entende o agente social como aquele que ocupa um espaço e uma posição na sociedade galgada por suas condições que são estruturadas e estruturantes no dia a dia em suas relações sociais e para ele “as classes sociais não existem [...]. O que existe é um espaço social, um espaço de diferenças, no qual as classes existem de algum modo em estado virtual, pontilhadas, não como um dado, mas como *algo que se trata de fazer*”. Dessa forma, esse foi mais um elemento que estivemos atentos para compor uma compreensão das práticas dos profissionais de saúde.

Os poderes sociais ou privilégios são para Bourdieu (2004), a capacidade de acumulação de capitais nas suas mais distintas variações: capital econômico, capital cultural, capital social, em suma, capital simbólico. Poder pensar os profissionais de saúde que tiveram a formação em alimentação viva no contexto do “Projeto Terrapia”, permite refletir a posição desses agentes no campo, construída com prestígio e capitais, se constituindo como elemento possível na análise. Para Bourdieu, o espaço social:

[...] está constituído de tal modo que os agentes que ocupam posições semelhantes ou vizinhas estão colocados em condições semelhantes e submetidos a condicionamentos semelhantes, e têm toda a possibilidade de possuírem disposições e interesses semelhantes, logo, de possuírem práticas também semelhantes (Bourdieu, 2004, p.155).

A ideia de capital simbólico que “[...] não é outra coisa senão o capital econômico ou cultural quando conhecido e reconhecido [...]” (Bourdieu, 2004, p.163), também se articula à compreensão da posição que o agente ocupa no campo. O capital simbólico confere ainda um poder simbólico, que é “um poder de fazer coisas com palavras” (Bourdieu, 2004, p.166), numa relação recíproca porque o poder é legitimado socialmente. O entendimento dos capitais em jogo é uma forma de qualificação dos *habitus* desses agentes nas práticas que serão analisadas.

A alimentação viva na prática dos profissionais de saúde então, pode ser vista enquanto um universo a ser explorado, um fenômeno social a ser compreendido. A teoria de Pierre Bourdieu nos oferece suporte para tal compreensão, sendo instigante e motivador poder

olhar para a realidade através de suas categorias de análise e enxergar o que não se vê à primeira vista. É como colocar um óculos; e daí em diante ver clarear, ver desembaçar, ver um novo mundo – o mesmo ainda; só que visto de outra forma.

### 3.2 TIPO DE ESTUDO

É um estudo que busca compreender a inserção da alimentação viva na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS; a partir da perspectiva dos próprios profissionais.

O presente estudo, quanto aos objetivos, se caracteriza como pesquisa exploratória uma vez que esta se desenvolve com intuito de proporcionar uma visão geral do fenômeno, quando a temática escolhida ainda não foi explorada o bastante, e no caso específico, o estilo vivo de alimentação tem se mostrado um fenômeno recente relevante nos modos de alimentação contemporâneos; de forma que pretende contribuir para o aprofundamento de questões; ou seja, busca proporcionar maior familiaridade com o problema e inclui levantamento bibliográfico e entrevistas (Gil, 1999).

É o tipo de problema e os objetivos da pesquisa que influenciam a escolha da abordagem metodológica (Martins, 2004), assim, utilizou-se a abordagem qualitativa que, segundo Minayo e Sanches (1993) permite a apreensão de um fenômeno específico a partir dos sujeitos que nele estão inseridos, trabalhando com os significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressam pela linguagem comum e na vida cotidiana.

Richardson (1999, p.80) acrescenta que "os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais". De acordo com Martins (2004, p.292), é comum na metodologia qualitativa a “análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais” onde “a preocupação básica do cientista social é a estreita aproximação dos dados, de fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la”.

Dessa forma, não se preocupa com a generalização, uma vez que tem como característica o estudo em amplitude e profundidade. A validade dessa abordagem está

sustentada pela característica dialógica estabelecida entre o referencial teórico e o que emerge dos dados empíricos (Martins, 2004).

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA E SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O estudo foi realizado a partir da perspectiva de profissionais de saúde que tiveram a formação no alimento vivo através do Seminário de Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Meio Ambiente do “Projeto Terrapia” da ENSP/Fiocruz e que atuam/atuaram no serviço público de saúde. A escolha por esses profissionais se deu porque, na pesquisa qualitativa se pretende “compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes” (Godoy, 1995, p.63).

Assim, os critérios de inclusão para a seleção foram: ter formação em alimentação viva pelo “Projeto Terrapia” (dentro do período de 1997 a 2013) e atuar ou ter atuado como profissional de saúde em um serviço público de saúde. Foram excluídos da seleção: profissionais de saúde que fizeram formação no “Projeto Terrapia” mas que nunca desenvolveram ações de intervenção em saúde no campo da saúde pública (ex: atuação no setor administrativo); profissionais de saúde que fizeram formação no “Projeto Terrapia” que atuam e/ou atuaram exclusivamente no serviço privado de saúde.

Importa realçar que não se pressupôs que houvesse uma transposição do que foi aprendido no “Projeto Terrapia” para a prática dos profissionais, mas que existe e/ou existiu uma resignificação desse aprendizado no fazer cotidiano do serviço desses sujeitos. Dessa forma, o presente estudo não foi uma avaliação do que se transfere da formação à ação; porém uma tentativa de compreender os processos pelos quais se dá a interface da alimentação viva com o SUS, por meio desses atores, pois:

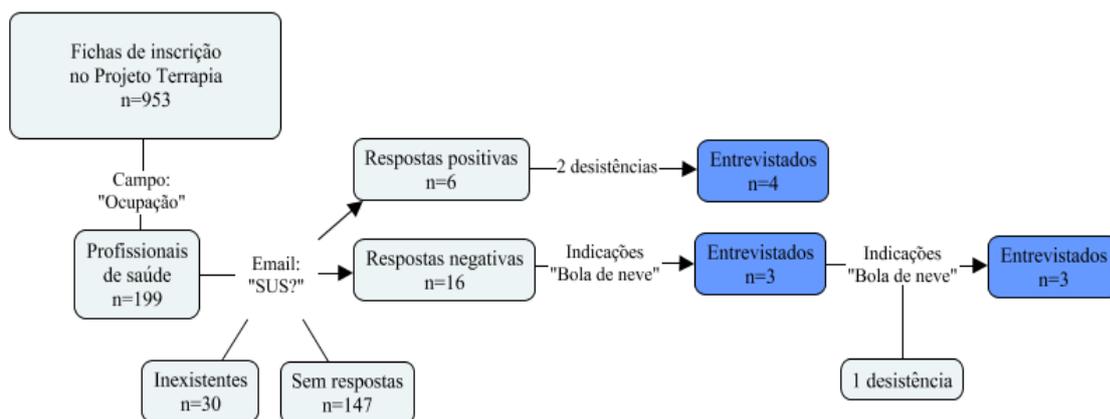
El método cualitativo ha revalorizado al ser humano concreto como objeto central de análisis, en contraste con las excesivas abstracciones y la deshumanización del cientificismo positivista de períodos anteriores. Lo que interesa es ele mundo social en el que participa el sujeto, el mundo de significaciones en donde el mismo interviene, llenando los significados con su experiencia personal. No solo recibimos determinaciones sociales sino que los sujetos son capaces de manifestarse de diversas maneras posibles e indeterminadas (Navarrete, 2004, p.279).

A escolha desses profissionais esteve alicerçada no entendimento que ninguém melhor do que eles para responder tais questões, uma vez que foram esses os agentes sociais que vivenciam e/ou vivenciaram tal experiência, na qualidade de protagonistas. A compreensão dessas intenções e práticas só faria sentido então, na análise do implícito nessas vozes.

Para selecionar os profissionais de saúde, houve dois caminhos trilhados. O primeiro, no mês de fevereiro de 2015, a pesquisadora foi à sede do “Projeto Terrapia” para fazer a busca destes, através da Ficha de Inscrição dos Seminários em Alimentação Viva (Anexo) que foi implantada no Projeto desde 2010. Dessa forma, foram consultadas 953 fichas referentes ao período de 2010-2013 onde se buscou o campo “ocupação”<sup>8</sup> para identificação dos profissionais de saúde. Para estes, foi enviada por email uma carta-convite (Apêndice A) onde foi exposta a proposta da pesquisa, a descrição dos critérios de inclusão e o convite para participação da entrevista. Ainda que não tenha sido colocada a observação da possibilidade de indicação de conhecidos que se encaixem no perfil requisitado, tal situação ocorreu de maneira natural.

E assim, o segundo caminho foi através do “método bola-de-neve” apresentado por Goodman (1961), que por meio de um recrutamento inicial permite a indicação de outros indivíduos para participarem da pesquisa (Figura 1). É um método utilizado quando existe uma população oculta e há necessidade de conhecimento dessas pessoas. Assim, aos que foram recrutados pela Ficha de Inscrição, chamados então de "sementes" (primeiros que satisfizeram os critérios de inclusão) indagou-se sobre o conhecimento e possível indicação de outros membros, chamados de "filhos" ou frutos, porque derivaram das sementes.

Figura 1 – Percurso de busca dos profissionais de saúde, 2015



Fonte: A autora, 2016.

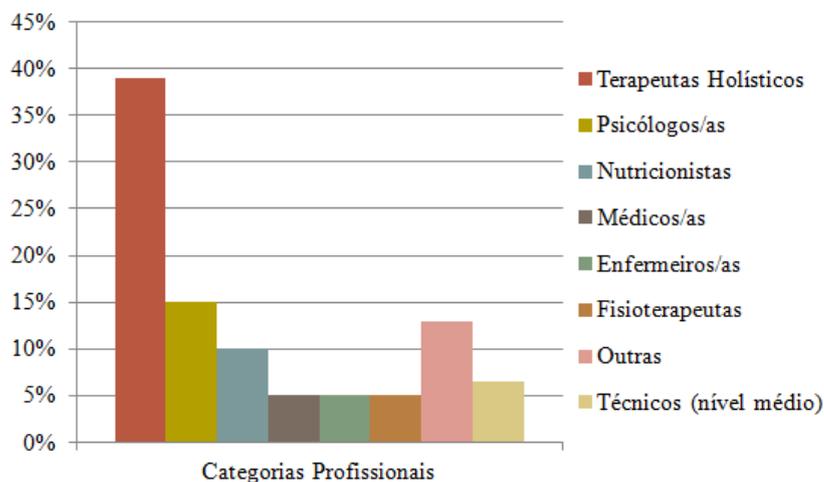
<sup>8</sup> Para esta pesquisa foram considerados profissionais de saúde aqueles que trabalham com saúde independente da escolaridade.

Mediante essa primeira seleção, foi possível realizar um breve estudo transversal de caráter descritivo para o mapeamento das categorias dos “profissionais de saúde” inscritos no “Projeto Terrapia” no período mencionado onde os dados foram trabalhados a partir da análise estatística descritiva (frequências), apresentado na Figura 2.

Dos 953 inscritos, 199 foram categorizados quanto a ocupação em “profissionais de saúde”, o que corresponde a cerca de 21% o que já denota que o próprio curso do “Projeto Terrapia” não tem um público voltado para atuação em saúde ainda que este esteja dentro da Escola Nacional de Saúde Pública. Desse percentual, observou-se que a maior demanda foi dos terapeutas holísticos (39%) o que indica que os profissionais de saúde que mais tiveram interesse nessa formação, já tinham uma proximidade anterior com uma abordagem integrativa da saúde. Os psicólogos (15%) ficaram em segundo lugar, seguido dos nutricionistas (10%); fato curioso, visto que a temática trabalhada nessa PIC é inicialmente a alimentação. Médicos, enfermeiros e fisioterapeutas corresponderam a aproximadamente 5%, respectivamente.

As “outras” categorias de profissionais como farmacêuticos, dentistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, agentes comunitários de saúde e educadores físicos também foram encontradas, mas sozinhas não ultrapassaram 4% e por isso foram agrupadas representando 13% das inscrições. Os técnicos de nível médio da área da saúde (técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e técnicos de saúde e segurança do trabalho) representaram 6,5% dos participantes.

Figura 2 – Porcentagem de categorias profissionais inscritas nos Seminários de alimentação viva do “Projeto Terrapia”, 2010 a 2013



Fonte: A autora, 2016.

As categorias tradicionalmente presentes no Sistema Único de Saúde aparecem como as que menos demandaram a formação em AV, sendo os “terapeutas holísticos” os mais interessados. Uma questão se colocou: o menor interesse por parte dos profissionais do serviço está relacionado à pouca oferta de PICs no SUS ou há pouca oferta pelo reduzido número de profissionais formados em PICs? Esse encontro numérico inicial corroborou com o aprofundamento da pesquisa onde são ressaltados aspectos qualitativos da relação: formação, serviço e oferta de PICs no SUS.

### 3.3.1 O “Projeto Terrapia”: um lugar de formação

Entendemos que a apresentação um pouco mais aprofundada desse Projeto é importante, pois a compreensão deste se configura como um primeiro passo para identificação de códigos e práticas que serão um guia para a compreensão dos discursos dos profissionais. É imperativo e rigoroso dizer também que a minha visão esteve composta desta referência para análise, uma vez que também tive a experiência nessa modalidade de formação em 2015.1.

Para o presente estudo, o “Projeto Terrapia” representa o lugar de formação dos profissionais de saúde no alimento vivo, sendo parte do recorte do desenho do estudo e a eleição deste se deu justamente por ser uma referência nacional para o aprendizado da alimentação viva e que é também, orientado para a saúde, sendo uma formação voltada para reprodução na vida cotidiana, um cuidado primário, ou seja, anterior ao adoecimento porque entende este como uma forma de não realização de nossa vitalidade, uma dissolução dessa energia no comer moderno *fast food*.

O “Projeto Terrapia: Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Ambiente” está como parte integrante das ações de promoção da saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF)/ENSP-FIOCRUZ, onde Maria Luiza Branco Nogueira da Silva (médica psiquiatra aposentada do CSEGSF) é a idealizadora e hoje atua apenas como voluntária. Deve-se ressaltar a sustentabilidade temporal que este Projeto vem acumulando, uma vez que acontece desde 1997 com um cardápio de oficinas, cursos e seminários gratuitos e que apesar do seu formato ter estado em constante transformação ao longo dos anos, a essência permanece: a divulgação do alimento vivo.

O “Projeto Terrapia” tem suas ações conduzidas pelos próprios usuários, que são chamados de Grupo Terrapia, acompanhados pelo CSEGSF. Os participantes assíduos fundaram em 2009 a Associação Terrapia para que houvesse regulamentação das atividades,

sem que o movimento de solidariedade e informações gratuitas tivesse alteração e, tem como presidente Geraldo Pereira Guimarães. Desde 2010 a ENSP/Fiocruz assinou um termo de compromisso com a Associação no intuito de manter as atividades básicas e ampliar para outros espaços (Projeto Terrapia, 2014).

É através da preparação de sementes germinadas e brotos, do incentivo à culinária viva, de conversas sobre ecologia, meio ambiente e hábitos de vida, que o Projeto desenvolve sua proposta. Estimula o conhecimento acerca do alimento vivo através da própria experimentação, por entender cada indivíduo como pesquisador do próprio corpo (Projeto Terrapia, 2014).

As experiências do Terrapia são divulgadas e tem comunicação com a comunidade interna e externa no que eles chamam "Livro Vivo", que é o site do Projeto, com o objetivo de auxiliar aqueles que não têm a possibilidade de frequentá-lo e querem experimentar o alimento vivo: "Chamamos de Livro Vivo a essas páginas que constantemente nascem e caem de acordo com as "estações" do grupo. Como é Vivo, cresce na medida em que compartilhamos nossa experiência cotidiana." (Projeto Terrapia, 2014).

Como metodologia do Projeto, até o primeiro semestre de 2014, as atividades oferecidas foram: a) Grupo de Recepção - com intuito de apresentar o Terrapia e demonstrar o suco de clorofila, sem necessidade de inscrição; b) Seminários de Alimentação Viva na Promoção da Saúde e Ambiente - curso semestral onde as inscrições são feitas no primeiro dia no próprio local; c) Oficinas de Culinária Viva - onde tem produção de sementes germinadas e brotos, preparo do suco de clorofila e de refeições "vivas" bem como da compostagem dos resíduos e ainda conversas sobre auto-cuidado e meio ambiente. As senhas de participação para quaisquer atividades são: sementes germinadas ou brotos; não se aborrecer; conversar sobre saúde e compartilhar experiências com sementes e deixar a dor e o sofrimento antes do portão (Projeto Terrapia, 2014).

A partir do segundo semestre de 2014, as modalidades de cursos do Terrapia foram reorganizadas de maneira que o Grupo de Recepção e as Oficinas de Culinária Viva foram agregados em Oficinas Criativas de Introdução à Alimentação Viva, sendo dois dias na semana; os Seminários foram denominados Cursos de Alimentação Viva Terrapia; e houve a incorporação de dois outros formatos como uma ampliação do escopo do Projeto: Metodologia do Projeto Social Terrapia Módulos – consiste na formação sobre o próprio projeto e suas bases, com participação em eventos educativos e técnico-científicos e ainda, o

Curso de Culinária Viva Avançado Módulos – que propõe um aprofundamento sobre a alimentação viva, tanto no histórico quanto nas práticas culinárias dos tipos: regional, desintoxicante, gourmet, para crianças, para festas, dentre outras (Projeto Terrapia, 2014).

Em um trabalho de observação direta e descrição densa, Santos (2012) observou e descreveu que o “Projeto Terrapia” acontece dentro do campus de Manguinhos, fora do CSEGSF, com uma aparência simples, porém com atenção para o cuidado, a estética e as informações. Existem cartazes pendurados com temas relativos à alimentação viva e muitas plantas. As refeições são realizadas em uma única mesa longa, há uma "cozinha" (sem fogão, chamada então de "cruzinha"); há uma área com pias para lavar utensílios e alimentos, sala de apoio e banheiros (chamados "casa das águas"). Alguns itens são disponibilizados (DVS, livros e material para preparar alimentos) com um caixa de doações ao lado onde tem o valor sugerido e se faz em confiança. Existem muitas árvores e plantas no espaço externo e é lá que também se encontram a composteira, o mudário, a horta e o brotário.

Em um outro estudo, Reis e Vianna (2004, p.703) propuseram e analisaram indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde tendo como caso o CSEGSF, a partir de questionários aplicados em entrevistas com trabalhadores e usuários. O Projeto foi citado como tendo contribuição em três indicadores: “Todos reconhecem que o CSEGSF tem uma **gestão participativa** [...] Como exemplo, ainda foram citados os grupos que têm uma gestão participativa direta do usuário, como Terrapia [...]”.

Outro indicador “Participação para o desenvolvimento ambiental saudável e auto-sustentável”:

A questão do desenvolvimento não é amplamente percebida pela maioria dos entrevistados, considerando não terem identificado ações que trabalhassem com a temática (61%). Do universo de entrevistados, 28% apontaram o Projeto Terrapia como tendo preocupação com o meio ambiente, correspondendo a 71% dos que responderam sim ao cumprimento deste indicador. Cabe esclarecer que este Projeto pertence ao NUPNS [Núcleo de Práticas Naturais em Saúde] e estimula a prática de cuidado consigo, com a alimentação e com o meio ambiente a partir da produção e consumo do alimento vivo em horta experimental (Reis e Vianna, 2004, p.704).

No indicador “Contribuição para mudanças de estilo de vida”, a grande maioria dos entrevistados (89%) ressalta a contribuição do CSEGSF para mudanças de estilo de vida dos seus usuários, e aí também o Projeto Terrapia é referido: “Em igual proporção (22%) mencionaram: nutrição, **alimento vivo/Terrapia**, atividade corporal e Camelô Educativo/DST/AIDS” (Reis e Vianna, 2004, p.705 – grifo nosso).

Na conclusão desse estudo sobre o CSEGSF como promotor ou não de saúde; foi apontado que o mesmo se distingue de outros núcleos de atenção primária, mesmo de saúde da família pela incorporação da intersetorialidade e da oferta de práticas diversas onde aí o Terrapia foi incluído, de forma que está no caminho para ser um centro promotor de saúde (Reis e Vianna, 2004, p.707).

Quanto à dinâmica das práticas educativas, Santos (2012) aponta a preparação coletiva como marca destes, uma vez que o preparo das refeições, o agradecimento, as próprias refeições e as tarefas domésticas acontecem tudo coletivamente. Ressalta que o agradecimento ao término da preparação do dia é feito em roda, com todos os participantes onde cantam em guarani "Tembiu porã, aguijeveté!", que quer dizer "Alimento bonito, agradecido!".

Carvalho (2013, p.98) também realça tal aspecto de sociabilidade e traz que ao visitar o Terrapia observou simbolismos e bricolagens que dizem respeito à cultura indígena e cita uma situação particular, de festa, onde numa apresentação percebeu "[...] o ritmo semelhante aos cantos indígenas, evocados em rodas, com frases musicais curtas e muito repetidas, numa espécie de homenagem à Natureza" e também evidencia a questão do agradecimento: "[...] gostaríamos de ressaltar uma disposição para o agradecimento presente nesses cantos – ninguém tocava no alimento antes de acabar a música".

Assim, Santos (2012) destaca que a saúde é um apenas um dos objetivos da alimentação viva, o que é percebido também por Carvalho (2013, p.97) quando coloca que esse tipo de alimentação "[...] desenvolveu uma crença na cura, na capacidade do ser humano de reagir ao adoecimento, o que implica, [...] uma resistência ao que o mundo faz com o homem, pois o "vivo é aquilo que o mundo moderno não faz" e sublinha que outras dimensões de cunho subjetivo, afetivo, ritual e estético estão presentes em igual importância.

Egressos realizam trabalho com alimento vivo das mais variadas formas. Muitos por conta própria começam a dar cursos em casa ou em outros locais, alguns desenvolvem trabalho voluntário em ONGS, outros começam a vender alimento vivo, dentre tantos outros desdobramentos. Porém, para o estudo se propõe a busca de profissionais de saúde que participaram da formação em alimento vivo através da proposta do Projeto e que tenham prática profissional no SUS.

Santos (2012) aponta enquanto difícil a aceitação de uma culinária crua como estratégia de políticas e o presente trabalho propôs-se a dialogar com tal afirmação, ao buscar entender pelos profissionais de saúde como se dá/se deu a incorporação dessa prática no serviço de saúde. Ainda que aconteça de maneira “tímida” no interior dos serviços do SUS, é o que o estudo pretendeu conhecer e compreender. A autora em seguida aponta um exemplo:

[...] um médico que transformou sua prática profissional, em parte devido ao contato com o Projeto Terrapia: "trocou o microscópio pelo liquidificador", ao passar a trabalhar como clínico, no Programa de Saúde da Família, [...], utilizando a alimentação viva com seus pacientes (Santos, 2012, p.113).

São experiências de cunho semelhante que foram exploradas para buscar compreender como ocorrem e/ou ocorreram e deve ser realçado aqui que o “Projeto Terrapia” constituiu uma forma de busca desses profissionais, não sendo a única forma de propagação da alimentação viva.

### 3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Para a realização da pesquisa, as fontes de informação primárias foram construídas a partir da técnica de entrevista em profundidade, realizadas com os profissionais de saúde. As fontes secundárias foram materiais educativos utilizados no “Projeto Terrapia” com relação ao alimento vivo. E mais, para se obter informações quanto a temática foi imprescindível a utilização da pesquisa bibliográfica.

#### 3.4.1 Pesquisa bibliográfica

Para Boni e Quaresma (2005), o ponto inicial de uma investigação científica deve estar baseado em um levantamento de dados e para tanto é necessário, num primeiro momento, que se faça uma pesquisa bibliográfica. Essa se configura como um apanhado dos principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema e que têm importância pela capacidade de fornecer dados relevantes (Luna, 1999).

#### 3.4.2 Entrevista em profundidade

É uma técnica qualitativa que permite a flexibilidade de resposta por explorar um assunto a partir das percepções e experiências do entrevistado que serão analisadas e apresentadas de maneira estruturada; busca a subjetividade e intensidade das respostas. Para a pesquisa em questão, que tem um caráter exploratório, as entrevistas em profundidade são de

grande relevância, porque permitem a ampliação dos conceitos do fenômeno escolhido para análise por meio da visão dos atores imbricados, o que faz deste um instrumento de troca “em que a experiência, visão de mundo e perspicácia do entrevistador afloram e colocam-se à disposição das reflexões, conhecimento e percepções do entrevistado” (Duarte, 2006, p.82).  
 Afinal,

el término entrevista alude ya por sí mismo a un proceso interaccional, entrevistar, por su etimología viene de ‘inter’: entre y ‘visto(a)’, que a su vez se deriva de ‘vis(i)tum’ y que tiene conexión tanto con las acciones de ver como con las de visitar. Podríamos decir que entrevistar es un «ver entre dos» o un «visitar para interaccionar» (Campo, 2004, p.359).

As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas, com base em roteiro-guia (Apêndice B). É ressaltado por Boni e Quaresma (2005) que esse tipo de entrevista permite que o informante discorra sobre o tema proposto a partir de questões definidas anteriormente pelo pesquisador, porém, na hora o desenrolar se assemelha a informalidade de uma conversa. Os autores ainda pontuam sobre a necessidade de o entrevistador estar atento para condução da entrevista e possibilidade de fazer perguntas adicionais para esclarecimentos do que não ficou nítido, o que muitas vezes aconteceu.

Somente após a apreciação do projeto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, foi realizada a primeira entrevista como “pré-teste”. Esta serviu para ajustes necessários no roteiro-guia, que foi incorporada ao conjunto.

Para a pesquisa, foram realizadas ao todo 10 (dez) entrevistas com profissionais de saúde, das quais apenas 9 (nove) foram analisadas. Ocorreu que na ocasião da décima entrevista, percebeu-se que a entrevistada não preenchia integralmente os critérios de inclusão, pois havia participado de forma diferenciada no “Projeto Terrapia”, na posição de coadjuvante do processo de construção do Projeto e não na qualidade de “aluna”. Dessa forma, embora tenha trazido informações importantes sobre a constituição do Projeto, a experiência dela não contribuía para a resposta aos objetivos, sendo também um olhar que destoava dos demais, justo porque não cumpre o critério de inclusão e tal característica, inviabilizou a incorporação da mesma.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente e realizadas no período de abril a junho de 2015 pela própria pesquisadora, em local escolhido pelo próprio participante: residência, trabalho ou instituição pública de ensino (Escola Nacional de Saúde Pública -

ENSP e Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ), de forma a garantir a privacidade do participante e a confidencialidade das informações. Duas entrevistas foram realizadas via Skype já que esses entrevistados residem fora do estado do Rio de Janeiro, e para estes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado por email e também lido antes do início das entrevistas que somente foram iniciadas após a concordância explícita por meio da assinatura dos participantes.

Mediante consentimento do participante, as entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital Sony ICD-P620 e tiveram duração média de 71,5 minutos com variação de 37 a 97 minutos. Todas as entrevistas foram posteriormente transcritas pela própria pesquisadora e o resultado desse processo constituiu o material de análise.

Três profissionais de saúde (um agente de vigilância em saúde, uma técnica de enfermagem e uma nutricionista) que preenchiam os critérios de inclusão e haviam manifestado interesse em participar da pesquisa, não chegaram a realizar a entrevista por desistência expressa ou cessão de contato com a pesquisadora sem aparente explicação.

### 3.5 PROPOSTA DE ANÁLISE

#### 3.5.1 **Análise de conteúdo temática**

As entrevistas são entendidas como necessárias à construção dos dados qualitativos da pesquisa e para que houvesse continuidade desse processo, foi necessário um debruçar-se sobre o material em questão numa perspectiva analítica para compreensão do mesmo. Para tanto, se reconhece que uma abordagem de cunho quantitativo não se prestaria aos objetivos propostos, de forma que seria incoerente a escolha de uma técnica de análise que apenas evidenciasse tais parâmetros.

Assim, para o presente estudo propôs-se enquanto técnica de análise uma adaptação da Análise de Conteúdo que prioriza a modalidade Temática e não está fundamentada em padrões numéricos como concebida inicialmente (Bardin, 2011; Minayo, Deslandes, Gomes, 2008). Bardin define a análise de conteúdo como um

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p.48).

Para Minayo, Deslandes, Gomes (2008) tal definição aponta avanços como o reconhecimento da existência de outra técnica para análise de conteúdos, a possibilidade desta se dar por meio da perspectiva qualitativa e ainda que, o uso de inferências parte do que está explícito na comunicação para alcançar o que está além da mensagem e das aparências. Nessa perspectiva,

os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (Minayo, 2006, p.307).

Essa foi a perspectiva trabalhada nesse estudo; uma vez que se entende que “a análise de conteúdo pode ser uma análise dos ‘significados’ (exemplo: a análise temática)”(Bardin, 2011, p.41). Para Bardin (2011, p.135), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Na análise temática, o tema é o elemento central e pode ser apresentado por meio de uma palavra, frase ou resumo. Este é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de valores, de atitudes, de tendências, de crenças, dentre outras. Os temas são, frequentemente, tomados como a base para análise das respostas às questões abertas em entrevistas individuais. Neste tipo de análise, é importante também a compreensão do contexto do qual faz parte a mensagem que se analisa (Minayo, Deslandes, Gomes, 2008; Bardin, 2011).

Enquanto procedimentos metodológicos para a análise de conteúdo nesta pesquisa, a partir da pesquisa qualitativa, foram tomados como referência os propostos por Minayo, Deslandes, Gomes (2008) e Bardin (2011), onde se destacam a categorização (reunião de um conjunto de elementos sob um título genérico), a inferência (dedução lógica a partir do material analisado), a descrição (características do texto após tratamento analítico) e interpretação (significação das características com respaldo na literatura) – que não necessariamente aconteceram sequencialmente.

Percorreu-se para a análise de conteúdo temática, a seguinte trajetória: transcrição do material empírico; leitura "flutuante"<sup>9</sup>, exaustiva e impregnante<sup>6</sup>; definição do corpus de análise; identificação de temas (posteriores à análise; alguns já definidos no roteiro semi-estruturado); identificação das categorias empíricas associadas aos temas; descrição dos núcleos de sentido; descrição textual; realização das inferências; interpretação tendo como suporte a literatura (utilização do referencial teórico adotado); elaboração de redação que expressa diálogo do material empírico com a literatura (Minayo, Deslandes, Gomes, 2008; Bardin, 2011).

### 3.5.2 Categorias de análise

Para o presente trabalho foram consideradas tanto a categoria de análise conceitual quanto as empíricas. Estão relacionadas e são dependentes uma da outra então, a categoria conceitual - que refere-se àquela trazida do referencial teórico para condução da análise, de forma mais geral, da percepção e interpretação dos dados construídos a partir do campo de pesquisa; com as empíricas - que estarão como resultado das análises das experiências relatadas, ou seja, surgiram de impressões das entrevistas permitindo captar a singularidade na fala dos participantes.

A categoria conceitual central adotada foi o *habitus*, uma vez que serviu como um recurso que pode dar visibilidade a elementos simbólicos envolvidos nas práticas dos profissionais de saúde; entendidos como elementos constituintes e estruturantes de um sistema de disposições duráveis, que funciona como princípio gerador de práticas que se apresentam como pensamentos, modos de percepção, expressões e impressões, que indica a trajetória social sendo produto da história e marcador das tomadas de posição dos agentes sociais no campo delimitado para a pesquisa (Bourdieu, 2011a).

Assim, as categorias de análise construídas com o *habitus* estarão descritas e aprofundadas no capítulo seguinte, pois entendemos que elas são produto da dissertação quando o conceito é cunhado ao longo do tempo, no campo, contextualizado, e nós o revisitamos para redimensionar essa potência de fundamentação. Então nesse sentido, consideramos as categorias um resultado de pesquisa, não porque ela se fez na análise de

---

<sup>9</sup> Os termos "leitura flutuante" e "leitura impregnante" são próprios da Análise de Conteúdo e se referem ao primeiro contato com o material empírico e ao exercício inicial de interpretação, respectivamente, no intuito de analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (Bardin, 2011).

conteúdo, mas porque ela está totalmente construída com a matéria-prima dessa técnica de análise.

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em cumprimento aos aspectos éticos, todos os informantes foram esclarecidos quanto à natureza, os objetivos da pesquisa, os possíveis riscos e benefícios; da participação facultativa, ou seja, não obrigatória; sobre a possibilidade de, a qualquer momento da pesquisa e por quaisquer motivos, poderem se retirar e ainda, do cunho confidencial das informações obtidas caso assim eles desejem. Aos informantes foi solicitada a participação voluntária e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) elaborado conforme a resolução nº 466/12 que diz respeito à ética em pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ com número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 40158114.0.0000.5240.

## 4 UMA ESTRATÉGIA COMPREENSIVA

Neste capítulo estão os resultados e discussões da pesquisa, organizados de maneira que a primeira parte caracteriza e situa os profissionais de saúde entrevistados no campo de modo a compor as análises, e as possibilidades de compreensão que lançamos aparecem em seguida dispostas por meio das categorias de análise construídas.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde selecionados apresentam como característica comum a formação em alimentação viva pelo “Projeto Terrapia” e atuação vigente ou pregressa no serviço público de saúde; os quais foram os critérios de inclusão da pesquisa. Dessa forma, encontrou-se um grupo de estudo diverso onde os agentes são múltiplos e muitas vezes com distintas formações.

A idade média dos entrevistados foi de 51 anos, variando de 32 a 62 anos; sendo sete dos entrevistados do sexo feminino (78%) e dois do sexo masculino (22%). Em relação ao estado civil, cinco (55,5%) dos entrevistados(as) se apresentaram como “casados(as)”, enquanto as demais foram: uma “divorciada”, uma “viúva”, um “solteira” e uma em “união estável”. O tempo decorrido desde a formação profissional<sup>10</sup> variou de 4 à 40 anos, sendo que quatro tiveram formação em instituição pública (44,5%), quatro em instituição privada (44,5%) e um entrevistado não apresenta formação técnica na saúde (11%), uma vez que a profissão de Agente Comunitário de Saúde não apresenta essa exigência.

Como o critério de inclusão abriu a possibilidade para aqueles que já tiveram atuação no serviço público de saúde num momento anterior, quatro profissionais na ocasião da entrevista já estavam aposentados (44%) e tinham alguma ocupação que variou entre voluntariado e/ou prática particular, enquanto que cinco entrevistados tinham atuação vigente no SUS (56%), sendo que uma destas estava na posição de acadêmica de medicina numa Clínica da Família no Rio de Janeiro.

De forma a preservar a identidade dos profissionais, os mesmos estão nomeados por pseudônimos que são nomes de sementes utilizadas na alimentação viva, já que na fala de um

---

<sup>10</sup> Como muitas vezes os agentes apresentaram múltiplas formações em áreas distintas, a formação profissional considerada corresponde à primeira formação na área da saúde.

dos entrevistados: “[...] é o primeiro passo pra entrar na alimentação viva, você tem que saber sobre sementes se não você não faz alimentação viva.” (Girassol).

Tais características estão detalhadas abaixo (Quadro 1) apresentadas como: idade, sexo, estado civil, formação/especialização/ocupação profissional, natureza da instituição, tempo de formação e vínculo atual com o SUS.

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados, 2015

Pseudônimo	Idade (em anos)	Sexo	Estado civil	Formação/Especialização/Ocupação Profissional	Natureza da instituição	Tempo de formação (em anos)	Vínculo atual com SUS
<b>Linhaça</b>	62	F	Casada	Graduação, Mestrado e Doutorado em Computação Graduação em Medicina Residência em Saúde da Família e Comunidade	- Privada -	- 4	Médica (RJ)
<b>Quinoa</b>	56	F	União estável	Graduação em Medicina Residência em Ginecologia e Obstetrícia Especialização em Medicina Chinesa	Pública - -	32 -	Aposentada (RJ)
<b>Aveia</b>	59	F	Divorciada	Auxiliar de Enfermagem Técnica em Enfermagem e Fisioterapia Acupunturista e Shiatsu terapeuta	Pública - -	40 -	Aposentada (RJ)
<b>Castanha</b>	34	F	Solteira	Graduação em Psicologia Mestrado em Psicanálise Acadêmica de Medicina	Pública - -	10 -	Acadêmica (RJ)
<b>Chia</b>	72	F	Viúva	Curso Médio em Contabilidade Auxiliar de Enfermagem Graduação em Fonoaudiologia e Psicologia	- Pública -	- 40 -	Aposentada (RJ)
<b>Painço</b>	54	M	Casado	Graduação em Medicina Residência em Cirurgia Geral Mestrado e Doutorado em Medicina	Pública - -	30 -	Médico (SP)
<b>Alfafa</b>	32	F	Casada	Graduação em Nutrição Especialização em Saúde Coletiva, Nutrição Funcional e Fitoterapia Mestrado em Saúde Coletiva	Pública - -	10 -	Nutricionista (SC)
<b>Girassol</b>	41	M	Casado	Técnico em Eletrônica e em Telefonia Educador Popular em Capoeira e Dança Agente Comunitário de Saúde	- - -	- - -	Agente Comunitário de Saúde (RJ)
<b>Amêndoa</b>	50	F	Casada	Graduação em Terapia Ocupacional Especialização em Saúde Mental e Psicomotricidade	Privada -	20 -	Terapeuta Ocupacional (RJ)

Fonte: A autora, 2016.

## 4.2 A CONSTRUÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE COMPREENSÃO

A partir da análise das entrevistas, foi possível encontrar a existência de uma multiplicidade de visões e entendimentos acerca do universo da alimentação viva para os profissionais de saúde entrevistados, compreender como cada ponto de vista influencia a possibilidade de adequação deste estilo na vida e, mais precisamente na incorporação ou não da mesma na sua atuação no serviço público de saúde.

Para Bourdieu (2004, p.157), os pontos de vista são visões tomadas a partir da posição do agente no espaço social, ou seja, “a visão que cada agente tem do espaço depende de sua posição nesse espaço”. Os resultados aqui apresentados não estão comprometidos em apresentar uma verdade única sobre o tema, mas abrir espaço para a discussão e evocação desses diálogos.

Esse trabalho tem um alcance definido e limitado, pois fala do grupo em questão; onde a generalização e inferências para outros contextos não são possíveis. Importa deixar marcado também que o que está aqui exposto é uma forma de enxergar e uma forma de fazer falar os sentidos e significados apreendidos do material recolhido no exercício de conversa com o referencial teórico e assim, não se pode desconsiderar a existência da subjetividade que está imbuída em quem olha.

O que cada pessoa seleciona para “ver” depende muito de sua história pessoal e principalmente de sua bagagem cultural. Assim, o tipo de formação de cada pessoa, o grupo social a que pertence, suas aptidões e predileções fazem com que sua atenção se concentre em determinados aspectos da realidade, desviando-se de outros (Lüdke e André, 1986, p.25).

Por compreender que o *habitus* se coloca como presente conversa com passado e com futuro, sendo “ao mesmo tempo um sistema de esquemas de produção de práticas e um sistema de esquemas de percepção e apreciação das práticas” (Bourdieu, 2004, p.158) utilizamos a conceituação para contribuir como sustentação na análise – um conjunto de argumentos e fundamentos ilumina elementos naturalizados no senso comum. O conceito se organiza no senso comum, mas não perde sua estrutura na complexidade e diversidade deste. Identificar as estruturas existentes e os esquemas de percepção em interação com os profissionais de saúde no processo de incorporação ou não da alimentação viva no serviço público de saúde, e ainda, de elementos simbólicos que orientam o estilo e a dietética da alimentação viva, foi a nossa tarefa.

Por entender que o conceito pode operar como uma ferramenta na análise, sendo um núcleo denso de racionalidade que organiza os elementos simbólicos numa forma de compreender a realidade complexa, o *habitus*, nos termos de Bourdieu, pôde operar como um guia ou um fio condutor. Neste caso, partimos do entendimento que há uma articulação de experiências passadas nas trajetórias sociais dos sujeitos com as disposições futuras que se dá na prática de modo concatenado.

Pudemos encontrar a partir dos discursos dos agentes entrevistados características comuns que puderam ser ao mesmo tempo agrupadas e classificadas em categorias analíticas onde o conceito de *habitus* foi o norteador para construção dos significados que estão nas entrelinhas do dito. O percurso para a significação ocorreu de forma que somente munida da teoria para o encontro com o real, foi possível ensaiar uma estratégia compreensiva, pois como lembra Bourdieu, existe uma ruptura entre ciência e senso comum. Assim, vale sublinhar que se buscou exercitar a possibilidade de ver com essas lentes objetivando sair da superfície e adentrar a profundidade.

Esse momento do trabalho então, se organiza em eixos de discussão mediante as categorias construídas: “trajetórias sociais”, “incorporações” e “disposições futuras”. Estas foram organizadas de maneira que pudessem conversar entre si e que houvesse um encadeamento no seu desenrolar, de forma que não fossem estanques; mas conseguisse expressar a própria conexão existente entre elas percebida nas próprias falas dos agentes e por isso, na complexidade do que significam essas vozes iluminadas pelo *habitus*.

#### 4.2.1 Trajetórias sociais

A partir do entendimento que as experiências de vida diferentes e as distintas posições dos agentes no serviço público do SUS, influem sobre a maneira de pensar, sentir e agir destes, foi possível perceber que as disposições primárias serão mais ou menos distantes daquelas requeridas para incorporação do *vivo* no serviço, sendo assim, os profissionais estarão mais ou menos investidos em inserir a alimentação viva no seu cotidiano de trabalho a partir de sua trajetória.

Como produções da existência, ou seja, das formas e condições de viver, as práticas são por elas engendradas e têm sua expressão no *habitus*, que opera como um

sistema de disposições e revela preferências sistemáticas bem como necessidades objetivas das quais ele é produto. Assim, as diferentes posições no espaço social marcam preferências singulares e modos de vida distintos que incidem sobre as escolhas e exprimem uma retradução simbólica das condições objetivas da existência (Bourdieu, 2008).

As trajetórias de formação revelaram neste grupo de profissionais estudados um sentido comum de busca. Observou-se que as influências para escolha da profissão e mesmo para continuação ou mudança de área, estão permeadas pelo contexto de vida de cada agente, onde a história pessoal e a sua posição social são características que interferem no desenho construído através do tempo, como sublinha Bourdieu (2008, p.264): “o princípio da divisão é precisamente a trajetória social”.

Como exemplo, podemos trazer que no estudo as camadas sociais pareceram influenciar, pois no caso de profissionais oriundos das comunidades, com pouca escolaridade como os ACS, o *vivo* aparece como algo que dá de alguma forma uma distinção para ele no seu contexto social, oferecendo um prestígio nesse meio, dá uma disposição para utilização do *vivo* no seu trabalho. Diferente da AV na vida da médica que aparenta ser mais alguma coisa que ela tentou fazer e que se não teve muito sucesso, também não faz tanta diferença em se empenhar ou não para isso, pois existe uma tendência a priorizar outras coisas que não são a prática culinária.

Nas características que emergiram destas diferentes trajetórias, apareceu como ideia central, a inquietação. Esses agentes se apresentam no mundo de forma que o conformismo é aquilo que não faz parte de sua singularidade, pois existe uma busca de sentido para as suas ações. E isso permite o ir e vir, o chegar e o voltar, como um caminhar reflexivo que se faz em busca de algo que não aparece com clareza, ou seja, algo que se assemelha com os princípios geradores, como fala Bourdieu, que orientam a prática. Neste caso, a inquietação e o descontentamento apareceram como motivações para outra ação que não a convencional e muitas vezes, para um redirecionamento de itinerário.

“Ai me aposentei, sou professora aposentada aqui pela UERJ e fui fazer medicina. Não tinha nada pra fazer, ai *entre fazer crochê e fazer medicina, optei por fazer medicina* [risos].” (Linhaça)

“[...] uma das razões que eu quis fazer psicologia *eu quis entender* como as pessoas conseguiam viver na vida de hoje em dia, com tanta tecnologia, engarrafamento, ficar em pé no ônibus. Era mais ou menos por aí.” (Castanha)

Esse lugar que o sujeito sente como sendo dele não é um lugar estável, mas de questionamentos, onde o aprendizado se renova à medida que se constrói. A trajetória não apresenta uma linearidade, mas é guiada por uma motivação que orienta o roteiro percorrido e por percorrer. Essa característica foi recorrente nos agentes estudados onde a pluralidade de formações foi quase uma constante.

Percebe-se ainda que para aqueles que aparentemente continuam na primeira categoria profissional, existe um também realinhamento como uma mudança de foco. É como uma negação daquilo que é primeiro oferecido, onde existe a busca de algo que dê mais significado, que faz da busca um condutor da própria trajetória.

“[...]ai, na realidade a medicina que eu fazia era uma medicina baseada nessa medicina alopata [ênfase] que a gente tem. [...] essa medicina que a gente pratica,[...] *eu comecei a ver que não era por aí o caminho* [...]Eu tive uma formação dentro da medicina que chegou num momento, que *aquilo que me foi oferecido não me foi suficiente e eu sai buscando outras coisas* [...]” (Quinoa)

E ainda para quem não tem formação técnica na área da saúde, a ideia de busca também foi remetida, como uma ética da vida, do que é possível fazer para melhorar as condições de existência e na prática mesmo para escapar ao sofrimento e opressão. Mescla a necessidade de trabalho com a vontade do conhecimento e a persistência em continuar, o que à luz de Bourdieu (2008, p.245), podemos analisar como uma busca pelo capital cultural – institucionalizado, que diferencia e que marca a distinção. No entanto, para o mesmo autor, ainda que esse agente consiga o tal diploma, isto é também denunciador de sua própria história “tendo obtido seu capital mediante um esforço de aquisição”.

“Quando eu falo essa *vida de artista*, é que realmente é. A gente, pra viver bem, *pra sobreviver*, a gente tem que ser um verdadeiro artista; tem que, digamos assim: abrir mão de uma coisa pra pegar outra e aí fazer essa coisa [...] Pra mim terminar meu segundo grau, cara, foram 11 anos, entendeu? [...] E aí fazendo tapioca, saiu numa sexta-feira à tarde num carro de som na comunidade saiu. É: ‘concurso aberto para agente comunitário de saúde; inscrições segunda-feira’ [...] E agora a gente *tá almejando* nesse momento *partir ou pra educação física ou pra nutrição* porque são dois campos que a gente trabalha. Então eu estou ali: qual a balança pesa mais?” (Girassol)

Entre os entrevistados que fizeram graduação na área da saúde, independentemente da natureza da instituição, existe de maneira geral uma crítica à essa formação, onde apontaram características comuns que causaram desconforto e descontentamento. Pode-se destacar o biologicismo, a falta de integralidade, segmentação, foco na doença, autoridade médica, falta de compartilhamento de saberes, dentre outros; bastante abordados nas discussões em saúde coletiva por diversos autores (Ceccim e Armani, 2001, Feuerwerker, 2003).

“Eles te mandam decorar dezenas de nomes, desde burquinho dos ossos, tendão e músculo, e *ninguém fala do que é ser humano, o que é adoecer, o que é sofrer, o que é sentir dor, o que é lidar com as pessoas que sentem dor, que sofrem, que tão morrendo, sabe? [...]* Até que lá [...] nos períodos depois tem uma matéria que era psicologia medica [...] que teve alguma coisa ali pra lembrar aos alunos que eles tão tratando de pessoas e não de crânios nem de pernas nem de tórax. *Isso me chamou muita atenção: a falta de humanidade [...]*” (Castanha)

“[...] a graduação ela forma muito em *caixinhas*.” (Alfafa)

“Porque *não é focada na saúde, é focada na doença*. Essa é a questão. O curso de saúde todo é focado na doença, na *segmentação*. E aquela coisa de que o *médico é o senhor* absoluto de tudo. [...] *Você tem que ter o foco social, preventivo, focar na saúde preventiva, na educação pra saúde, na multidisciplinaridade [...]*” (Linhaça)

Esses permeiam um terreno de disputa onde algumas medidas já foram tomadas em prol destas questões, como por exemplo, as novas diretrizes curriculares para os cursos da saúde, homologadas nos anos de 2001/02, mas que por si só não garantem a incorporação de seus eixos norteadores, quais sejam: profissionais mais humanistas, capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde e em equipe multiprofissional; características estas indispensáveis aos profissionais de saúde (Rossoni e Lampert, 2004).

Diferentemente da maioria dos entrevistados que colocam que a inclinação para atuação no serviço público aconteceu de maneira autônoma ou idealista, Alfafa trouxe que o referencial de saúde coletiva foi construído ainda na sua graduação em nutrição e que parece ter sido esse o fio condutor na sua trajetória profissional. Boog (2008) traz que apenas um tímido número de profissionais nutricionistas direciona a sua atuação para esse campo.

“[...] meu curso na federal [...] *ele direciona muito pra saúde coletiva*, então essa questão dos movimentos sociais eu me engajei muito, com movimento estudantil, realmente foi o que mais despertou meu *interesse*, essa questão da justiça, da equidade social, da fome, [...] construiu muito forte esse *referencial da saúde coletiva*” (Alfafa)

Quando questionados sobre a existência da temática “Práticas Integrativas e Complementares” na graduação, pôde-se perceber que nenhum dos entrevistados mencionou que teve essa abordagem incluída na sua grade curricular. Então, para alguns, o termo PICs soou com certo estranhamento ou mesmo desconhecimento, sendo o termo “alternativo” utilizado com mesmo sentido, como na fala de Linhaça: “Sobre o que? [...] *O que que é práticas integrativas?* [...] Nada, nada, zero. A faculdade de medicina forma naquela linha, [...] *sem uma visão mais ampla de alternativa.*”. Assim, ter a opção de aprendizado de outras práticas revela um sentido contrário ao da opressão reforçando uma ideia de autonomia.

Outras falas evidenciaram que essas práticas estiveram presentes em suas trajetórias como uma busca pessoal ou como coletivo organizado, denotando mais uma vez esse sentido de que foi necessário ir além do primariamente proposto pela formação biomédica, tendo sido então por intermédio do interesse dos próprios agentes. Para Bourdieu (2004, p.159) as preferências manifestadas e as opiniões expressas revelam o gosto (ou o *habitus*) onde “nada classifica mais uma pessoa do que suas classificações”.

“*Eu me interessei muito [pelas PICs], mas [...] eu já percebi que vai ter que ser uma coisa depois de formada [...] A formação [...], não te oferece isso oficialmente e também não te dá tempo pra você extraoficialmente fazer uma formação, já tentei várias coisas. [...] É sempre uma busca pessoal por um outro viés.*” (Castanha)

“*Não. Não, não, não me lembro de nada assim nesse sentido, é que também não estava muito estruturado. A Política Nacional é de 2006 e na graduação a gente tentava um pouco dar esse olhar. Eu lembro quando a gente tinha semana acadêmica, eu era do centro acadêmico, a gente tentava organizar vivências, yoga, meditação, já pra tentar trazer esse outro olhar assim, menos quadrado. Porque não existia esse nome de práticas integrativas, a gente chamava de alternativa né? Terapias alternativas e tal. Mas assim, nas disciplinas de graduação, eu realmente eu não me lembro; eu acredito que não tenha tido nada mesmo.*” (Alfafa)

Em Bourdieu, a relação entre indivíduo-sociedade se dá sob uma influência mútua e assim o indivíduo é um agente criativo mesmo que sofra as determinações das estruturas sociais. Apesar de não haver PICs na formação, duas entrevistadas

mencionaram ser essa a temática de seus respectivos trabalhos, na graduação e no mestrado. O universo de significação dá elementos complementares para a formação, a universidade é um agente social, uma instituição de ensino, mas a vida na prática ensina também e esses elementos e experiências estão compondo a trajetória social. Dessa forma, não vivemos apenas de reprodução.

*“Eu sempre fui meio pra esse lado. Não, não sei se exatamente a alimentação viva. Mas, por exemplo, meu próprio objeto da monografia que é fitoterapia e SUS; pela tentativa de curso de acupuntura que eu fiz, eu já to com um pé do lado de fora, nesse lado mais entre aspas, alternativo. E eu acho que é tudo uma descoberta.”* (Castanha)

*“E aí eu fiz o mestrado aqui [...], sobre as Práticas Integrativas porque foi o jeito que eu achei pra articular a questão do vegetarianismo e da alimentação viva na saúde coletiva.”* (Alfafa)

No discurso dos profissionais entrevistados, a visão sobre saúde foi colocada de forma ampliada, como um conjunto, influenciada por um contexto social; não está apenas como ausência de doença e assim, interfere em práticas profissionais também ampliadas onde diferentes recursos podem ser utilizados para promoção do cuidado, onde essa compreensão reflexiva tem influências sobre as ações e assim, a própria *práxis* dos agentes. Pudemos enxergar que a contracultura e outros movimentos contra-hegemônicos estão nessa trajetória, como a própria consolidação do SUS e provavelmente a inserção do Terrapia na ENSP.

*“[...] saúde é um conjunto. [...]Hoje o conceito de saúde do Ministério da Saúde, do SUS, é um conceito muito bom: [...] tem que ter uma moradia, cidadania, tem que ter um emprego, tem que ter lazer [...] A gente trabalha sempre em busca das cinco saúdes: [...]saúde espiritual [...] saúde física [...]saúde familiar [...] saúde social [...] saúde financeira [...] E se você vai ver, o SUS eu acho que faz justamente isso, numa outra linguagem.”* (Girassol)

Na fala de um entrevistado, a relação primordialmente estabelecida foi entre a saúde e os elementos da natureza, onde o aspecto natural foi reforçado e uma visão bucólica desta foi trazida quase como uma ressacralização, o que Carvalho (2013) aborda como orientações de um jogo simbólico que não é percebido no cotidiano apressado da vida urbana; e também a alegria aparece como dimensão de saúde que corrobora com os estudos de Luz (2007). Importa marcar que esse agente compartilhou a sua dúvida inicial entre fazer agronomia e medicina, o que denota na sua trajetória, um movimento cíclico de simbologias e traduções.

“Você tem que *focar na água que você tá bebendo*, você tem que *focar no padrão agroecológico do plantio* que tá gerando teu alimento, *na terra*, você tem que entender melhor da *sua respiração*, você tem que se ligar nas coisas que te trazem *alegria* interior e bem-estar, *a luz do sol* tem que ser muito presente na nossa vida [...] você tem que realmente tá ligado no *anoitecer, na alvorada e no canto dos pássaros*.” (Painço)

Uma fala plural foi de referência à saúde na esfera individual, sempre referida ao cuidado de si: “*autocuidado*, [...] *acesso a esse conhecimento interno* [...]” (Amêndoa); “[...] saúde é uma *responsabilidade individual* de cada um.” (Quinoa); “[...] eu penso que saúde é esse bem-estar, mas num é um bem-estar gratuito, é um *bem-estar pensado*. *De você, você cuida da sua saúde, o autocuidado é fundamental*.” (Aveia). E sobre os binômios como indivíduo-sociedade, mundo simbólico-mundo material, ação-estrutura, espontaneidade pessoal-pressão social, que não devem ser vistos como excludentes, pois guarda entre eles uma perspectiva relacional (Bourdieu, 2011a), a fala de Alfafa expressa a tensão que ela encontra entre os “polos” do cuidar quando olhados pela saúde coletiva e pelas PICs, mas que na sua visão são complementares.

“Então, eu vejo saúde como *vitalidade* e *autocuidado* também. Por mais que a gente veja muito na *saúde coletiva*, que a gente *não deve focar tanto no indivíduo*; mas nas *práticas integrativas* a gente vê muito isso: a gente consegue olhar pro *indivíduo como um todo*, não como uma doença ou como um membro do corpo, um órgão. *E é desse todo que eu tô falando, desse autocuidado inclusive da alma, do espírito, das emoções; não só corpo físico*. Então eu acho que *quando você se conecta mesmo com a sua essência*, sua vitalidade, e cai essa ficha do autocuidado ele pode *atingir um estado mais pleno de saúde*, que *não é necessariamente uma ausência de doença*.” (Alfafa)

A maneira de compreensão sobre o que é saúde e busca por outras formas de cuidado pareceram ser um fio condutor à formação no alimento vivo e o curso apareceu como elemento de transformação no conjunto das trajetórias, mas não foram suficientes para oportunizar a inserção do vivo no serviço público. Tal entendimento de saúde corrobora com o *paradigma vitalista* abordado por Luz (2007) como aquele que traz uma perspectiva integral do homem e dos seus cuidados que enfatiza a busca pela harmonia da pessoa com seu meio, voltada para a saúde bem como sua promoção e considera a subjetividade.

Assim, as trajetórias sociais e sanitárias são constituintes do universo de significação desses agentes. Os profissionais entendem a saúde de maneira ampliada e

de alguma forma buscaram aproximações com outros tipos de práticas, ainda que essas não tivessem sido oferecidas nas graduações e tampouco nos serviços como possibilidade prática e concreta.

Como um aspecto próprio do grupo estudado, onde a busca foi um atributo recorrente na trajetória dos entrevistados, neste momento pode-se afirmar que essa característica não é somente pelo currículo normal da faculdade, mas que ela está ao encontro de um sentido maior e muitas vezes movida também por uma vontade de ampliar a compreensão da própria vida. Esses foram muitas vezes os pontos trazidos em relação ao primeiro contato com o “Projeto Terrapia” e mesmo com a alimentação viva.

“E... eu *sentia assim falta mesmo de algo que... que fechasse melhor*. É, e aí eu entendi que precisava mesmo fazer esse curso [Terrapia] *pra entender* do que se falava. Na verdade, quando eu conheci a alimentação viva, eu fiquei muito curiosa. *Curiosa mesmo é a principal palavra*. Falei ‘Meu Deus, que é isso? *Eu sou nutricionista e eu nunca ouvi falar nisso*. E eu *quero estudar isso, quero entender*’.”(Alfa)

Enquanto a primeira formação ela denota uma inquietação dos agentes, pois parece que alguma coisa falta, como uma “incompletude”, a formação no alimento vivo, de maneira geral, teve um sentido de “encontro”. Essa ideia de insuficiência e de busca por outras formas de estar bem e com saúde se mostra interessante – tem um aspecto na trajetória (insuficiência, os itinerários terapêuticos, experiências incorporadas) e tem um aspecto de futuro – onde se quer chegar, evidenciando a formação de um *habitus*, a incorporação de disposições para outras práticas.

Para muitos dos entrevistados (Aveia, Chia, Amêndoa, Girassol e Quinoa) o conhecimento da AV e do Terrapia se deu no próprio serviço público de saúde, a partir de um colega de trabalho, o que reforça que a forma de disseminação desse tipo de formação não é no contexto da graduação em saúde, e assim os caminhos trilhados por esses profissionais são redirecionados.

“Mas na época que eu conheci o Terrapia, eu já tinha alguma dessas profissões, mas *eu atuava no serviço público* como técnica de enfermagem. Eu atuava junto com os programas de hipertensão, diabetes, saúde mental e gestante. *E eu tinha uma participação na medicina alternativa que na época chamava assim, depois que ficou complementar e eu atuava na auriculoterapia*. E foi quando eu conheci uma pessoa me procurou, que estava fazendo uma pós-graduação na Fiocruz, e alguém indicou procurar no posto uma

massoterapeuta. [...] E por incrível que pareça foi ela que me apresentou o Terrapia [...] *ela levava uma frutinha, uma sementinha...* Aquilo foi me dando uma *curiosidade*. Eu perguntei e ela começou a levar folhetos do Terrapia pra mim.” (Aveia)

“[...] eu conheci pela **Aveia** [...] a **Aveia trabalhava comigo**, eu encontrei com ela e ela disse assim “Eu to indo pra Terrapia”[...] Ai eu falei: ‘**Aveia**, eu quero fazer também.’” (Chia)

“[...] *convidada pela Aveia* eu fui fazer a capacitação no Projeto Terrapia pra *poder estar participando junto com ela dessa proposta* [...] da alimentação viva e o suco de clorofila.” (Amêndoa)

Disto isto, a possibilidade de complementação da formação em serviço, onde existiu a liberação do profissional para atualização de seu currículo, é uma característica que favorece a renovação do próprio trabalho. O debate entre educação permanente e a educação continuada é pertinente, uma vez que a primeira está relacionada à possibilidade de implementação desta formação com retorno para o serviço. O SUS é construído também pelos profissionais que nele estão inseridos. Mas no caso da alimentação viva, é como se houvesse abertura para fornecer essas outras possibilidades de formação, mas como se o serviço ainda tivesse resistência para aceitação da mesma enquanto prática incorporada no processo de trabalho.

Sobre as intenções em participar do “Projeto Terrapia”, pode-se perceber que a história dos agentes esteve diretamente relacionada a essa escolha que mesclou motivações pessoais (doenças de familiares, vontade de melhorar o cuidado de si, curiosidade) e profissionais (insatisfação com a graduação, incoerência de um serviço de saúde ser voltado para a doença, instrumentalização de novas práticas de cuidado): “Hum, *as duas coisas*. Mas mais pro profissional mesmo, eu acho que eu sai um pouco frustrada da graduação.” (Alfafa) e “Acho que foi os dois lados. [...] Se eu *trabalho num posto de saúde e só falo de doença*, eu acho que é legal *trazer uma outra proposta que é falar de saúde*.” (Amêndoa).

Tesser (2009) aponta que existe uma crescente indicação de práticas complementares pelos profissionais de saúde, bem como uma procura maior pela aprendizagem dessas práticas revelando o intuito desses profissionais de melhorarem suas capacidades de cuidado. Dessa forma, a prática se desdobra em busca de soluções, o que em muitas trajetórias foi um caminho para o *vivo*.

Painço também trouxe uma resposta que denota a conexão entre o profissional e pessoal no sentido de sentimento, mas deve-se realçar aqui mais uma vez o sentido de busca, de inquietação, de não conformismo com a formatação inicial da graduação e de sua própria prática, onde utiliza palavras como “coerência”, “sinergismo” e “holístico” que denotam no fim a colocação do Terrapia e do próprio *vivo* como algo idealizado, como um achado ligado ao natural, como se houvesse uma religação com o que faz sentido para o agente. Carvalho (2013, p.125) traz que “o estilo *natural* tem uma disposição para ressignificação e está atrelado a um sentimento de proibido proibir, de contestação ao convencional.”.

“Uma *sensação* de sinergismo. Algo com um magnetismo muito forte ia me puxando pra essa área. Porque eu senti o que? *Eu senti coerência*. [...] Terrapia, essa linha de pesquisa, é uma coerência do todo - que é a verdadeira coerência. É a coerência daquilo que é holístico. *É holístico por inteiro!* Eu tava numa área totalmente tecnológica, totalmente científica, pragmática de estatística, de medições e de uso de farmacologia. Eu usava substâncias na época ainda não disponíveis no mercado. É uma coisa engraçada que eu testava a substância é X19B2714. *A gente não sabia nem o que tava usando.*” (Painço)

Sobre as impressões dessa formação, muitos dos profissionais de saúde expressaram o sentimento de gratidão pela contribuição do “Projeto Terrapia” nas suas vidas, como algo que foi transformador, o que denota que as trajetórias sofreram consequências e redesenhos, como expressa nessa fala: “Cara, eu na verdade *só tenho uma palavra* pra falar do Terrapia. Chama-se *gratidão*. Existe um *Girassol* antes e pós *Terrapia*.” (Girassol), o que ressalta um aspecto afetivo nas relações com o *vivo* a partir dessa formação.

Alguns dos entrevistados apontaram que o Terrapia tem uma abrangência maior do que inicialmente pensavam, sendo o Projeto visto como mais amplo do que a forma de se alimentar e que tem implicações numa dimensão global da forma de viver. Nas falas percebe-se que o entendimento é que a partir de então podem ser incorporados modos de viver, estilos, formas de estar que são diferentes e que vão sendo incorporados gradualmente, com dificuldade; uma vez que está na contramão do cotidiano urbano atual.

“É um *impacto*. Porque no Terrapia, a gente acha que vai fazer um curso que fale só sobre alimentação viva. Mas é *muito além*. E você mergulha muito mais no seu *autoconhecimento*, em *você parar* pra

*olhar o que tá ao seu redor, a natureza. [...] coisas que a gente no dia-a-dia perde. É.. você come uma coisa rápida, você fala uma palavra que num faz bem pra você [...] até mesmo assim, isso na minha vida e pro meu trabalho: você presta atenção mais no outro. Você escuta mais o outro, você tem um impacto grande assim nesse sentido da sua transformação [...]*(Amêndoa)

*[...] aquela passagem ali no Terrapia ela tem várias implicações, que não só você come vivo ou não. [...] tem vários ensinamentos que vão além da questão da comida.”* (Castanha)

Outro sentido de abrangência pôde ser encontrado, como uma formação que tem grandes alcances: “Acho que ele forma ali sementes, literalmente, que vão para o mundo.” (Castanha) o que corrobora com a atuação de outros entrevistados que já se colocam na posição de divulgadores do referido Projeto, como por exemplo: “[...] sempre promovendo o Terrapia que é digamos assim, a minha base, a minha formação em alimentação viva; então essa bandeira a gente leva onde for.” (Girassol)

Para além do sentimento pessoal de gratidão e transformação que foram compartilhados pela grande maioria dos entrevistados, independente se eles conseguiram ou não implantar algo desse curso no serviço; a fala seguinte coloca algumas características que a profissional observou como metodologia do Terrapia, onde realça o aspecto grupal, o foco para promoção de saúde e ainda como uma possibilidade de rever a própria formação inicial.

*“Um trabalho bem grupal meesmo e autônomo[...] na área da saúde, voltado para promoção de saúde, voltado para educação nutricional, apesar de não ter esse nome, e ainda vegetariano. Eu sempre fui ‘a` vegetariana. A ‘E.T’. Eu era a única vegetariana na graduação, não existia nenhum professor vegetariano, eu não conseguia ter esse referencial. [...] Então realmente me encantou muito e de ver o quanto agregava pessoas. Isso me trouxe uma coragem e uma força muito grande de acreditar na nutrição mesmo. Então essa formação no Terrapia transformou minha vida pra sempre.”*(Alfafa)

Assim, as trajetórias sociais dos agentes, acontecem numa perspectiva relacional entre o individual e o coletivo, revelando o processo de produção e montagem das categorias cognitivas, habilidades, desejos e sentidos, os quais influem juntos para aptidão e disposição específica do profissional de saúde para inserção do vivo no serviço público.

Percebemos que quando faz sentido para ele, mais ele está engajado em ser um difusor desse estilo. O fazer sentido, ou dar sentido é um elemento que motiva as ações,

ele dialoga com os projetos futuros, está dentro do universo de significação que organiza o que é bom e o que é ruim, mas nem sempre de modo claro para o próprio ‘jogador’ no jogo simbólico dos significados plurais, e aqui da forma de se relacionar com o alimento, onde este no seu meio social é mesmo a comida<sup>11</sup>.

#### 4.2.2 Incorporações

**“Então é isso, alimento vivo ele na verdade, essa vitalidade, você tem que fazer o experimento, porque alimento vivo ultrapassa a barreira somente do ato de mastigar e engolir. É uma coisa que você compartilha com as pessoas, o teu pensamento, é uma coisa que você compartilha com a natureza.” (Girassol)**

Como experiências que foram incorporadas, mas em processo de construção permanente, o *habitus* se faz presente de forma relacional no espaço e está incorporado no agente como uma forma de agir que nem sempre acontece de modo racional ou consciente. O *habitus* então não é destino nem tampouco memória sedimentada, mas também um sistema flexível e aberto, ou seja, uma relação dialética entre interior e exterior (Bourdieu, 2011a).

Nesse trabalho, para a compreensão do que vem a ser o *vivo* para os agentes entrevistados, a ideia de vitalidade apresentou uma dimensão central na reprodução dos significados desse estilo de alimentação e o que pareceu influenciar sobremaneira o processo de incorporação do *vivo* no serviço público de saúde a partir desses agentes. Não estamos comprometidos aqui em aprofundar esse princípio mais do que for necessário para essa pesquisa, mas temos por responsabilidade entender os modos engendrados nas práticas dos agentes que pareceram ser guiados por essa noção.

Apareceu numa perspectiva relacional então, a experiência de aprendizado do *vivo* por meio da experimentação da vitalidade em si com o engajamento para inserção deste no trabalho, como uma incorporação. Desenvolvemos certa vivência e incorporação de significados e sentidos no curso de formação, na tentativa de sensibilização para esse princípio da vitalidade e assim, poder reconhecer os esquemas

---

<sup>11</sup> Corroboramos com Roberto DaMatta ao distinguir comida e alimento, onde “comida não é apenas uma substância alimentar mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, como também aquele que o ingere” (DaMatta, 1986, p.56).

de percepção nas práticas e nas falas analisadas. Ao contrário de desconsiderar o que nos foi socialmente informado na vivência do curso, buscamos considerar esse conhecimento incorporado para compreender a reprodução desses sentidos e significados nas práticas dos agentes.

Bourdieu (1998, p.74) infere que a incorporação e a característica de estar ligado ao corpo é umas das propriedades do capital cultural. Assim, a acumulação deste pressupõe um investimento pessoal de cada indivíduo, sendo um trabalho sobre si: “O capital cultural é um ter que se tornou ser, uma propriedade que se fez corpo e tornou-se parte integrante da ‘pessoa’, um *habitus*.”

Para exemplificar, podemos pensar sobre a fala de Linhaça quando se refere à incorporação da AV em si e faz ela mesma a ponte com a incorporação no serviço: “Eu conheci, mas [...] eu não incorporei eu não consigo passar.”. A inferência que se fez nesse trabalho foi de que para fazer essa tradução para o serviço pareceu ser essencial a experiência de aprendizado do *vivo* em si mesmo, pois o nível de consciência não precisa necessariamente ser alcançado se essa *vitalidade* tenha sido sentida no próprio corpo.

No discurso dos profissionais, o princípio vitalidade (ou energia vital) é trazido como distintivos do *vivo*; como o que o caracteriza, mas Alfafa realça que o termo vitalidade não é apenas propriedade da alimentação viva, mas que outras medicinas tradicionais atribuem nomes diferentes com o mesmo sentido. Tesser (2009) realça que essa noção por mais misteriosa que possa parecer para a biociência existe na necessidade de reconhecimento que ela engendra para o cuidar de si. Na homeopatia<sup>12</sup>, o mesmo termo é utilizado como um conceito-chave (Priven, 2005), semelhante ao “*chi*” dos chineses e o “*prana*” dos indianos (Tesser, 2009).

“Uma energia que a gente não consegue medir. Não é como a questão nutricional que é mensurável [...] eu comecei a me sentir muito forte, com vitalidade mesmo. Eu senti na pele [...] A vitalidade

---

<sup>12</sup> O conceito de vitalidade em Hahnemann (1808, p.502-503) trazido por Priven (2005) ao discutir homeopatia marca que: “Embora todas as partes componentes do corpo humano encontrem-se em outras partes da natureza, agem juntas em sua união orgânica para o desenvolvimento pleno da vida e demais determinações humanas numa forma tão divergente e singular (para a qual só se tem o termo vitalidade - *vitalität*), que essa forma especial (vital - *vitale*) de reação das partes entre si e com o mundo externo não pode ser julgada nem explicada por nenhuma outra regra além da que a própria vida fornece.”

ela vai além, *ela transcende*.[...] Cada *medicina tradicional pode chamar de um jeito*. [...] A gente precisa entender que os nutrientes eles estão inseridos numa coisa um pouco maior, que é essa energia vital por trás dos alimentos ou até por trás de uma *refeição que você prepara com amor* por exemplo, ou de *uma água que você coloca uma etiqueta que tá escrito: gratidão*.” (Alfafa)

A concepção de vitalidade opera como um princípio gerador de ação, resumida por Chia como “*é o que nos move*”, foi expressa por meio de características pelos profissionais de saúde, como: experimentação, sensação, manifestação no próprio corpo, como o que traz presença, atenção, vontade de viver, alerta, que está relacionado também aos elementos da natureza e as relações interpessoais, o que corrobora com a ideia de vitalidade trazida pelos estudos de Luz (2007).

“Energia vital é isso que a gente tá *trocando* agora. É o que *alimenta*, que *dá vida*, que nos *sustenta*. A gente *respira*, a gente tá absorvendo a energia vital. *Conversando, tocando* um ao outro, *nem precisa tocar*, estando *próximo* um do outro, visitando um lugar que tenha *plantas*, que tenha *pedras*, que tenha *chão* tocando os pés, tomando *sol*, *sentindo o vento bater no rosto*, tudo isso é energia vital. [...] *Jentão o barato do alimento vivo é exatamente que é uma energia vital abundante*. [...] Eu falo com muito entusiasmo do vivo porque *dá vida!*” (Aveia)

Destaca-se aqui um discurso que exemplifica essa ideia de experimentação para um agente muito motivado para a AV. É como se houvesse uma troca simbólica no momento que se permite o sentir, onde o que se quer explicar com palavras parece ser compreendido no próprio corpo. É palavra que escapa e sentir que se expande. Corrobora-se aqui com a hipótese de Tesser (2009, p.1738) quanto ao grau de importância dado a experimentação nos praticantes das PICs, pois eles “vivem em si mesmos experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente ‘empoderador’, dialógico e promotor da saúde”.

“Energia vital é *como o vento, você não vê; você sente*. Então assim, pra falar o que é energia vital eu primeiro falaria assim: *Experimenta uma semente germinada*. Porque, *a partir desse experimento você vai entender* melhor, você vai *entrar em sintonia com a minha frequência* e ai você *vai entender o que é essa energia*.” (Girassol)

De uma forma geral, a fala dos entrevistados revela uma intenção, uma disposição e uma motivação para inserção da alimentação viva na prática do serviço público de saúde. No entanto, foi possível perceber também que alguns apresentam uma

dificuldade em fazer a tradução para o cotidiano do trabalho. Vale deixar registrado que essa dificuldade esteve expressa de forma contundente na fala de três dos entrevistados, que foram as coincidentes com a dificuldade de expressão da vitalidade.

Adaptações às condições do serviço estarão ancoradas nessa disposição para incorporação do vivo ali, onde as ressignificações do que se aprendeu no Projeto Terrapia apareceram também como imprescindíveis para a possibilidade desta prática. Um novo significado que foi dado então, foi manifestado como crítica ao Terrapia por endossar uma tentativa de conversão ao estilo de alimentação proposto - o que para os profissionais de saúde não fez sentido e assim, também não o faria na sua prática no serviço.

“[...] eu acho que era bem *mais rígido* que agora [...] era muito assim: ou 8 ou 80 [...] isso me *assustava* [...] essa coisa *meio neurada* de *que tem que ser assim*, me incomoda[...] essa rotulagem, esses padrões. [...] parece que existiam *castas*: ‘Quem é 70%? Quem é 50%? Quem é...’ Ó, tinha assim...Você chegava no Terrapia tinha uma galera assim: ‘Ó essa semana eu to 100%. ‘ ‘Ah, como é que tu tá conseguindo?’ Ai o outro ‘Ah, agora eu to 80.’ Eu ficava ‘*My God! Socorro! Eu não sei quantos % eu tô, e agora? Onde é que eu me encaixo aqui?*’ Então, eu sentia que tinha um pouco disso assim. *Você era melhor quando você conseguia fazer 100%. E que você só poderia ser realmente feliz se você...você só tinha entendido a proposta se você fosse 100% se não, não adiantava.*” (Alfafa)

A fala acima traz a ideia de uma distinção fomentada dentro do próprio espaço do Projeto, o que coloca a questão da porcentagem como um divisor entre os que “entenderam” a proposta. Existe um sentido de valor atribuído àquele que faz a alimentação viva 100%, em detrimento daquele que não “consegue”. Para os profissionais, o novo sentido atribuído a essa prática, foi uma proposta de **inclusão da AV** para compor as práticas de alimentação dos usuários do SUS, de maneira integrativa.

Os jogos sociais no processo de aprendizado do alimento vivo apresentaram intuito de instigar novas habilidades, como a aquisição de outro capital para o trabalho ao mesmo tempo que instigaram também uma reinterpretação do que vem a ser o sentido do *vivo* para eles e para o serviço (Bourdieu, 2008). Existiu como um jogo de distinção dentre os agentes nomeando como mais “puros” e “sagrados” aqueles que “são” mais vivos, simbolicamente, que os outros (Carvalho, 2013). A ideia da porcentagem do *vivo* transmitida pelo Terrapia não fez com que esses profissionais

fossem “convertidos” a essa maneira de entender a AV, mas que percebessem a necessidade de uma leitura própria para que não fossem eles reprodutores de uma metodologia pouco dialógica.

“[...] *me incomodou muito*, que era a questão da *radicalidade* e do *clima de seita fundamentalista* que se você fosse visto comendo um arroz cozido, você seria banido da seita. [...] *eu tinha necessidade de comer arroz escondido*. Eu lembro que eu comia e *aquilo me incomodava*. E eu sabia que ao mesmo tempo *incomodava ao grupo*: ‘ele come arroz escondido’. Aquilo era uma... *denúncia!*” (Painço)

Santos (2012, p.113), sobre o “Projeto Terrapia”, sinaliza que “como qualquer proposta e prática, apresenta limites e possibilidades”. A partir de uma postura crítica, fica visível de antemão que “um posicionamento radical contra alimentos cozidos, por exemplo, se torna um grande obstáculo para uma potencial difusão em escala mais larga”.

Importa ressaltar que o objetivo dessa pesquisa não foi saber o quanto o entrevistado faz ou não de AV e que a perspectiva buscada foi de compreender a ressignificação desse curso pelos profissionais de saúde para uma possibilidade de incorporação na sua prática dentro do serviço público de saúde. Porém, percebeu-se no discurso dos entrevistados a referência recorrente a essa questão da porcentagem para o quanto se faz ou se é “vivo”, o que pareceu ser uma resposta a essa metodologia do Projeto.

Dessa forma, em partes distintas das entrevistas se escutou “não sigo 100%”, “porque eu não sou 100%”, “eu não consigo ser 100%” com alguma justificativa associada. Mas a realidade dos entrevistados realça que não se consegue ser assim. Ainda que alguns tenham relatado que já tentaram, o que pareceu comum é a ideia de um **consumo (pessoal e profissional) fracionado do vivo**. Contudo foi recorrente também a ideia de cada um encontrar o que é melhor para si por meio da experiência individual.

“Ó eu acho que *o meu destino não é viver 100%* alimentação viva porque *eu não consigo*. E *eu já to me sentindo muito melhor assim, já transformou*. [...] *Cada um tem que encontrar o seu objetivo*. Agora, ao mesmo tempo, é inegável. *Eu consegui ficar 1 mês na alimentação viva 100%, foi o meu máximo*. E realmente, *foi revolucionário* [...] *Só quando você vivencia, você entende.*” (Alfafa)

Depreende-se desses discursos um processo de amadurecimento que a partir do que foi oferecido na formação na alimentação viva; o agente social, a partir de sua história e de seu contexto, coloca a alimentação viva como dá e adapta às suas necessidades – o que interfere na forma que esse agente vai trabalhar com esse recurso no serviço. É a partir da acreditação numa outra forma de alimentação, que as dificuldades passam a ser conversáveis e se acham oportunidades no cotidiano para renovar as práticas, ainda que esses princípios engendrem ações e estruturam as práticas, por isso são estruturantes, não mudam a estrutura social por exemplo no que concerne aos papéis dominantes e realçam o potencial criativo dos agentes (Bourdieu, 2004).

Dito isto, nos aproximaremos agora das incorporações do *vivo* no serviço. Assim, os locais identificados como cenários de prática estiveram espalhados pelo Brasil, com concentração no município do Rio de Janeiro/RJ, mas também em cidades do estado de São Paulo (Campos do Jordão, Capão Bonito e Osasco), Florianópolis/SC e Recife/PE (Figura 3).

Figura 3 – Estados brasileiros com cenários de prática da alimentação viva nos SUS, 2015



Fonte: A autora, 2016.

Existia uma hipótese de que as possibilidades para incorporação do *vivo* no serviço público encontrariam mais espaço e flexibilidade na atenção básica, uma vez que esse nível preza por experiências de educação em saúde e promoção em saúde (Brasil, 2007). Contudo, na fala dos entrevistados foi possível encontrar expressões da AV nos três níveis de atenção: básica (através das unidades de Estratégias de Saúde da

Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, unidade de Práticas Integrativas e do Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas), secundária (Posto de Assistência Médica) e terciária (Hospital).

Uma peculiaridade que deve ser realçada é que três entrevistadas fizeram parte do mesmo serviço, sendo que duas já estão aposentadas (Aveia e Chia) e que a perpetuação do *vivo* neste local acontece por uma terceira entrevistada (Amêndoa), dessa forma, essa experiência teve mesclada as concepções dessas três profissionais. Sobressaiu das entrevistas, uma estratégia quanto ao formato de implantação no serviço, onde a profissional relata preparar muitas receitas da AV em um Grupo de Alimentação Saudável, sem fazer referência a esse estilo no nome do grupo; o que podemos entender como uma necessidade de eufemização percebida pela profissional para possibilitar esta inserção.

“No NASF, o que eu fazia mais era em oficina culinária. Então tinha grupos de educação nutricional, *“grupo de alimentação saudável” para comunidade e, sem muito falar que era grupo de alimentação viva, sem usar esse nome.* Às vezes falava um pouco de germinação, em um ou outro encontro eu abordei isso[...] Mas sempre trazendo alimentos e a *maior parte das receitas eram da AV: mousse de linhaça com frutas, suco verde, vitamina disso e daquilo, mousse de abacate, a torta viva de castanhas com frutas secas.[...]. E...nossa! Teve uma adesão muito boa. [...] você oferecer uma possibilidade de preparo diferente do alimento, acaba indo muito além. Acaba ampliando muito a nossa atuação.”* (Alfafa)

Assim, os formatos relatados foram os mais diversos (oficinas, grupos, cursos, visitas domiciliares, dentre outros), onde os desenhos se fizeram a partir dos contextos locais, como explora o Quadro 2.

Quadro 2 – Desenhos da alimentação viva no SUS, 2015

<b>DESENHOS DO VIVO nos serviços públicos de saúde</b>	<b>AS VOZES DOS AGENTES</b>
<b>Oficinas e Grupos</b>	<p>“Aqui a gente tem a data [mostra o folheto] Início: dia 16/05/2007. [...] Oficina de Suco Vivo... [...] Ai no ano seguinte a gente fez a Alimentação e por falta de espaço nós retomamos a fazer somente o Suco [...]” (Aveia) O grupo era maior mas assim, hoje em dia, o grupo tá menor mas é um grupo bem assíduo. Eles quase não faltam. [...] Teve uma época que quando a <b>Aveia</b> tava se aposentando e <b>Chia</b> eles ficaram preocupados de o grupo acabar mas ai eu falei: ‘não, eu vou dar continuidade’. Ai eles: ‘Porque não pode acabar, porque a gente gosta muito’”. (Amêndoa)</p> <p>“O meu território tem uma praça, fica em cima no morro. Fazemos o ‘Suco para Todos` [...] é aberto a todos. [...] E o cronograma é: fazer o suco de clorofila, ensinar a germinar as sementes.” (Girassol)</p>
<b>Incorporação nas linhas de cuidado</b> (Grupo de Idosos e Grupo de Hipertensão e Diabetes)	“Em vários momentos dentro da Unidade de Saúde eu estou sempre apresentando a AV. E lá tinha um grupo da 3ª idade que era o Lar do Idoso [...] eu consegui fazer oficina de suco pra eles.” (Girassol)
<b>Cursos para profissionais de saúde</b>	“No PSF de Campos do Jordão, foi ai que eu comecei do ponto de vista assistencial. Peguei uma copa do posto de saúde e transformei essa pequena copa em uma sala de aula de alimentação viva [...] para ensinar as 12 equipes de SF. Então lá, eu dei aula pra todos os médicos, todas as enfermeiras, todos os ACS [...]” (Painço)
<b>Visitas domiciliares</b>	“Nas visitas domiciliares como agente de saúde, ai eu falo como amigo, entendeu? Falo como amigo, ‘Olha só, você conhece o que é alimentação saudável? Você conhece alimentação viva?’” (Girassol)
<b>Datas comemorativas</b>	<p>“Quando tinha festa que a gente fazia? Toda festa eles queriam levar bolinho, refrigerante... E a gente fazia vários sucos, sem ser só o suco de clorofila e fazia o bolo vivo, posso mostrar? [mostra fotos]” (Chia)</p> <p>“E ai, uma das minhas astúcias [...] Em maio, nós fizemos, o Dia das Mães com AV na unidade de saúde [...] Sabe aquele motivado, faça dum limão uma limonada? [...]É integrar mesmo a comunidade junto com a gente. E, o que você pedir, a comunidade tá de portas abertas, coração aberto pra fazer. [...]” (Girassol)</p>
<b>Ações Externas</b>	<p>“[...] mas a gente fazia muito trabalho fora. A gente estava nas feiras de saúde, nas paróquias da região, a gente era convidado pra fazer o suco fora do posto pela CAP [Coordenação de Área Programática].. [...] a gente além de divulgar o trabalho, o grupo fazia contato. Tinha a coisa de sair de casa, de preparar tudo, de germinar. Isso fortaleceu bastante o grupo.”(Amêndoa)</p> <p>“Foi muito valorizada a iniciativa, a gente começou a ser convidado pra ir em feiras, ir em escolas, falar disso em eventos, dar entrevistas, um negócio muito doido assim: ‘Uau! Agora tem AV no SUS em Recife!’ Deu o que falar, vamos dizer assim.” (Alfafa)</p>

Fonte: A autora, 2016.

Assim, pode-se perceber que nos desenhos apresentados, o **suco vivo** (ou suco de clorofila ou suco da luz do sol) e a **germinação** apareceram como marcas desse estilo de alimentação no serviço e a sua propagação, divulgação ou incorporação se deu, sobretudo através desses. A primeira fala abaixo denota o suco sendo propagado por meio de uma usuária do serviço para os familiares, o que reforça essa **identificação do vivo** por meio desses elementos, enquanto que a segunda fala expressa a relação da profissional com o usuário, indicando que se não puder fazer nada além, faça pelo menos o suco.

“Ontem no grupo tinha uma senhora que participa já há muitos anos e que ela tinha ido pro Espírito Santo visitar a família no interior, [...] ela fez o *suco vivo lá, pros parentes dela*. Ensinou a fazer o coador, tudo direitinho, divulgou e eles ficaram assim encantados. Alguns falaram que iam manter esse hábito de fazer, então eu achei legal. Porque já tão levando essa ideia pra poder tar multiplicando, em outro estado, onde eles não tinham acesso.” (Amêndoa)

“*Nem que seja o suco verde, começa com o suco verde*, faz isso. E ver a forma como cada um poderia ir incluindo isso na sua vida e fazendo isso se transformar, aos poucos.” (Alfafa)

Como já apontado por Carvalho (2013, p.112), “o suco mais típico desse estilo [*vivo*] é o da luz do sol; um suco muito utilizado como repositores de energia vital, feito com a grama de trigo e/ou outras verduras, maçã e legumes, todos batidos no liquidificador e coados no pano”. A autora acrescenta como elemento simbólico que:

A clorofila é a substância mágica do suco da luz; com seu verde forte, está associada ao vermelho do sangue: a clorofila está na seiva das plantas, assim como o sangue em nossas veias, e o magnésio, que dá a ela a coloração verde, tem posição molecular similar à do ferro, responsável pela coloração vermelha (Carvalho, 2013, p.112).

Neste trabalho, como possibilidade de compreensão chegamos a ideia de que a reprodução com esse formato pode estar relacionada a própria noção do que vem a ser a alimentação viva para esses agentes, uma vez que percebeu-se uma forte representação do *vivo* pelo germinado, onde as pessoas nas próprias entrevistas pareciam refletir se o vivo compreendia além ou não. Assim, entendemos com Bourdieu que as classificações são uma forma de organização do mundo, e aqui, uma classificação alimentar do *vivo* esteve expressa nas práticas culinárias.

“A alimentação viva pra mim, [...] *tá principalmente nos alimentos germinados*, que tá *no auge da vitalidade os brotos frescos*, de

preferência orgânicos, se possível colhidos na hora [risos], tem muito mais vitalidade, *frutas, legumes, vegetais*, principalmente na sua *forma crua*, e que traz esse *resgate do preparo e do cuidado do alimento* [...] a alimentação viva de verdade, né? Que *é a que tem os germinados*. É isso que eu comentei. Porque a do cru é fácil.” (Alfafa)

Uma grande parte dos entrevistados trouxe o entendimento do *vivo* como para além do alimento; ainda que a alimentação viva tenha uma dietética (técnicas e habilidades) específica, aspectos mais subjetivos foram colocados, quais sejam: autocuidado, temporalidade, atenção, resgate do preparo manual, cuidado com o alimento que são sentidos relacionados com a própria vida.

“[...] *prestar atenção na sua alimentação, transformar, é autocuidado; você tem que parar pra você vê a germinação* [...] tem essa *coisa manual, esse contato direto* [...] *é um tempo que você tira pra você.* [...] vai te dar mais *energia vital*, [...] você vai estar mais *disposta* [...]” (Amêndoa)

“Ah, o vivo pra mim *é vida*. É como o próprio nome. É alegria, dinamismo, energia, vigor, movimento [...] *é a vida manifestada*.” (Aveia)

A alimentação viva parece atrair seus adeptos por uma sutileza no viver por meio das práticas de alimentação, que não está expressa tanto na questão científica dos benefícios nutricionais da introdução de brotos e sementes germinadas já relatados na literatura (Navolar, 2008); estando relacionada à uma questão simbólica e de experiência pessoal, uma vez que tanto a germinação como o cultivo de brotos é passível de ser feito pelo próprio consumidor em casa, o que promove um resgate de aproximação com o alimento, do seu cultivo, do contato com a terra e do conhecimento das sementes (Navolar, 2008).

Percebemos então por meio do discurso desses profissionais que o *vivo* apresenta em si ora elementos facilitadores, ora elementos dificultadores. Os entrevistados tendem a se referir ao *vivo* como o germinado, sem classificar o que é simplesmente cru como vivo “legítimo”. A legitimidade do vivo parece se encontrar nos alimentos *biogênicos* (sementes germinadas e brotos), propostos por Szekely (2015), o que está distante da cultura disseminada e por si já impõe uma dificuldade, uma vez que não estamos acostumados com esses alimentos e entendê-los como comida pode requerer um processo. É a estranheza que o caracteriza como também é ela que o faz diferente e curioso.

O *habitus* desses profissionais de saúde revelou então dois projetos conflitantes: alguns entrevistados mostram uma disposição para com o *vivo* enquanto para outros parece não haver espaço para mudanças, embora haja sedução. Depreende-se então que o próprio *vivo*, ele favorece e desfavorece, uma vez que alguns entrevistados demonstram uma disposição em incorporá-lo e outros não conseguem inseri-los na sua vida e tampouco no serviço.

A partir da análise pelos núcleos de sentido existentes nas falas dos profissionais de saúde pudemos fazer um mapeamento (Quadro 3) dos entraves e possibilidades para inserção da alimentação viva no SUS. Percebemos que as possibilidades se encontram como um espelho reverso dos entraves.

Quadro 3 – Entraves e possibilidades para inserção da alimentação viva no SUS

<b>Inserção da alimentação viva no SUS</b>	<b>Entraves</b>	<b>Possibilidades</b>
	Culturais	Criatividade
	Desacreditação do usuário	Interesse do usuário
	Trabalho normatizado	Autonomia no trabalho
	Ausência de apoio institucional	Apoio institucional
	Incompreensão pela equipe	Integração da equipe
	Inexistência de espaço físico	Espaço físico favorável
	Carência de recursos financeiros	Suporte financeiro

Fonte: A autora, 2016.

A diferença cultural no modo de fazer a alimentação viva esteve presente nessas falas como uma barreira à utilização da alimentação viva no serviço. Tal característica se respalda no referencial trazido quanto a dialogicidade entre indivíduo-sociedade (Bourdieu, 2011a). As questões culturais são correntes do universo coletivo, que se articulam no singular através de trocas simbólicas. A cultura é viva e mutante, mas a mudança cultural requer um processo de aprendizagem e incorporação, então, não ocorre de forma instantânea com uma formação específica e pontual somente, no presente trabalho caracterizado como a formação em AV: “Você nunca via sair dali e virar uma ‘viva exclusiva’. Mas você *incorpora uma série de modos, de viver, de estilo*, que acaba que transforma a sua prática e que com o tempo você vai aprimorando.”

Entendemos com Contreras e Gracia (2011) a cultura alimentar como o conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas sobre alimentação que foram

herdadas e/ou aprendidas e são também partilhadas em um determinado grupo social pelos indivíduos que o compõem.

Percebemos então que existe como um plano maior, uma forma de agir que já é estruturante de uma informação da dificuldade, advinda pela própria cultura. É como se partisse do ponto de que é difícil mudar dentro do sistema, sendo um desafio implantar a alimentação viva no SUS. Ressalta-se que ainda assim, alguns profissionais apresentam uma disposição para implantar o vivo ainda que seja sinalizada a dificuldade em mudar simbolicamente.

A distinção social é um elemento importante que apareceu frequentemente nesse trabalho. Diversas vezes a ideia de comida de pobre e comida de rico foi sublinhada, o que reforça a ideia de camadas sociais que se comunicam através do que comem. Na fala de uma entrevistada simpatizante com o *vivo*, porém reticente em incorporar no serviço público, fica clara essa distinção: “Tu já reparou uma coisa: antigamente, pobre, quando eu era criança, rico comia o que era embalado porque era chique, era novo, era caro e pobre comia o que tinha na horta dele. Hoje em dia o pobre come tudo quanto é merda embalada e o rico come orgânico.” (Quinoa).

Contreras e Gracia (2011, p.217) trazem tal discussão onde o status do alimento é relacionado ao status dos que o consomem e apontam que “no mundo moderno, como no de outrora, a comida continua sendo um meio muito importante de afirmação do próprio status social. O prestígio pode ser atribuído aos próprios alimentos e/ou às circunstâncias em que são servidos, e ao modo como isso é feito.” Para o consumo do *vivo*, percebe-se também uma linguagem que é codificada para os que entendem o símbolo. Na fala de um profissional fica evidente quando compara a venda de suco vivo numa feira de orgânicos num bairro do Rio de Janeiro onde existem pessoas com um alto capital simbólico<sup>13</sup> (Bourdieu, 2004), e quando ele apresenta o *vivo* na sua comunidade: “Qual é a *linguagem* que vai chegar melhor pra esse público, e esse

---

<sup>13</sup> O conceito de capital simbólico é trazido por Bourdieu (2004) como uma conjugação de diversos capitais como o econômico (relativo a condição financeira), social (relações sociais que podem se converter em formas de dominação e distinção) e cultural (relacionado a conhecimentos e saberes nas diferentes formas: incorporado, objetivado e institucionalizado) que confere prestígio e distinção, permitindo a identificação dos agentes no espaço social.

público e esse público? Então falar prum *público que já é esclarecido* cara, é muito *molezinha*.” (Girassol).

Entretanto para o mesmo entrevistado, a partir de sua própria experiência, a questão da escolha do que se vai comer depende de vários fatores e quando existe possibilidade de compra, a escolha é influenciada principalmente pela informação, afinal o *vivo* implica um aprendizado. Essa é a visão do entrevistado que bastante motivado com a alimentação viva, faz o esforço de se alimentar dessa forma. O que, para Bourdieu (2008, p.272) é a diferenciação entre os capitais e os ajustes, pois alguns “nem sempre têm gostos à altura de seus recursos” e outros “quase nunca têm recursos à altura de seus gostos”.

“Eu não digo nem o *poder aquisitivo* porque isso *pra mim eu supero*, porque *eu sou de classe baixa*, falando assim classe baixa, pô, *eu sou assalariado*, eu *consigo desenvolver alimentação viva dentro das minhas posses*, é... em espécie, em dinheiro. *Então se eu consigo, por que o meu vizinho não consegue?* Por que o outro não consegue?” (Girassol)

Percebe-se na fala dos sujeitos que para alguns parece simples e natural, ainda que todos reconheçam as diferenças impostas pelo *vivo* quando comparado com o modo de comer da atualidade. O gosto é um elemento também presente e que pode ser discutido, afinal, gostar de algo é uma forma de apropriação do objeto. Bourdieu caracteriza o gosto “de necessidade” e o gosto de “luxo” ou “liberdade”, das classes populares e das classes altas, respectivamente; assim o coloca como resultado de um feixe de condições específicas de socialização, estando relacionado a um desdobramento da estrutura social. Dessa forma, o julgamento do gosto expressa discernimento e define o homem, onde no caso específico da pesquisa o *vivo* trouxe certa distinção social às práticas em função de ser um estilo que requer um aprendizado especializado (Bourdieu, 2008).

Foi comum a colocação de que existe uma comida que impera e que está disseminada nas práticas alimentares, mas a intenção de romper com o que está globalizado e o reconhecimento de uma necessidade de um retomar do próprio controle do tempo aparece frequentemente nas entrevistas. Dessa forma, o tempo foi um atributo com assiduidade no discurso dos entrevistados, mais precisamente a sensação de “falta”. Esse sinal pode ser visto como uma marca da sociedade contemporânea e que tem

bastante influência para a alimentação viva, uma vez que a administração dele no sentido de organização é uma marca também desse estilo colocada pelos entrevistados: “Aquele que o possui [capital cultural] ‘pagou com sua própria pessoa’ e com o que tem de mais pessoal, seu tempo.” (Bourdieu, 1998, p.75).

“Mas a *história do germinar*, ela realmente exige uma *organização* melhor. Talvez não seja nem tanto tempo se você for cronometrar. [...] e que a gente anda num mundo tão louco, tão doido mesmo. Essa questão do tempo cada vez mais estranho assim, *parece que a gente tem cada vez menos tempo. Essa angústia do tempo, tempo, tempo, isso é uma coisa que tem me incomodado [...]*” (Alfafa)

Corroborando com a ideia de tempo outro aspecto da sociedade atual: a marca da industrialização (Contreras e Gracia, 2011). O fato é que a indústria se apropria disso, utilizando ao seu favor e as pessoas que tem o seu escopo de escolhas reduzido, também. Painço trouxe uma fala onde aparece que os interesses econômicos regem a indústria da alimentação sendo estes privilegiados em detrimento da noção de saúde. Trazendo a ideia de autonomia relativa dos campos, de Bourdieu, podemos inferir que o campo da saúde tem autonomia relativa ao campo político e econômico.

Para outra profissional que conseguiu incorporar percebe-se uma visão positiva, onde é possível encaixar partes desse estilo e a diferença com o que está disseminado na sociedade contemporânea é o que torna interessante: “Mas vamos então preparar juntos, vamos ensinar uma *outra* forma de preparo que vá desencadear lembranças e memórias afetivas [...] e encantar com os olhos e paladar.” (Alfafa), ainda que haja reconhecimento de que “você tá mexendo com o hábito alimentar das pessoas, com o que tem de mais profundo [...]” (Alfafa). Aqui é marcada a diferença entre os que fizeram uma tradução do que foi aprendido no curso para uma adaptação ao trabalho desenvolvido, como a mesma referiu certo momento como “ferramenta”.

Então, o que destoa de quem incorpora no serviço e de quem não consegue fazer essa adaptação parece se relacionar com a maneira de entendimento do *vivo*. No discurso desse entrevistado, fica claro o manejo que ele utiliza para fazer essa tradução e ressignificação. Existe uma abertura para o diálogo com o diferente e primordialmente, um reconhecimento dos limites: “Quando a gente bate de frente com essas idiosincrasias culturais e familiares a tendência é se afastarem se retirarem e não procurarem mais a gente e até hostilizarem. [...]” (Painço).

Sobre a inclusão das práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde, Nagai e Queiroz (2011, p.1798) realçam que esse movimento apresenta sintonia com o ideal representado pelo SUS e as recomendações da OMS, ou seja, esse ideal significa também a incorporação de uma postura mais abrangente da saúde, doença e do cuidado, onde transcende a visão mecanicista do corpo e focada em procedimentos médicos. Tal postura exige uma abordagem multidisciplinar portanto, e considera “os aspectos sociais, culturais e emocionais do ser humano”.

Outro sentido importante, a ideia de redução de danos, muito trabalhada na saúde mental como uma aposta ética no humano (Fonsêca, 2012) é colocada como uma forma utilizada para aproximar as pessoas da AV, sem culpabilização do sujeito e numa proposta dialógica de compreensão do outro bem como de estabelecimento conjunto de estratégias de promoção da saúde. Assim, durante as entrevistas foram compartilhadas várias aplicações práticas de como utiliza essa estratégia porque para o profissional: “[...] a gente vive numa sociedade, você não pode ser excluído dessa sociedade, então vai na redução de danos, de boa.” (Girassol).

A questão do respeito às escolhas individuais de cada um foi outro ponto frequentemente colocado e pode ser considerada uma grande adaptação da incorporação do *vivo*, quando comparado com a metodologia proposta pelo “Projeto Terrapia”, na voz dos próprios profissionais. Com o encorajamento das pessoas a tentarem o diferente, a se abrirem para o novo e para outra informação que não é a primeira que se recebe via sociedade do consumo, da pressa, da tecnologia e do industrializado. A vivência pareceu ser o ponto central das formas de trabalho com a AV no SUS.

“[...]resistência dentro da unidade de saúde? Não teve resistência por eu ser assim uma pessoa muito dinâmica, meio assim motivada seria a palavra, então a gente traz essa motivação pra galera colocando dentro do seu tempo, *cada pessoa respeitando o seu limite, aquela que não quer provar o suco, de boa.* [...]Respeitando sempre o limite do outro, pra que *ele possa conhecer e ali tirar suas dúvidas e decidir o que é melhor pra vida dele. Mas ele tem que conhecer; isso é fato.*” (Girassol)

“Eu acho que eu dei esse olhar da nutricionista, entende? *De respeitar a escolha individual, de acrescentar, de introduzir a alimentação viva, mas não como o ‘tem que ser 100%’. De respeitar essa coisa de individual de... introduz! [...]*De respeitar muito a opção do outro, *a cultura alimentar*, eu sempre carreguei isso muito forte assim.” (Alfafa)

Nos achados, percebemos então que a própria AV para os usuários, guarda aspectos de desinteresse pela AV como marca Amêndoa: “É porque, assim, a visão é que dá muito trabalho e que é difícil.” Enquanto que para Aveia, ela percebe que alguns usuários são contagiados pelos aspectos de socialização da comida resgastados pela forma de fazer o *vivo* e tal característica apareceu como positiva para o interesse desses nessa prática.

“Então eles veem o *movimento da gente alegre, a gente canta pra tomar o suco vivo*. Às vezes, a gente convida pra dar um pouquinho e aí eles ficam curiosos. Então, por exemplo, tem uma pessoa que tá lá olhando, vê um entrar com folha, outro entra com a semente que a gente já faz de propósito. Quando a gente entra com grama de trigo, tem que entrar aberto pra chamar atenção. Quando eles vão na doutora perguntam: ‘Que é aquilo que tá acontecendo?’ ‘É uma oficina...’ ‘Você quer participar? Eu te dou encaminhamento’. Ai pronto, ai entra e conhece.” (Aveia)

Uma fala representativa dos achados referentes aos entraves e possibilidades mais objetivos para inserção da alimentação viva no SUS, está abaixo. Alfafa faz a comparação entre duas experiências que apresentam as diferenças contextuais e suas adaptações. Existe uma problematização quanto a necessidade um investimento do profissional para colocação dessa prática. Tal característica vai de encontro ao que é proposto no Caderno de Atenção Básica 39 que trata das ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano do NASF, por exemplo, que coloca as PICs como um recurso a ser utilizado (Brasil, 2014b).

“Eu vivenciei *duas experiências muito diferentes*. Uma que eu tive todo apoio institucional [...] e da gestão também. De ‘Ah, vai em frente! Se é isso que tu acredita que é nutrição em práticas integrativas, foco nisso e vamos lá, vai dar certo’. No NAPI em Recife então, eu tinha muito esse apoio institucional e faz muita diferença. E o fato de ser uma equipe de práticas integrativas é muito favorável porque você tá ali o tempo todo pensando em outros olhares. [...] Mas também a questão da *estrutura física* mesmo. Então assim, eu tinha uma *cozinha* disponível, [...] e ainda por cima eu tinha os ingredientes! Isso é quase um luxo hoje em dia. Pra eu fazer uma oficina culinária, um grupo de alimentação saudável, aqui no NASF em Floripa, eu tenho que achar um lugar na comunidade, entrar em contato, ter a chave desse lugar, negociar data, me deslocar do centro de saúde, levar o meu liquidificador da minha casa, comprar algum ingrediente, dividir entre os usuários o número de ingredientes, considerar que se alguém faltou vai ter que ir na mercearia e comprar; provavelmente eu vou ter que pagar porque na hora ninguém se oferece pra pagar porque às vezes as pessoas não tem 5 reais, entendeu? [...] Então, é complexo. E mais, sem muita autonomia

porque tem uma cobrança muito maior pra gente aliviar a fila de espera do atendimento individual, do que fazer atividade de promoção da saúde. Então, se você vai escolher, tu acaba ‘ah, vou escolher o que tão me cobrando então que é pra não incomodarem.’ E aí isso desestimula muita gente a desenvolver grupos e atividades desse tipo. *Tem que ter muita vontade.* Muita vontade. Porque senão você desiste no primeiro obstáculo.” (Alfafa)

O que encontramos vai ao encontro de alguns pontos abordados no estudo de Nagai e Queiroz (2011) sobre a implantação das terapias complementares na rede pública de Campinas, onde se percebeu uma disposição favorável dos profissionais para essa implantação, porém, com dificuldades percebidas como: inadequação física das unidades, carência de materiais específicos, conscientização da equipe, capacitação profissional insuficiente.

A partir desta análise, um questionamento ficou iminente: Se existe tanta dificuldade para inserção da alimentação viva no cotidiano do trabalho, porque esses profissionais insistem nesta prática? Sabemos que está no humano a busca por dar sentido à vida e assim; somos agentes reprodutores e somos agentes com potencial criativo também. Quando somos mais criativos, fazemos a vida acontecer. Fazer o *vivo* no serviço pareceu ser saudável para si mesmo, pois ajuda o sujeito a se construir e dá sentido ao trabalho, criando uma prática. Acreditar em algo é também um valor e existe por meio da prática desses agentes uma aposta nessa proposta.

De forma sutil, eles parecem expressar que reinventar-se é formular narrativas de sentido para as trajetórias de vida. Para esses profissionais então, apareceu uma ideia de “encontro” com o *vivo* (e com a *vitalidade*) como “aquilo que faltava”; como se a partir daí a vida pessoal e profissional tivesse mais sentido. E foram esses que apresentaram então uma “habilidade” em propagar o *vivo* no SUS, porque para além das dificuldades estruturadas e estruturantes, existe uma incorporação e uma acreditação naquilo que se faz.

#### 4.2.3 Disposições futuras

Pareceu ainda existir nesses agentes, a construção de uma disposição futura frente à prática da alimentação viva no SUS (e também, em si mesmo) e supomos que tal postura se conforme dentro de um universo simbólico. O possível e o impossível

parecem fazer parte de um jogo que esses profissionais de saúde decidiram jogar e, sendo conscientes ou não, fomentam a possibilidade do diferente acontecer, se não agora, num outro tempo.

A relação com os possíveis é uma relação com os poderes; e sentido do porvir provável se constitui na relação prolongada com um mundo estruturado de acordo com a categoria do possível (para nós) e do impossível (para nós), que é de antemão apropriado por outros e para outros e daquilo a que se é de antemão designado (Bourdieu, 2011a, p.106).

Como uma motivação inerente a todo indivíduo, como um interesse em instituir apostas, orientações, valores e demais elementos que estão associados e que podem vir a fundamentar as ações, existe um sentido para seguir no jogo, o que já é por si um elemento importante incorporado como *habitus* nas práticas onde os agentes acreditam que o *vivo* vale a pena.

Para Bourdieu, a relação entre a trajetória dos agentes, as suas incorporações e a perpetuação no porvir estão como intrinsecamente influenciadas e se ajustam as condições do espaço. Os produtos do *habitus* - pensamentos, percepções, expressões, ações, são tanto símbolos que significam como objetos socialmente elaborados.

De fato, a relação prática que um agente particular mantém com o porvir e que comanda sua prática presente se define na relação entre, de um lado, seu *habitus* e especialmente estruturas temporais e disposições em relação ao porvir que se constituíram na duração de uma relação particular de prováveis, e, por outro lado, um estado determinado das possibilidades que lhe são objetivamente concedidas pelo mundo social (Bourdieu, 2011a, p.106).

Essa disposição futura está para alguns agentes que trazem o *vivo* para um lugar idealizado, onde a aplicação do mesmo não está imbuída da adaptação necessária ao contexto presente. Muitos têm a ideia de colocar a AV no tempo futuro, em outro local, com outro contexto, numa espécie de sonho sempre postergado. Onde o discurso expressa algumas vezes a inflexibilidade desses que pode ser significada pela pureza do vivo, que não pode se misturar com características “impuras” de uma determinada circunstância. Porque se o *vivo* se misturar, deixa de ser ele mesmo e passa a ser outra coisa.

Por exemplo, para Castanha, “[...]as Clínicas de Família funcionam como UPA e no que funciona com UPA não é mais medicina de família. E a UPA tem uma lógica

própria de funcionamento que é *bem distante de tudo, inclusive do alimento vivo. Quiçá do alimento vivo*". Dessa forma, essa entrevistada encontra possibilidade no "sonho"; coloca que tem como planos para o futuro mudar de cidade e acredita que num outro contexto pode construir uma aproximação com o *vivo* na sua vida, bem como enquanto profissional.

“Eu, *eu tenho um sonho*, pretendo, formada lá em Florianópolis, já na minha vida profissional estável, normal, tá mais na alimentação viva. Se isso vai virar uma prática minha como profissional no futuro, é um caminho que eu tenho que construir e eu acho que eu estou construindo.” (Castanha)

Podemos reconhecer nas falas acima certa semelhança com o estudo de Carvalho (2013, p.106) sobre o estilo *natural*, onde a autora analisa um *habitus* romântico que modula as emoções dos agentes, onde o sonho marca a transição de “certo realismo que denuncia vícios e males da sociedade”.

Para outra agente, o futuro também se coloca como o tempo do possível, onde existe uma clara “conversa” entre a vontade, o impulso, a inclinação e a realidade por ela observada no serviço de saúde e também pela sua condição de aprendiz do *vivo*, de suas técnicas e habilidades que ainda não foram incorporadas, por ser considerada como uma aprendizagem difícil.

“[...] não consegui implementar mas *se eu tivesse oportunidade de tentar de novo e fazer de novo* o curso e vamos tentar, vamos pegar o grão, vamos fazer, *eu ia fazer de novo*. [...] *E uma vez isso incorporado na minha vida, se eu tivesse um espaço pra trabalhar isso com as pessoas, eu faria isso também*. No meu trabalho, se eu pudesse levar isso, ah, vamos pegar uma coisa bem simples: germinar o grão de trigo e aprender a fazer suco, pronto, só isso. [...] Uma coisa simples. Poder levar isso pros meus pacientes, pras mães, pras crianças, eu gostaria de fazer. Ficou pra mim. Eu tenho a mesma vontade, a mesma curiosidade que eu tinha.” (Linhaça)

Os profissionais lançam mão do recurso imaginário, para dar início a uma materialização desejada de uma outra realidade e assim reafirmam o estado de elaboração daquilo que acreditam: “Eu acho que se, todo setor público tiver um núcleo dedicado ao alimento vivo, eu acho que vai ter clientela. [...] Eu num conhecia e conheci. Tem que mostrar pra pessoa conhecer.” (Aveia).

“Cara, é *um sonho*. [...] Seria assim muito bom um futuro [...] que *todo educador que se formasse dentro do Terrapia, pudesse atuar dentro de um posto de saúde com alimentação viva*. Junto com a

nutrição, ou junto com os profissionais terapeutas, mas deveria ter assim: ‘você quer trabalhar em promoção de saúde com alimentação viva?’ ‘Quero’ ‘Então qual é a sua formação?’ Então assim: o certificado Terrapia abriria portas pra esses profissionais trabalharem já na saúde com alimentação viva [...] E que seja remunerado por essa função [...] Que o educador de alimentação viva, que for trabalhar em unidade de saúde seja reconhecido como profissional técnico de saúde [...].” (Girassol)

Tal projeto futuro não pode ser analisado como puramente racional, simboliza uma inclinação subjetiva movida por uma fascinação. O encantamento com esse projeto futuro que não parece ser consciente, mas ele mobiliza para uma prática e para uma ideia como também pra uma atuação, no caso a atuação no SUS, e onde radicaliza o compromisso maior com a própria alimentação viva: “É somente na experiência imaginária [...] que neutraliza o sentido das realidades sociais [...]” (Bourdieu, 2011a, p.106).

Como um projeto aberto e inacabado, por fazer, que se constitui na elaboração processual e perene da relação do indivíduo com as suas aspirações e crenças, foram evidenciadas tais inclinações que estipulam, recolocam e recriam alvos e objetos. Aveia traz o pedido que faz ao filho para realizar pesquisa com a semente germinada o que pode sugerir uma tentativa de maior acreditação; de que com o recurso da ciência, a sua voz no serviço possa ter mais força.

“Ele tá fazendo biomedicina ai eu: ‘Ô filho, você não pode fazer um favor pra mim? [...] Você podia fazer o favor de pegar, levar uma amostra de semente de amendoim, sem germinar, e uma germinada. [...] eu queria que ele fizesse essa experiência. Só que ainda não deu pra ele fazer, [...] pra levar as amostras, [...] porque lá ele tem laboratório [...] para examinar [...]” (Aveia)

Sobre as legitimações das práticas integrativas e complementares, Tesser (2009) discute e aborda a supremacia científica como detentora da significação de verdade e denota as relações de poder envolvidas para tal. Coloca que na saúde existe quase um monopólio do julgamento da ciência sobre o que deve ser validado como forma de cuidado. Na fala acima está imbuída essa preocupação de forma a colocar a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto, como uma agenda futura para fortalecer e legimitar cientificamente a alimentação viva.

Os direitos de preempção sobre o futuro que define o direito e monopólio de alguns possíveis que ele garante não são senão a forma explicitamente garantida de todo esse conjunto de possibilidades

apropriadas pelas quais as relações de força presentes se projetam no porvir, que comandam em contrapartida as disposições presentes, e especialmente as disposições em relação ao porvir.” (Bourdieu, 2011a, p.106)

Sentindo um campo de forças que atuam, o agente Girassol traz como projeto futuro também a própria reformulação das políticas públicas por meio do conhecimento popular e técnico objetivando uma mensagem de comida de verdade, como um legado. Ele parece tomar o desafio nos ombros.

“*A gente tem que juntar assim essas forças. É juntar o conhecimento popular, com o conhecimento técnico, pra que a gente possa mudar essas políticas públicas numa visão mais humana, pra que toda essa população da gente tenha esse acesso a uma comida de verdade. Que é esse o legado que a gente tem que levar. Não é fácil, mas é isso.*” (Girassol)

A composição desses projetos futuros pode ser analisada como um lugar simbólico que denota padrões possíveis que são constituídos subjetivamente pelos agentes sociais em relação com o espaço e com o seu entendimento enquanto possível. O simbólico está de forma intermitente povoando as disposições desses profissionais.

“La na Gardênia [Clínica da Família], no meio assim, [...] tem um espaço aberto com um mato que é um jardim. Ai eu fico, ‘ah gente, podia fazer uma horta aqui no meio, né? Não seria incrível uma horta?’ Fica esse mato ai... Enfim.. Depende de quem? Depende de alguém pra plantar e depende de quem administra a clínica autorizar. *E ai uma coisa que era bem distante*, eu fiquei pensando.. nossa, *super possível*. É só eu falar com essa pessoa. Se essa pessoa disser ok, é uma pessoa que ta ali comigo no dia a dia, né? Vai rolar, vai acontecer. [...] *Ao mesmo tempo que é distante, é muito próximo se você se apropria* disso. Porque as coisas são feitas também no final das contas de pessoas. E as pessoas são pessoas, *elas podem determinar que vão ser só violetas ali naquele quintalinho ou que vai ser sei la, sabe? Alimento vivo!*” (Castanha)

Em outras palavras, diz Carvalho (2013, p.135) que “as crenças, longe de serem uma ilusão, são algo que torna possível a experiência humana”. Painço expressou de forma recorrente o projeto que está em curso, como um ambulatório que ele está planejando e acredita como revolucionário na sua experiência. Esse profissional mostrou insatisfação com as amarras do sistema e disse não querer estar mais sob nenhum guarda-chuva, reunindo esforços para protagonizar e materializar uma ideia própria com entusiasmo.

“[...]eu estarei abrindo um *ambulatório de práticas integrativas*, ‘o clube da esquina’, é um ambulatório único, não tem ainda algo

semelhante aqui no Brasil, não sei se tem no mundo, é uma inauguração mesmo de um experimento em saúde pública. Eu me sinto como Cristóvão Colombo, na hora que ele imbicou a Santa Maria, Pinta e a Nina no norte da Espanha, ele jogou aquelas barcaças no mar e disse assim ‘*Agora eu vou chegar às Índias*’.” (Painço)

A ideia de incompletude, do homem como um ser que estar por se fazer e que se constrói na medida em que se vive, esteve expressa na fala de Girassol, quando traz uma fala sobre atitudes que atravessam gerações e dessa forma denota uma aposta em jogar no agora com o olhar para o futuro, o que ultrapassa o serviço de saúde e está colocado para perpetuação nos corpos.

“Quero deixar pros meus filhos [a AV], quero que eles aprendam comigo e deixem pros filhos dele esse legado, a gente tem que deixar pra próxima geração. [...]É fazer com que essa galera realmente volte a botar a mão na terra. E essa luta ela vai continuar. *E talvez eu não veja essa vitória. Mas talvez o meu neto vai ver essa vitória, mas a gente tem que começar!*”(Girassol)

Essas aspirações, sonhos e metas estabelecidas, operaram como símbolos que canalizam as energias dos agentes para um alvo criado, ainda que inconsciente. Tenham esses profissionais de saúde, incorporado ou não o *vivo* no serviço público, pareceram ter um desenho do desejo para o futuro; sendo de forma a implementar o já conseguido ou vir a implantar o que ainda não foi possível. Reforça a inclinação e a direção de movimento sendo impulsionadas pelos agentes, como um projeto futuro que orienta essa vontade de colocar a alimentação viva, que pode ser entendido como de melhorar a sociedade, de purificar a vida, de ter esperança construída em um coletivo compartilhado a princípio pela comida, em suma, são os sentidos atribuídos aos significados que envolvem o *vivo*, como o *habitus* - inicialmente invisível, mas que se faz à vista.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender como a alimentação viva se insere na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS; a partir dos discursos dos profissionais de saúde. Pudemos encontrar uma multiplicidade de sentidos e significados que estruturam tais práticas.

Para incorporação do *vivo* no serviço, existiu uma necessidade da formação em AV, compondo as trajetórias sociais desses agentes e mesmo, da sua prática, sem que estas fossem por si suficientes para tal. Percebeu-se que não é da formação (no vivo) à ação (no serviço), mas que existe a necessidade da incorporação de outras formas de fazer, pensar e entender a alimentação no próprio profissional de saúde para que esta se desse também no seu cotidiano de trabalho. A formação pareceu ensinar os sentidos, mostrar como faz e de alguma forma organizar o que é bom.

A pesquisa evidenciou a abertura multiprofissional existente pelas práticas integrativas e complementares, onde as formações são plurais, bem como, as trajetórias dos profissionais revela que existe uma inquietude que motiva e direciona as escolhas destes, como uma busca por um maior sentido de suas práticas.

Através da aquisição de habilidades sobre o sistema culinário (conjunto de elementos que capitaliza a prática culinária e que a coloca dentro de um contexto estando implicados elementos sociais e condicionantes da cultura) e sobre a prática da dietética (o conhecimento das sementes, a germinação, a organização do tempo), os profissionais de saúde que mais incorporaram nas suas próprias vidas (no próprio corpo – sentindo a *vitalidade*) estiveram mais “empenhados” em colocar esse estilo de alimentação como ferramenta no serviço de saúde.

Os entrevistados que incorporaram a ideia do *vivo*, de alguma forma o incluem na sua vida e assim o fazem na sua prática profissional da forma que o serviço se mostra permeável, com uma constante adaptação aos contextos. É como um dispositivo que lançam para quem quiser “pegar”. Porém, muitas foram as dificuldades, relatadas para incorporação do alimentação viva no cotidiano do trabalho que revelaram as tensões, conflitos e resistências pelas quais estão os agentes em desafio intermitente, ainda que tenhamos uma política nacional que incentive tais práticas.

Assim, percebemos que alguns agentes fazem um esforço de ressignificação do que foi apreendido como alimentação viva bem como de um caráter dialógico com elementos culturais das formas de comer da atualidade. Os desenhos do *vivo* no serviço estiveram frequentemente relacionados a práticas educativas onde o caráter culinário do vivo pareceu como a forma mais presente. Pareceu impossível colocar o *vivo* com a fala, a experiência deste se dá especialmente sob a forma da experimentação em si, incorporando.

E ainda, foi possível evidenciar nos projetos futuros dos profissionais de saúde para com a alimentação viva, que o lugar do possível é inicialmente o sonho; a partir da construção de um imaginário que desenha outro contexto e assim canaliza a energia dos agentes para mudança de realidade num outro tempo.

O estudo permitiu a visualização de uma concatenação entre passado, presente e futuro nas formas de pensar, sentir e agir dos profissionais de saúde que foram exploradas de forma a tentar compreender a conformação do *habitus* desses agentes. Comprendemos que existe uma busca de sentido estruturante das práticas que nem sempre está de maneira consciente nos agentes, mas conformam um universo significativo.

Para uma maior compreensão acerca das possibilidades de incorporação da alimentação viva no serviço público de saúde, percebemos como interessante a possibilidade de pesquisas futuras que contemplassem a visão dos usuários de saúde para que houvesse uma análise do “outro” lado, a quem se presta o cuidado e com quem se quer dialogar. Reforçamos que não foi possível a inclusão destes pelo tempo limitado do mestrado, onde a capacidade analítica poderia ser reduzida.

Percebemos também que do material recolhido alguns pontos relevantes não puderam ser aprofundados ou mesmo abordados aqui, se constituindo como *corpus* de projetos futuros, tais como: o caráter de sociabilização da comida pela alimentação viva; a influência da mídia para a construção de significados dessa outra forma de alimentação, a discussão sobre o caráter científico desta prática e muitos aspectos simbólicos envolvidos no *vivo*.

Espera-se que o estudo possa contribuir para ampliar o conhecimento da alimentação viva como uma prática integrativa e complementar no SUS.

## REFERÊNCIAS

- Almeida-Filho NM. O que é saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 160p. (Coleção Temas em Saúde)
- Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(3):497-508.
- Azevedo E. Alimentos orgânicos: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social. 2.ed. Tubarão: Unisul; 2006.
- Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho Educação e Saúde* 2012; 9(3):361-378.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AMD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p.51-86.
- Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo AMD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p.25-50.
- Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC* 2005; 2(1):68-80.
- Bonnewitz P. *Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu*. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde* 2008; 1(1):33-42.
- Bourdieu P, Chamboredon J, Passeron J. *Ofício de sociólogo: metodologia na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 2005.
- Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Coleção Grandes Cientistas Sociais; 1983. p. 46-81.
- \_\_\_\_\_. *La noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1989.
- \_\_\_\_\_. *As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
- \_\_\_\_\_. *Escritos de Educação*. Nogueira MA, Catani A, organizadores. Petrópolis: Ed. Vozes; 1998.
- \_\_\_\_\_. *Coisas Ditas*. Tradução de Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. São Paulo: Brasiliense; 2004.

\_\_\_\_\_. A distinção: crítica social do julgamento. Tradução de Daniela Kern; Guilherme J.F. Teixeira. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2008.

\_\_\_\_\_. O senso prático. Tradução de Maria Ferreira; revisão da tradução, Odaci Luiz Coradini. 2ed. – Petrópolis : Vozes; 2011a.

\_\_\_\_\_. Razões práticas: Sobre a teoria da ação. Tradução de Mariza Corrêa. Campinas: Papirus; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência nacional de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. (Anais)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997. 36p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de medicina natural e práticas complementares – PMNPIC. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ed. Brasília: 2014a. 156p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Campo ERM. La entrevista como encuentro de subjetividades. Investigaciones Sociales. Año VIII No 13, p. 357-368. Lima:UNMSM/IIHS; 2004.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências e Saúde – Manguinhos 1997a; 4(2):287-307.

Caponi S. A proposito del concepto de salud. Florianópolis:UFSC; 1997b. mimeogr.

Carvalho MCVS. Bricolagem alimentar nos estilos naturais. Rio de Janeiro:EdUERJ; 2013. 162p.

Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

Contreras J, Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Tradução de Mayra Fonseca e Barbara Atie Guidalle. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 496p.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 43-57.

Da Nova JLL, Bezerra Filho JJ, Bastos LAM. Lição de anatomia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2000; 4(6):87-96.

DaMatta R. *O que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco; 1986.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 1986; 14(54):7-11.

Duarte J. Entrevista em profundidade. In: Duarte J, Barros A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*; 2. ed. São Paulo: Atlas; 2006. p. 62-83.

Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO* 2003; 3(1):24-27.

Fonsêca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes* 2012; 1(1):11-36.

Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(1):213-220.

Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição* 2003; 16(4):483-92.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas* 1995; 35(2):57-63.

Goodman L. Snowball sampling. *Annals of mathematical statistics* 1961, 32:148-170. Disponível em: [http://projecteuclid.org/download/pdf\\_1/euclid.aoms/1177705148](http://projecteuclid.org/download/pdf_1/euclid.aoms/1177705148) Acesso em: 1 set. 2014.

Luna SV. *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. 2a ed. São Paulo:EDUC; 1999.

Lüdke M, André Meda. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.

Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: Série Estudos em Saúde Coletiva, n.62. Rio de Janeiro: ERJR/IMS; 1993.

\_\_\_\_\_.Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus;1988.

\_\_\_\_\_.Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo:Editora Hucitec; 2000. p. 181-200.

\_\_\_\_\_.Novos saberes e práticas em saúde coletiva – Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa 2004; 30(2):287-298.

Mattos RA. Ciência, Metodologia e o trabalho científico (ou tentando escapar dos horres metodológicos). In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas públicas. Rio de Janeiro:ENSP/EPSJV/IMS/FAPERJ; 2011. Disponível em:<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf> Acesso em: 06 ago. 2014.

Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo:Hucitec; 1996.

Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo:Hucitec/Abrasco; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo:Hucitec; 2006.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública 1993; 9(3):239-262.

Minayo MCS, Deslandes S, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Moraes R. Alimentação viva e ecológica: um guia para organizar a sua dieta com sabedoria e receitas vivas deliciosas. Brasília:Ed. do Autor; 2011. 284p.

Morin E. O problema epistemológico da complexidade. Portugal:Publicações Europa-América, s.d.

Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Ciência e Saúde Coletiva 2011; 16(3):1793-1800.

Nascimento MC, et. al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(12):3595-3604.

Navarrete JM. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*. Año VIII No 13, p. 277-299. Lima:UNMSM/IIHS, Lima; 2004.

Navolar TS, Gonçalves RC. Os benefícios dos brotos e das sementes germinadas na alimentação. *Revista da Associação Brasileira de Nutrição* 2008; Ano 1, n.1.

Navolar TS. A interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS [Dissertação] Orientador: Charles Dalcanale Tesser, Co-orientadora: Elaine de Azevedo. Florianópolis, SC, 2010. 223p.

Navolar TS, Tesser CD, Azevedo E. Contribuições para a construção da nutrição complementar integrada. *Interface - Comunicação, Saude, Educação* 2012; 16(41):515-528.

NCCAM – National Center of Complementary and Alternative Medicine. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam> Acesso em: 30 set. 2014.

Paim JP. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):27-37.

Pimentel A. O método da análise documental: Seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa* 2001; 114:179-195.

PPICES - Política de práticas integrativas e complementares do estado do Espírito Santo: homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais, medicina tradicional chinesa/acupuntura. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. GRA/Núcleo de Normalização Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: [http://www.saude.es.gov.br/download/Politica\\_PPICES.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/Politica_PPICES.pdf) Acesso em: 22 ago.2014.

Priven SW. Além do princípio da vida. *Cultura Homeopática* 2005; 12:15-20.

Projeto Terrapia – Alimentação viva na promoção da saúde e ambiente 2014. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/terrapia/> Acesso em: 18 de ago. 2014.

Reis INC, Vianna MB. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3):697-709.

Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo:Atlas; 1999.

Rossoni E, Lampert J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde* 2004; 18(1):87-98.

Sabroza PC. Concepções de saúde e doença. Texto de apoio ao módulo do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. EAD/ENSP, 2001. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.

Santos JCRS. Um olhar sobre a prática da alimentação viva. Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares 2012; 1(1):107-115.

Szekely EB. O evangelho essênio da paz. 8a reimp. 2015. 312p.

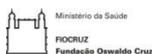
Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 13(1):195-206.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cadernos de Saúde Pública 2009; 25(8):1732-1742.

WHO - World Health Organization 1946. Constitution of the world health organization. Basic Documents. WHO. Genebra.

\_\_\_\_\_. Tradicional medicine strategy 2002-2005. Geneva, 2002. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf) Acesso em: 02 out. 2014.

## APÊNDICE A - CARTA-CONVITE



### CONVITE



## Você fez os Seminários de Alimentação Viva do Projeto Terrapia e atua/atuou como profissional de saúde em um serviço público de saúde?

Sim? Então vem contar sua experiência! Estamos procurando você na pesquisa: **“Quem sabe faz o vivo”**: a alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS.

A pesquisa objetiva compreender como a alimentação viva se insere na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS. Se você reside no Rio de Janeiro, escolha o melhor local e data onde podemos conversar sobre sua história; e se é de outra localidade, podemos marcar via internet (Skype) no horário mais conveniente.

A pesquisa não trará benefícios diretos da sua participação, mas esperamos que o resultado do trabalho possa contribuir para ampliar o conhecimento da alimentação viva como uma prática integrativa e complementar no SUS; assim a sua vivência compartilhada conosco é de grande importância.

Gratidão,

**Gabriella Carrilho Lins de Andrade.**  
Mestranda em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ

**Período de entrevistas: abril a junho de 2015.**

**Inscrições, dúvidas e informações:**  
**Pesquisadora principal:** Gabriella Carrilho Lins de Andrade  
**Email:** andrade.gabriella@gmail.com  
**Telefone:** 21.986898392  
**Orientadoras:** Ângela Fernandes Esher Moritz  
e Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho

E ainda, se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-ENSP/FIOCRUZ):

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ  
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br  
Telefone: 21.25982863  
Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 40158114.0.0000.5240

## APÊNDICE B - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO



### Roteiro Semi-Estruturado

“Quem sabe faz o vivo”: a alimentação viva na a prática de profissionais de saúde no SUS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: Início: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min Término: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

Local/Formato de realização: \_\_\_\_\_

#### Perfil do Entrevistado (a)

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Formação profissional: (grau de instrução, nome instituição): \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_ Tempo de serviço público: \_\_\_\_

#### Tema 1: Formação:

Conta um pouco sobre os **motivos** que o/a levaram à escolher essa **profissão**.

Quais as **impressões da formação**?

Resumidamente falar sobre a **trajetória profissional**.

Enquanto profissional da saúde, qual seu **entendimento sobre saúde/doença**?

O tema **PIC/AV** foi abordado na formação? Como?

#### Tema 2: Projeto Terrapia/Alimentação Viva:

Como teve **conhecimento do Projeto**?

Quais foram os **objetivos/interesses** em participar?

**Conhecia AV antes ou a partir do Terrapia**?

Tempo de participação no Terrapia.

Quais as **impressões do Projeto**? E da **AV**?

Como é a **AV no cotidiano da sua vida, receitas (culinária), relação com família, amigos, trabalho**?

O que é **o vivo para você**? Como ele está na sua vida? O que te mobiliza à AV?

**Entendimento sobre AV e vitalidade.**

Você tem **críticas ao Projeto/AV? Dificultadores**?

#### Tema 3: Atuação no SUS com Alimentação Viva:

O que te levou à **atuação no SUS (motivos)**? Quanto **tempo**? Qual o **serviço**?

Conta um pouco sobre o serviço (**Caracterização do serviço**).

Você tem **conhecimento sobre a PNPIC**?

Fala sobre sua **experiência com AV** no serviço:

Como começou?

**Como/o que insere a AV na sua prática**?

Como é/foi a **recepção de usuários e colegas de trabalho**?

Condições de **viabilidade**:

O que você considera como **dificultadores/entraves da inserção da AV**?

O que você considera como **facilitadores/possibilidades da inserção da AV**?

Pode citar alguns **exemplos**?

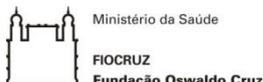
Qual a **importância da AV** no contexto do serviço?

O que **espera com a AV**?

\*Algo que não foi falado e quer colocar?

\*Indicação de outro possível participante? (Bola de neve)

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Quem sabe faz o vivo”**: a **alimentação viva na prática de profissionais de saúde no SUS**, desenvolvida por Gabriella Carrilho Lins de Andrade, discente do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Profa. Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz e Profa. Dra. Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho.

O objetivo central do estudo é compreender como a alimentação viva se insere na prática de profissionais de saúde, oriundos do “Projeto Terrapia”, no âmbito do SUS.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser profissional de saúde, ter formação em alimentação viva no Projeto Terrapia (entre 1997-2013) e ter atuação no serviço público de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Caso você não queira participar, não haverá nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora, com o Projeto ou com a Fiocruz. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, a menos que você solicite o contrário, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, com duração de aproximadamente 60 minutos, à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e as orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Página 1 de 3

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

Não haverá benefícios diretos em sua participação mas esperamos que o resultado do trabalho possa contribuir para ampliar o conhecimento da alimentação viva como uma prática integrativa e complementar no SUS. Você receberá um relatório com os principais dados ao final da pesquisa. Toda pesquisa possui riscos potenciais. Existe a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. No entanto, para essa pesquisa os riscos são mínimos e estão relacionados à possibilidade de constrangimento durante a entrevista. Caso isso aconteça poderemos interromper a entrevista conforme seu desejo.

Não está previsto que o participante tenha despesas decorrentes da pesquisa, no entanto, se houver a pesquisadora será responsável por ressarcir-lo. Não haverá remuneração associada à sua participação na pesquisa.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Você receberá uma via deste termo onde constam telefone, email e endereço institucional da orientadora responsável pela pesquisa, e os contatos da pesquisadora principal (mestranda) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Esse termo deve ser guardado por pelo menos cinco anos.

**Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.**

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.**

Endereço CEP/ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

**Orientadora da Pesquisa:** Profa. Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz

Telefone: 21 – 25982879

Email: [aesher@ensp.fiocruz.br](mailto:aesher@ensp.fiocruz.br)

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 6º andar, sala 630 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

**Pesquisadora responsável:** Gabriella Carrilho Lins de Andrade

Telefone: 21 – 986898392

Email: [andrade.gabriella@gmail.com](mailto:andrade.gabriella@gmail.com)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

**Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Nome completo: \_\_\_\_\_

- ( ) Autorizo a gravação da minha entrevista.
- ( ) Não autorizo a gravação da minha entrevista.
- ( ) Desejo que meu nome seja identificado e permito que a transcrição de minha fala seja vinculada a identificação do meu nome.
- ( ) Desejo que meu nome seja identificado mas **não** permito que a transcrição de minha fala seja vinculada a identificação do meu nome.
- ( ) Não desejo que meu nome seja identificado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável  
**Gabriella Carrilho Lins de Andrade**

Página 3 de 3

Rubrica pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica participante: \_\_\_\_\_

**ANEXO - FICHA DE INSCRIÇÃO NO SEMINÁRIO DE ALIMENTAÇÃO VIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AMBIENTE**

	<b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b>	<b>Período:</b> _____	<b>nº</b> _____
	<b>SEMINÁRIOS DE ALIMENTAÇÃO VIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AMBIENTE</b>		
<b>Nome:</b> _____			
<b>Idade:</b>			
<input type="checkbox"/> Até 25 anos <input type="checkbox"/> De 26 a 40 anos <input type="checkbox"/> De 41 a 60 anos <input type="checkbox"/> Acima de 60 anos			
<b>Residente:</b>			
<input type="checkbox"/> Zona Norte ou Oeste <input type="checkbox"/> Zona Sul ou Centro <input type="checkbox"/> Outros municípios			
<b>Telefones:</b> _____		<b>Ocupação:</b> _____	
<b>e-mail:</b> _____			
<b>Qual seu interesse pelo seminário?</b>			
<input type="checkbox"/> Mudança de hábito alimentar <input type="checkbox"/> Práticas ecológicas <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Capacitação profissional			
<b>Como tomou conhecimento do seminário?</b>			
<input type="checkbox"/> Amigos e familiares <input type="checkbox"/> Rádio e TV <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Eventos			
Estou ciente de que a presença às aulas será avaliada pela apresentação das sementes germinadas solicitadas.			
Rio de Janeiro, ___/___/___		_____	
		assinatura	

Fonte: Projeto Terrapia.