

A nau dos insanos

as dificuldades do diálogo entre os campos da nutrição e da saúde mental

Leticia Andrade de Almeida
Francisco Romão Ferreira
Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho
Cristiane Marques Seixas

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALMEIDA., LA., *et al.* A nau dos insanos: as dificuldades do diálogo entre os campos da nutrição e da saúde mental. In: PRADO, SD., *et al.* orgs. *Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede.* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 297-313. ISBN: 978-85-7511-456-8. Available from: doi: [10.7476/9788575114568](https://doi.org/10.7476/9788575114568). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/37nz2/epub/prado-9788575114568.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A nau dos insanos: as dificuldades do diálogo entre os campos da nutrição e da saúde mental¹

Leticia Andrade de Almeida

Francisco Romão Ferreira

Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho

Cristiane Marques Seixas

Introdução

Nas últimas décadas, o campo da Alimentação e Nutrição vem sofrendo importantes mudanças. Acentua-se cada vez mais a aproximação com as ciências humanas e sociais, haja vista que o fenômeno alimentar caminha lado a lado com as mudanças culturais e subjetivas de seu tempo. Convocada a construir saberes e práticas frente às novas configurações sociais, a Nutrição enfrenta desafios grandiosos, e um deles é, sem dúvida, a atuação do nutricionista no campo da Saúde Mental. A estranheza e a ameaça que a loucura comporta impõem um questionamento que ultrapassa o conhecimento nutricional e exige considerar a alimentação um fenômeno humano e a comida algo que ultrapassa sua composição nutricional.

¹ Este texto deriva da dissertação de mestrado intitulada “Pirando na batatinha: uma aproximação entre os temas da alimentação, nutrição e a saúde mental”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde e do Núcleo de Estudos sobre Cultura e Alimentação (NECTAR) do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

O campo da Saúde Mental, por sua vez, também vive um momento singular: se, tradicionalmente, a loucura era tratada pela exclusão social do doente mental, recentemente o movimento da Reforma Psiquiátrica significou um avanço sem precedentes no modo de entender, tratar e cuidar desses pacientes. Por décadas, o cuidado ao doente mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, com longos períodos de internação e isolamento, reforçando a lógica de periculosidade e incapacidade do sujeito (Jorge, 2011). Diante do progressivo questionamento do estatuto da loucura e da reinserção do doente mental no convívio social, vários campos de saber se debruçam sobre o enigma da loucura, buscando construir novas formas de conceber práticas capazes de enfrentar a complexidade humana, que se radicaliza na figura do louco.

A extrema alteridade da loucura coloca dificuldades para o nutricionista que atua nesse campo, já que sua formação poucas vezes prioriza um olhar ampliado do sujeito. Ao olharmos o todo e entendermos que esse sujeito que recebe as ditas orientações nutricionais, com quantidades, horários e alimentos predefinidos, está inserido num contexto, e que muitas vezes esse contexto é radicalmente diferente, constatamos a necessidade de avançar na articulação entre os campos da Saúde Mental e da Alimentação e Nutrição.

A figura do louco

A reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de vinte anos e tem como marca distintiva e fundamental a restituição da cidadania do louco. Nesse sentido, considera-se o acesso à alimentação adequada um dos direitos humanos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, bem como um dos requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. Desse modo, é preciso acompanhar os desdobramentos históricos que acompanham a loucura e fazem com que, hoje, ela seja um dos maiores desafios enfrentados pelo nutricionista em sua prática, possibilitando a criação de estratégias educativas capazes de abordar o fenômeno alimentar em suas várias dimensões.

Nosso guia nessa empreitada é Michel Foucault, que, em seu livro *A história da loucura* (1978), traça os caminhos tortuosos enfrentados por aqueles que, desde que o mundo é mundo, não se incluem no que seria considerado “normal” ou desejável. A história da loucura tem início no final da Idade

Média, associada, de certa maneira, à ocorrência da lepra, que se alastrou por toda a Europa. O leproso representava uma ameaça à sociedade, e os leprosários, que se haviam multiplicado na alta Idade Média, serviam para agregar os indivíduos acometidos pela doença e, ao mesmo tempo, segregá-los (Foucault, 1978). Muito além dos aspectos médicos da doença em si, esses leprosos eram reconhecidos pela Igreja como pecadores, e o discurso do isolamento e da segregação do leproso fazia parte da punição divina e da redenção dos pecados, justificando sua exclusão.

Aquilo que, sem dúvida, vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida, que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (Foucault, 1978, p. 9).

No final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Dessa época em diante, apaga-se da memória o leproso carregado de pecados, e a estrutura dos leprosários é ocupada por novos *moradores*, os pobres, os incuráveis e os loucos. Ainda que muitas dessas figuras indesejadas já houvessem sido expulsas das cidades e embarcadas em naus que assombravam o imaginário da população europeia – a *Stultifera navis* ou a *Nau dos insanos* –,² o vazio dos leprosários serviu, segundo Foucault (1978), aos velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e à preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria, a qual se expressava no desejo de ajudar e na necessidade de reprimir; no dever de caridade e na vontade de punir.

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à

² Essas naus navegavam pelo rio Reno, recolhendo os acometidos de insanidade, bêbados e vagabundos, os quais eram levados para territórios distantes, pois essas minorias eram consideradas ameaças à segurança e a ordem. Seu recolhimento nas naus tinha por objetivo evitar que esses grupos vagassem pelas cidades (Foucault, 1978).

incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca (Foucault, 1978, p. 16).

A análise foucaultiana nos mostra esses diferentes momentos e modos como a loucura é concebida pela sociedade. A figura do louco até o fim da Idade Média se relaciona com a figura obscura e instável que é o mar. A loucura e o louco simbolizam a ambiguidade entre ameaça e escárnio, “vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (Foucault, 1978, p. 18). Se até a segunda metade do século XV o tema da morte imperava sozinho e se concretizava nas pestes e nas guerras, nos últimos anos desse século a grande inquietude sofre uma torção: o desatino da loucura substitui a morte e a seriedade que a acompanha, confrontando a finitude pela “contemplação desdenhosa deste nada que é a própria existência” (Foucault, 1978, p. 20). A possibilidade de ser reduzido a nada que a loucura expõe faz com que o homem reflita sobre outra forma de viver, renovada a cada instante, com seus defeitos e os ridículos de cada um. O louco é “o que não está nem aí” para a morte, apresentando-se também com sua presença vencida.

A substituição do tema da morte pelo da loucura não marca uma ruptura, mas sim uma virada no interior da mesma inquietude. Trata-se ainda do vazio da existência, mas esse vazio não é mais reconhecido como termo exterior e final; simultaneamente, é ameaça e conclusão; ele é sentido do interior, como forma contínua e constante da existência (Foucault, 1978, p. 21).

O crescente fascínio pela loucura se evidenciou entre os fins do século XIV e o início do século XVII, período denominado Renascença. Essa época foi marcada por transformações que influenciaram a vida humana, realizando a transição entre a Idade Média e parte da Idade Moderna. Duas das principais características desse período foram a ruína do simbolismo gótico e a liberação para o onirismo. Das artes à literatura, as imagens que “falam” na Renascença passaram a gravitar em torno da própria loucura. Sua multiplicidade de imagens fantásticas, liberadas do ordenamento da forma, fascinavam os indivíduos que buscavam uma saída para a vida na qual se viam refreados em seus prazeres mundanos, sendo forçados à busca pela perfeição espiritual.

Além do fascínio suscitado pela libertação de um lado obscuro do humano, a loucura fascinava porque era um saber. Tratava-se de uma sabedoria intangível, inacessível e temida por muitos, uma rede de significados compreendida apenas pelos insanos.

Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso mesmo mais inquietantes –, o Louco o carrega inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível (Foucault, 1978, p. 26).

O período da Renascença foi hospitaleiro com a loucura, que passou, então, a ocupar lugar intermediário, autorizando a manifestação de verdade e o retorno amenizado da razão. Contudo, para Foucault, se as vozes da loucura, por um lado, pressentiam as ameaças e os segredos do mundo, causando fascínio, por outro foram resumidas ao silêncio através de um estranho golpe de força desferido pelo cogito cartesiano, que interrogou a razão na loucura. Com o percurso da dúvida cartesiana, a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade. “Doravante, a loucura está exilada. Se o homem pode sempre ser louco, o pensamento, como exercício de soberania de um sujeito que se atribui o dever de perceber o verdadeiro, não pode ser insensato” (Foucault, 1978, p. 54).

Nesse contexto histórico e filosófico, ocorre a efetiva ocupação dos antigos leprosários pelos indivíduos loucos. As então chamadas “casas de internamento” passam a ser destinadas a recolher, alojar e alimentar aqueles que buscam assistência por vontade própria ou aqueles que são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. A desordem, principal característica que orienta o “mundo” dos insanos, passa agora a conhecer o domínio da ordem perfeita aplicada nessas casas, ou seja, o internamento seria a sequência moderna do *embarque* na medieval “Nau dos loucos”.

Os internamentos apresentavam, de forma clara, seus mecanismos sociais e seus objetivos higienistas, mas restringir seu entendimento sobre esses aspectos seria o mesmo que deixar de compreender toda a riqueza do contexto daquela época. Foucault (1978) afirma que é a partir desses internatos que a consciência médica passa a enxergar a loucura como uma doença da natureza, destinando os antigos leprosários exclusivamente ao internamento dos loucos. No século XIX, com Pinel e a psiquiatria positiva, o “tratamento

moral” toma lugar privilegiado, visando à repressão da imaginação do alienado, forçando-o a uma vida útil e passível de salvação.

No Brasil, a história da loucura não foi muito diferente. Os hospitais psiquiátricos surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pelo ideário da loucura, pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. Eles surgiram com o objetivo de oferecer um local de recolhimento adequado aos loucos que estavam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas do município do Rio de Janeiro (Jorge, 1997), compondo uma ampla rede de exclusão social desses indivíduos.

Inicialmente, em dezembro de 1852, foi criado o Hospício de Pedro II. O local escolhido para abrigar esse hospício seria a Praia Vermelha, pois o estabelecimento ficaria distante do centro urbano da cidade, reforçando a lógica de afastamento e reclusão do louco. Em 1890, foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados, formada pelo Hospício Nacional dos Alienados e pelas Colônias S. Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador. Essa instituição tinha por finalidade socorrer gratuitamente, ou mediante retribuição, sem distinção de sexo, os indivíduos enfermos de alienação mental (Brasil, 1890). As colônias eram espaços utilizados para “desafogar” os hospitais psiquiátricos. Nelas, os internos se ocupavam de atividades, principalmente as agrícolas e as atividades artesanais (Jorge, 1997). Essas atividades eram formas de compensar a incapacidade das famílias de custear os tratamentos.

Posteriormente, outros estabelecimentos da rede privada vieram compor a assistência psiquiátrica: a Casa de Saúde Dr. Eiras, a Casa de Saúde Dr. Leal, a Casa de Saúde São Sebastião, o Sanatório Botafogo e a Casa de Saúde Dr. Abílio. Em 1921, foi inaugurado o manicômio judiciário, com o objetivo de retirar os pacientes considerados perigosos da “Seção Lombroso” do Hospício Nacional dos Alienados. Em 1923, as colônias da Ilha do Governador foram fechadas, e seus pacientes foram transferidos para a região de Jacarepaguá, onde nasceu a famosa Colônia de Psicopatas Homens de Jacarepaguá. Em 1935, essa instituição recebeu o nome de Colônia Juliano Moreira e passou a abrigar, de 1938 em diante, homens e mulheres transferidos do Hospício Nacional (Facchinetti, 2010).

Observa-se aqui que o modelo manicomial que se delineou na nascente Psiquiatria brasileira atende à descrição proposta por Goffman (1974) das instituições totais. Segundo Goffman, a sociedade moderna tem como característica realizar suas atividades diárias em diferentes locais, com a participa-

ção de diferentes atores. Já os sujeitos submetidos às regras das instituições totais rompem essa barreira, pois são “reduzidos” às regras impostas por essas instituições. Os participantes das equipes que trabalham nessas instituições tendem a se sentir superiores e corretos, enquanto os internados tendem a se sentir fracos, inferiores, censuráveis e culpados. Na maioria das vezes, têm seu dia todo determinado, como se suas necessidades essenciais precisassem ser planejadas. As instituições totais podem ser descritas por lugares nos quais todas as atividades humanas são realizadas, sob autoridade. Nessas instituições, o ato de se alimentar torna-se mais complexo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira

Paralelamente aos acontecimentos da saúde mental na Europa, em especial na Itália, e, na esteira da transição entre ditadura militar e democracia, surge no Brasil, em meados da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento previa um processo de democratização da saúde, justamente num período em que entraram em cena novos atores sociais na luta contra a ditadura (Paim, 2007). A Reforma Sanitária veio desconstruir o conceito de saúde restrito ao diagnóstico médico feito por especialistas e designado por um saber academicamente reconhecido, e passa a pautá-lo na garantia da vida (Brasil, 2006), ampliando sua conceituação. Esse movimento culminou com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e democrático, que reconhecia a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

No início da década de 1970, estimulado pelo processo de Reforma Sanitária, teve início um processo político e social complexo, denominado Reforma Psiquiátrica, que tinha como eixo central a reestruturação do processo de trabalho e as formas do cuidado ao paciente psiquiátrico. Amarante (2009) defende que o objetivo maior desse processo não era a transformação do modelo assistencial, mas do lugar social da loucura, da diferença e da divergência. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito de sua própria experiência. Dessa forma, o louco deixa de assumir o papel de objeto e passa a ocupar o lugar de sujeito, com escolhas e responsabilização na tomada de decisões e na reconstrução da própria vida. Entende-se que essas ações não se limitam ao espaço físico de uma instituição, podendo, sobretudo, ocorrer

nos espaços que a vida oferece, de circulação e socialização. Contudo, essa mudança teve efeito significativo nos espaços de exclusão onde a loucura era depositada.

Um dos principais desdobramentos desse processo foi a Lei n.º 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial em saúde mental, propondo uma nova organização de cuidado e uma rearticulação das práticas de saúde no que diz respeito à doença mental, tendo como princípio norteador a desinstitucionalização do doente mental. A partir de então, surgiram diversos serviços que funcionariam como substitutos ou complementares aos hospitais psiquiátricos, inclusive os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são considerados dispositivos estratégicos para a reestruturação do cuidado ao paciente psiquiátrico. É nesse momento que uma combinação de novos atores, instituições e forças de diferentes origens incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2005).

O marco inicial de criação dos CAPS foi o ano de 1987, com a inauguração do CAPS Luiz Cerqueira, no qual os cuidados eram sustentados num tripé que incluía a Psicanálise, o uso racional de psicofármacos e as práticas de inclusão social. Esses cuidados realizam a articulação do sujeito com o território, e não a clausura e o isolamento (Pitta, 2011). Esse serviço foi pioneiro no país no que diz respeito a estratégias alternativas à internação e aos tratamentos psiquiátricos convencionais adotados até então, sendo também um marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2001).

Os CAPS objetivam a atenção diária, de caráter ambulatorial, para atendimento de pessoas acometidas de transtornos psiquiátricos graves e persistentes, que funcionam segundo a lógica do território. Atualmente, os CAPS podem ser classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III (de acordo com o número de habitantes do território de abrangência), CAPSad (atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas) e CAPSi (atendimento a crianças e adolescentes). Os CAPS articulam-se à rede de serviços de saúde e a outras redes sociais de setores afins, para que se possa fazer frente à complexidade das demandas de inclusão (Brasil, 2004)

Se a Reforma Sanitária teve efeito na organização dos serviços de assistência ao doente mental, a Reforma Psiquiátrica exigiu a reformulação das práticas de saúde voltadas a esses indivíduos. A Reforma Sanitária foi responsável por promover certo desconforto nas formas de atuação do nutricionista, justamente por propor uma abordagem interdisciplinar, com vistas à integralidade da atenção e com base nas necessidades do paciente (Matuda et al., 2013). Ou seja, esse novo modelo de cuidado proposto pela Reforma Sanitária e encampado pela Reforma Psiquiátrica coloca, tanto para o campo da Saúde Mental quanto para o campo da Nutrição, a necessidade de discutir o reajuste de suas práticas. É nesse contexto que há a aproximação da Nutrição com as ciências humanas e a interface com a saúde coletiva, com o fortalecimento dos conceitos de interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado.

O difícil diálogo entre Nutrição e Saúde Mental

Tradicionalmente, a formação do profissional nutricionista é pautada no conhecimento sobre os nutrientes e seus efeitos bioquímicos, preocupando-se, na maioria das vezes, em traduzir processos biológicos como ingestão, digestão e absorção. O processo da orientação nutricional “enquadra a prática profissional com vistas à prevenção e à cura de doenças, atribuindo a esses alimentos valor de medicamento” (Prado et al., 2011). Nesse sentido, a atuação profissional é reduzida à prescrição, em que o protagonista é a patologia, e não o indivíduo.

Apesar de as políticas provenientes do processo de Reforma Psiquiátrica garantirem o direito à alimentação dos usuários de um CAPS, esses documentos pouco dizem em relação às questões relativas a alimentar, comer e nutrir. Pode-se dizer ainda que o final da década de 1970 e o início da década de 1980 foram responsáveis por protagonizar diversos acontecimentos nos campos da alimentação, da nutrição e da saúde mental. A ampliação do campo de atuação do nutricionista decorrente da interface com a saúde coletiva, juntamente com a Reforma Psiquiátrica, com a criação dos CAPS, não é acompanhada de uma formação do nutricionista que contemple essas necessidades. As reformas apresentadas acima, assim como as mudanças na concepção da loucura e de seus efeitos sociais, são eventos responsáveis por entrelaçar esses campos, que, contudo, permane-

ceram sem o cuidado teórico necessário para a construção de uma prática do nutricionista alinhada com os princípios propostos.

A alimentação é direito do cidadão, garantido pela Constituição Federal desde 1988. Tendo em vista o panorama da fome, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) entende por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006b, art. 3.º).

Para garantir a realização desse direito fundamental no interior dos CAPS I, II e III, estabeleceu-se que os pacientes assistidos em um turno de quatro horas devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) devem receber duas refeições diárias; e os pacientes que permanecerem no serviço por 24 horas contínuas (CAPS III) devem receber quatro refeições diárias (Brasil, 2004). Aqui a alimentação é entendida no cumprimento do direito previsto e garantido, tanto nos documentos oficiais que norteiam a atuação profissional do nutricionista como nos documentos que regulamentam o funcionamento dos CAPS. O não cumprimento desse direito poderia levar ao descredenciamento e ao fechamento do serviço. O gestor, juntamente com a equipe, necessita dar conta desse direito, para que suas ações não demonstrem negligência no cuidado.

Além disso, o direito à alimentação nos CAPs pode mostrar-se de formas distintas, prevalecendo a peculiaridade de cada serviço. Esse direito pode dar-se em relação ao trabalhador, que está assegurado por lei a receber suas refeições no local de trabalho, durante a jornada semanal; pode ainda aparecer pela lógica da organização do serviço, como, por exemplo, quem terá direito a determinada refeição naquele dia e horário, variando de acordo com o Projeto Terapêutico Singular³ e com o propósito de não ultrapassar quantitativos previamente planejados para o serviço naquele momento.

³ É o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o indivíduo, não somente a partir do plano biológico, sendo esse projeto resultado da discussão coletiva de uma equipe.

Por mais reducionista que possa parecer interpretar a alimentação pela ótica do direito, precisamos levar em consideração que alimentar-se é um ato essencial à vida, reforçando o que prega um dos principais objetivos do cuidado ao paciente acometido de transtorno psiquiátrico. Apesar de o ato de comer e a comida estarem “recheados” de significados subjetivos, não podemos negar que também nos alimentamos por uma necessidade – uma necessidade vital (Cannesqui, 2005). Entretanto, a garantia do direito à alimentação não é a maior dificuldade a ser enfrentada. A pouca problematização dos aspectos subjetivos e socioculturais relacionados com a comida denuncia uma objetualização do doente mental, alienando-o de toda significação que a comida comporta.

As relações de poder características das instituições totais (Goffman, 1974) expressam-se também em torno da alimentação, configurando um amplo campo de análise, muitas vezes ignorado pelos gestores e pelos profissionais de saúde. Nos CAPS quem alimenta detém um poder que ultrapassa o direito e o dever. Assim como nos grandes asilos, os CAPs acabam por reproduzir aspectos do modelo das instituições totais que referenciaram o modelo psiquiátrico brasileiro do século XIX, concebidas para recolher, alojar, isolar, alimentar e abrigar os loucos, não abarcando todo o potencial que o ato de alimentar pode comportar. As equipes que lidam diariamente com esses indivíduos esvaziam essa possibilidade, reduzindo a comida a seu conteúdo nutricional. Nesses espaços, alimentar é entendido como nutrir, e até mesmo a preocupação em fornecer uma alimentação saudável é reduzida ao necessário. Ou seja, para esses pacientes, basta fornecer a quantidade necessária para sua sobrevivência, de forma regrada e estabelecida por lei, de acordo com o tempo de permanência nos serviços.

Para Carvalho et al. (2011), o comer, o nutrir ou o alimentar, a princípio, são “palavras” que circulam em nossa cultura mais ou menos como sinônimos, com ligeiras variações de aplicação. Quando submetidas a um rigoroso trabalho teórico, é possível notar diferenças importantes. Suas delimitação e conceituação permitem que sejam tomadas como categorias de análise para refletir sobre como organizam uma forma de pensamento contemporâneo e, em consequência, as práticas em determinados espaços.

Para as autoras, a “comida” pode assumir diferentes significados e dar sentido às ações sociais que se deslocam de um contexto cultural para outro, enquanto o “alimento” assume sentidos que dizem respeito à significação no contexto de um universo imaginário e simbólico capaz de produzir identida-

des individuais e coletivas, relações sociais e vínculos que ultrapassam a lógica consciente do discurso. Nutrir, por sua vez, diz respeito à composição nutricional dos alimentos e a seus efeitos metabólicos na fisiopatologia humana. A nutrição é um objeto científico cujo estudo resulta no estabelecimento de uma “norma” dietética regulada e adequada. Trata-se de uma forma moderna de ordenamento da alimentação que fragmenta o alimento, assim como o corpo, para ser observado com exatidão e representado por elementos mensuráveis e abstratos.

A ciência da Nutrição, que se constituiu na modernidade científica, desenvolveu suas concepções nesta tendência da racionalidade, buscando responder às questões objetivas sobre o que devemos comer para ter uma vida com menores riscos de adoecimento. No entanto, enfrenta novos desafios quando elabora intervenções que demandam um controle dos efeitos de um novo modo de comer que vem se construindo na sociedade contemporânea (Carvalho et al., 2011, p. 158).

Nesse sentido, comer, alimentar e nutrir para o doente mental passam por quais lugares e reflexões? Será que, a partir da garantia de cumprimento do direito à alimentação nos espaços destinados ao cuidado dos doentes mentais, como, por exemplo, os CAPs, é possível agregar valores, criando novas formas de intervir e tratar? Tomando como premissa que a Reforma Psiquiátrica tem por objetivo a restituição da cidadania ao louco, dar de comer a esses indivíduos é ir além do nutrir. Nessa perspectiva, é possível notar, por exemplo, o estreitamento do vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes, o qual, com frequência, ocorre no espaço que a cozinha ocupa nos serviços de saúde mental, especificamente nos CAPS. Da mesma forma, chama atenção o resgate da memória perdida nos longos anos de internação, por meio da lembrança de determinada comida ou receita, auxiliando na reconstrução da história de cada indivíduo e de sua doença.

A partir da garantia do direito, a comida torna-se elemento fundamental no tratamento, não só porque supre as necessidades vitais dos doentes, mas também porque garante outro espaço de simbolização e diálogo. Experiências em que a comida ocupa lugar privilegiado no tratamento não são incomuns. Uma vez que o direito à alimentação está garantido, torna-se premente avançar no terreno em que as garantias faltam. Quando a comida

é colocada em primeiro plano e considerada o fio condutor das relações, torna-se evidente a necessidade de se pensar o cuidado nutricional dos usuários com questões clínicas que se relacionam, direta ou indiretamente, com a alimentação e que também guardam importante ligação com sua história.

O relato de alguns delírios ou a própria relação compulsiva com a comida são aspectos problemáticos na abordagem nutricional dentro dos CAPS, pois configuram pontos em que não há uma separação entre as especialidades (Medicina, Psicologia e Nutrição), mas uma profunda amarração. É o que se nota em recortes discursivos como estes:

Eu sou especialista em chá, ervas medicinais... Eu curo Aids, curo tuberculose, diabetes, depressão... Nutricionista, pra fazer este chá, precisa pegar a erva que está lá no pé do Cristo Redentor, porque é a única que serve, é a única que cura, aquela que é boa.

O paciente está com uma obesidade mórbida, questões cardiológicas importantes, diabetes, dificuldades de respirar e caminhar. Seria necessário solicitar para ele uma dieta hipossódica ou uma dieta para diabéticos... enquanto ele estiver na instituição, não podemos negligenciar esse cuidado... e a nutricionista poderia dar conta disso.

A natureza biossocial da alimentação deveria ser sempre levada em consideração, especialmente por aqueles que, por meio de suas orientações e prescrições, pretendem intervir nas práticas alimentares de determinados grupos humanos (Contreras e Gracia, 2011). Porém, as políticas de saúde pública tendem a se organizar em suas vertentes fisicalistas, sem direito à subjetivação, sendo necessário avançar na elaboração dos dispositivos teóricos e das formas de ação da clínica que garantam o direito e ampliem o alcance da rede (Pitta, 2011), passando a comportar esses elementos, que só aparecem na problematização característica das práticas interdisciplinares.

A comensalidade que se apresenta nos espaços contemporâneos destinados à loucura não pode estar livre da desordem que lhe é inerente. A prática de “comer junto”, partilhando a comida, as formas coletivas de se obter a comida e o desenvolvimento de utensílios para uso culinário, tudo isso está na origem da socialização humana (Carneiro, 2005). Se a cultura alimentar de um povo contribui para sua organização social, na constituição de regras

de identidade e de hierarquia de uma sociedade, a forma como o indivíduo se alimenta nem determinado espaço social é capaz de incluí-lo ou excluí-lo de uma sociedade. Comer no CAPS ou em qualquer outro lugar tem como efeito localizar um indivíduo no mundo. Este não se alimenta de macro e micronutrientes, de porções previamente definidas a partir da média de uma população considerada “sadia”. Ele se alimenta de comida, e essa comida é capaz de despertar sentidos, resgatar laços, sendo o gosto capaz de traduzir uma cultura incorporada, produzindo e reproduzindo relações entre o corpo e o alimento (Carvalho, 2011).

Para complementar, Santos (2008) afirma que comer é objeto de uma tomada de decisão cotidiana e individual – decisão sobre o que comer, onde e quando comer e com quem comer, havendo uma transformação social que liberta o indivíduo das amarras da tradição e implica supostas liberdades. Se a Reforma Psiquiátrica tem por objetivo maior tornar os indivíduos responsáveis por sua vida e as decisões que isso implica, questionamo-nos como a liberdade individual de escolher o que comer pode existir também nos CAPS, uma vez que o aspecto asilar no que diz respeito à alimentação se apresenta ainda como um resíduo dos tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica. A tutela sobre a vida daqueles que frequentam o CAPS também fica evidente em relação ao medo que a loucura gera naqueles que com ela lidam. Exemplo disso é o fato de as refeições serem servidas com colheres a todos os doentes, independentemente de terem dentes ou não, se oferecem perigo real ou não.

Considerações finais

As expectativas nos campos da alimentação, da nutrição e da saúde mental parecem divergir em determinados pontos, justamente pelo fato de a nutrição ter uma formação de caráter tecnicista, estruturada a partir de um saber biomédico que restringe uma percepção mais ampliada. É justamente por apresentar um histórico de surgimento no campo da Biomedicina que as expectativas dos profissionais com larga história em saúde mental (falo aqui dos psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros) também giram em torno da comida como mero carreador de nutrientes. Apesar do histórico de lutas em torno da busca por cidadania e autonomia do paciente psiquiátrico, para esses profissionais é comum olhar o CAPS apenas como um local que abriga um suporte para a realização das refeições, sem que

essa relação com a comida seja esmiuçada. Para o nutricionista que atua nesse contexto, o refeitório configura também mais uma unidade de alimentação e nutrição, fazendo com que se cumpra a lei.

É preciso, portanto, pensar a comida e a comensalidade como ferramentas terapêuticas, destacando seu potencial na humanização não só dos usuários, mas também dos trabalhadores dos serviços substitutivos. A comida é um elemento multifacetado que pode aparecer tanto como uma “válvula de escape” para a diminuição do consumo abusivo de drogas, ou como negação da doença mental, quanto como forma de vínculo com o profissional. Até mesmo para os profissionais, a comida tem seus sentidos ocultos: pode figurar como um meio de amenizar os efeitos quase deletérios de estar num espaço de sofrimento, um espaço em que se chega ao limite da humanidade. Olhar a comida com um novo olhar é o que permite tomar a favor do doente e dos profissionais aspectos próprios do ser humano, restituindo sua dignidade. Trata-se de um exercício necessário para que não se repita aquilo que se quer abolir, deixando que as vestes do direito e suas garantias encubram um retorno contemporâneo da figura do louco, que deveria ser banido das mesas e dos refeitórios, reduzindo-o a mero consumidor de nutrientes.

Com o término deste trabalho, concluo que o papel do profissional nutricionista nos Centros de Atenção Psicossocial torna-se de suma importância, justamente por ser um espaço para enxergar a alimentação como um fenômeno a ser enaltecido, visto que o nutriente não dará conta de responder a algumas expectativas. Além disso, vejo como um excelente local para problematizar a formação tecnicista/reducionista da Nutrição, que tende a enquadrar os indivíduos.

É importante ainda salientar que o lado biológico não invalida o lado humano e vice-versa; na verdade, o que dará direção é a necessidade dentro de uma escala de prioridades para aquele indivíduo, naquele momento, sem que haja uma valorização dos desejos de quem cuida. Isso significa entender e respeitar o desejo do outro, mesmo que contradigam as construções de pensamento do profissional. Esta pesquisa advém justamente da tentativa de contribuir para a pauta da saúde mental, incluindo-a nas discussões sobre alimentação e nutrição, bem como incluindo as pautas de alimentação e nutrição nas discussões da saúde mental.

Por conseguinte, este trabalho representa uma contribuição no que tange à incorporação e ao diálogo com outros saberes, sendo os CAPS res-

ponsáveis por retirarem o nutricionista de sua zona de conforto (chamo aqui zona de conforto os campos mais tradicionais na formação do profissional de nutrição). Este trabalho, portanto, traz à tona questões sobre uma escuta mais sensível na nutrição.

“Pirar na batatinha” é, antes de tudo, enxergar possibilidades; é, de certa forma, enxergar a alimentação como possibilidade, e não como um mecanismo punitivo, de dominação do outro. É entender que sempre haverá uma maneira de se reinventar, de encontrar ajustes, tornando-nos plurais a cada situação. A forma e a regra através da alimentação muitas vezes contribuem para o reducionismo, mas também podem ser importantes para localizar este ou aquele sujeito em seu território subjetivo, território muitas vezes ignorado pelo nutricionista, por desconhecer sua existência.

Referências

- AMARANTE, P. “A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil”. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58, 2001, pp. 26-34.
- . “Reforma Psiquiátrica e Epistemologia”. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009. [CD-ROM]
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Brasília, 2001.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.
- . Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.028. “Determina ações de redução de danos sociais e à saúde decorrente do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência”. Brasília, 2005.
- . Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, 2006a.
- . *Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional*. Texto Final. Brasília, 2006b.
- CANESQUI, A. e GARCIA, R. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. (Coleção Antropologia e Saúde)
- CARNEIRO, H. S. “Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação”. *História: Questões & Debates*, v. 42, n. 1, 2005, pp. 71-80.
- CARVALHO, M. C. V. S. et al. “Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, 2011, pp. 155-63.
- CONTRERAS, J. e GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 496p.

- FACCHINETTI, C. et al. “No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados”. *História, Ciências, Saúde*, v. 17, 2 supl., 2010, pp. 733-68.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2007 [1974].
- JORGE, M. A. S. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental* (dissertação). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.
- JORGE, M. S. B. et al. “Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, 2011, pp. 3.051-60.
- MATUDA, et al. “Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2013, pp. 173-86.
- PITTA, A. M. F. “Um balanço da Reforma Psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, 2011, pp. 4.579-89.
- SANTOS, L. A. S. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador – Bahia*. Bahia: EDUFBA, 2008.