

El cuidado nutricional por parte de extranjeros en el Proyecto Más Médicos para Brasil

Amanda Massi Soares^(a)

Juarez Pereira Furtado^(b)

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

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

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

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

Introducción

A partir de 2013, surge un conjunto de iniciativas destinadas a ampliar el acceso al cuidado médico en la atención básica, adecuar la infraestructura de la red pública nacional de salud, reestructurar la graduación y la residencia en medicina y

proveer médicos en áreas con baja o ninguna presencia de esos profesionales; esas iniciativas recibieron la denominación de Programa Más Médicos (PMM), siendo el componente de provisión en régimen de emergencia de esos profesionales conocido como Proyecto Más Médicos para Brasil (PMMB)¹. El debate alrededor del PMMB ocupó un espacio significativo en la agenda política de la sociedad brasileña por ocasión de su implementación. Sin embargo, lo hizo de forma extremadamente polarizada y con negligencia de puntos centrales de la propuesta. Un estudio dirigido por Luz et al, sobre el conjunto de reportajes de medios impresos de circulación nacional sobre el PMM, demuestra la desconsideración por parte de la cobertura periodística de los objetivos de la ley que instituyó el programa, ilustrando con esa parcialidad en publicación de alcance general uno de los obstáculos que comprometieron la oferta de subsidios efectivos de la sociedad más general en el debate del programa y del proyecto².

Las contribuciones en el campo científico inexorablemente exigen más tiempo y tan solo recientemente se pasó a contar con las primeras contribuciones por medio de la publicación de ensayos e investigaciones empíricas alrededor del PMM y del PMMB. De forma congruente con la conformación específica de la Salud Colectiva brasileña, caracterizada por la intersección entre los campos científico y burocrático³, el debate todavía inicial en la literatura especializada ha sido ocupado por agentes inseridos en la gestión del Sistema Único de Salud, por medio del cual establecen interlocuciones con académicos, relativizando la propuesta en relación al contexto internacional⁴ o para argumentar sobre eventuales equívocos de la misma⁵.

El debate sobre cuestiones nucleares del PMM y PMMB, como la formación médica, cobertura y acceso en la atención básica, entre otros, y el análisis de los efectos alcanzados alrededor de ellas, deberá expandirse en los próximos meses, conforme se entiende a partir del seminario realizado por la OPAS⁶. Sin embargo, no se debe prescindir de abordar otros aspectos relevantes además de la formación, de la cobertura y del acceso y que también componen el programa y pueden interferir significativamente en su desarrollo. En ese sentido, indagamos en qué medida la formación sociocultural, política y económica distintas de los médicos expatriados

inseridos en el PMMB en relación a la clientela, compuesta mayoritariamente por brasileños, podría influir sobre la comprensión, prescripción y conducta ante las preguntas consideradas comunes, como sería el caso de las prácticas alimenticias.

La importancia creciente de las condiciones crónicas en la atención primaria en salud y las directrices de promoción y prevención han colocado en destaque el papel de la alimentación y nutrición en la atención básica⁷. En ese contexto, una de las dificultades encontradas por profesionales para el cuidado nutricional es la frecuente percepción de los problemas alimenticios como circunscritos al plano factual, además de conflictos entre conocimientos teóricos y la práctica⁸. Las dos dificultades subrayadas que pueden entenderse como predominancia de la práctica empírica para orientar conductas vinculadas a la alimentación⁶ provienen de la proximidad entre alimentación y cultura, puesto que inevitablemente todos estamos expuestos desde el nacimiento a las cuestiones que atraviesan la constitución de nuestros hábitos alimenticios. Los lazos entre aspectos culturales y prácticas alimenticias se han abordado sistemáticamente, habiendo autores que llegan a considerar el surgimiento de un nuevo y específico campo científico en el área en Brasil, relativo a la alimentación y a la cultura⁹.

Considerando lo expuesto, buscamos investigar las posibles interferencias del origen cultural diferente de médicos extranjeros integrantes del PMMB sobre la comprensión de las prácticas alimenticias y los desdoblamientos de estos aspectos en el abordaje nutricional. A partir de un estudio de caso, analizamos los aspectos culturales presentes en la interacción entre agentes de distintas nacionalidades del PMMB y posibles influencias en las acciones de cuidado de salud en la atención básica, con enfoque en la orientación nutricional. Las informaciones generadas se analizaron con base en la sociología de Pierre Bourdieu, especialmente en el concepto de *habitus*.

***Habitus* e histéresis de médicos expatriados**

El concepto de *habitus*, central en el pensamiento de Pierre Bourdieu (1930–2002), sociólogo francés, representa lo social inscrito en el cuerpo de cada agente,

estructurando maneras de pensar, actuar y sentir de los individuos, considerados el soporte biológico de los procesos sociales, es decir, el concepto se manifiesta de manera cognitiva y corpórea, la *hexis* representa las posturas corporales, el modo de hablar y la vestimenta¹⁰. Dicho de otra forma, el *habitus* es un sistema durable de disposiciones personales adquiridas en el transcurso del proceso de socialización, lo que hace parecer peculiares gestos, posturas corporales, valores y gustos entre otros cuando, en realidad, tales caracterizas se introyectaron en el proceso de socialización, a partir de la familia y del medio social de origen¹¹. Concebido como una matriz de percepciones y apreciaciones generadas por las trayectorias individuales a partir de las condiciones sociales de existencia, el *habitus* es simultáneamente estructurado por la sociedad y estructurador a partir del agente. Aunque es producto de condicionamientos históricos y sociales, el *habitus* también es productor de acciones no mecánicas o pre-determinadas, pudiendo adaptarse a la lógica de un nuevo campo social en donde se encuentre eventualmente un determinado agente^{12,13}.

Para Bourdieu, el agente y las estructuras sociales interactúan entre sí, formando un imbricado sistema de relaciones¹⁴. Siendo así, por medio de la noción de *habitus*, Bourdieu busca superar la polarización presente en la diada establecida en las posiciones objetivista y fenomenológica o entre fenomenología y estructuralismo. En su praxiología, Bourdieu busca al mismo tiempo considerar e ir más allá de la fenomenología, centrada en la experiencia del mundo por el agente, desconsiderando las efectivas condiciones de posibilidades y del estructuralismo que rechaza a los agentes dotados de intención como reproductor de esas mismas estructuras.

La praxiología, propuesta por el sociólogo francés, se define por la superación del restringido análisis de las producciones y reproducciones sociales centradas en sus productos (*opus operatum*) en dirección al abordaje del proceso envuelto en esas mismas producciones (*modus operandi*), permitiendo comprender en mayor profundidad la producción del orden social como integrado simultáneamente por la creatividad del agente individual y el condicionamiento de las estructuras colectivas^{15,16}.

El acto de alimentarse representa una actividad cotidiana referenciada por el *habitus*, que actúa como un operador práctico capaz de aplicar conductas mnemónicamente asociadas a la alimentación, influenciado por la capacidad inventiva y la creatividad de los agentes. Los hábitos alimenticios, así como las prácticas en salud relacionadas a la alimentación corresponden no solo a un código económico o utilitario, sino principalmente simbólico^{14,17,18}. Para Freitas¹⁹, el *habitus* alimenticio corresponde a costumbres establecidas culturalmente por generaciones, construido en el ámbito familiar y comunitario, compartido y actualizado en otras dimensiones de la vida social. Por lo tanto, el concepto permite abordar aspectos relacionados con las prácticas alimenticias por medio de la objetivación de aspectos sociales manifestados de forma individual y subjetiva como gustos y preferencias que constituyen estrategias de formación de la identidad^{22,20}.

En el caso de médicos expatriados del PMMB, su *habitus* no encuentra las mismas condiciones objetivas de origen. En ese caso, la relativa inercia del *habitus* dificulta una pronta adaptación al nuevo concepto, caracterizando la llamada histéresis: desfase entre el *habitus* antiguo en relación a las nuevas condiciones, representadas por un nuevo país, otra clase social o un nuevo campo. De esta forma, la respuesta a un nuevo ambiente significativamente diferente será, a *priori*, función de la interpretación de experiencias ya asimiladas en el *habitus* primario de este agente²¹. En este sentido, el proceso de inmigración exige adaptaciones a un nuevo campo, así como la reflexión sobre las disposiciones adquiridas cuando confrontadas en un nuevo ambiente social, pudiendo influir sobre la relación establecida entre poseedores de *habitus* distintos.

En el presente estudio, consideramos la constitución de las cocinas²² como forma de objetivar el *habitus* y comprender el eventual proceso de histéresis proveniente de la inmigración realizada por médicos extranjeros – en el caso, cubanos – para Brasil, teniendo como enfoque las prácticas alimenticias de los mismos en su cultura original y sus repercusiones en el trato con pacientes brasileños.

Las cocinas cubana y brasileña representan espacios sociales en los cuales los agentes instituyen acciones prácticas sobre la alimentación, tales como el gusto, los

saberes y tabúes. Además, la cocina como un sistema de referencia y parte esencial del *habitus* alimenticio produce códigos incorporados por los agentes y posibilita la comprensión de aspectos macro-sociales y políticos relacionados a la producción y adquisición de alimentos²³. Cuba y Brasil presentan semejanzas con relación a la constitución de sus cocinas, considerando las influencias de colonización por países de la península Ibérica y África, confrontadas por la población aborigen, resultando en la adaptación e incorporación de nuevos elementos para la cocina de origen y para la creación de un nuevo sistema alimenticio²³.

En las últimas décadas, Brasil y Cuba diferenciaron significativamente los sistemas alimenticios, puesto que la diseminación de las industrias transnacionales de alimentos causaron cambios importantes en la alimentación de los brasileños, aumentando el consumo de alimentos ultra-procesados²⁴. A su vez, en Cuba, la crisis económica del período de 1989–1993 y el fin de la Unión Soviética causaron la disminución drástica de la importación de alimentos. Sin embargo, la creación del Mercado Agropecuario y de la Unidad Básica de Producción Agrícola en Cuba incentivó y garantizó la seguridad alimenticia de la población por medio de la producción propia de alimentos, sin el uso de agrotóxicos^{25,26}.

En lo que se refiere a los sistemas de salud de los dos países, telón de fondo de las cuestiones aquí presentadas, hay convergencias y distanciamientos entre los dos países. Cuba representa el primer país socialista de América Latina, establecido en 1959, y la medicina cubana integra históricamente un elemento crucial en la transformación radical del estado²⁷. El sistema de salud cubano se basa en los principios de equidad, acceso, reconocimiento del carácter estatal y social de la medicina, dirigido hacia las acciones de formación y prevención de la salud, asegurando cobertura al 99% de la población²⁸. La formación y el ejercicio de la medicina en Cuba tiene un componente significativo relacionado a la ayuda internacional y a la humanización del cuidado²⁹, atendiendo a poblaciones de distintos países. Esa internacionalización de la actuación de médicos cubanos influye sobre la creación de *habitus* específico de profesionales del país.

El proyecto nacional de salud cubano representa parte esencial de la política social del país, buscando garantizar universalidad, equidad, acceso e integralidad por medio de la gestión del Ministerio de Salud Pública²⁸. El Sistema Único de Salud brasileño, aunque inserido en el contexto de un sistema político y económico distinto³⁰, fue concebido con el propósito de incluir esos mismos principios y directrices³¹.

El encuentro entre profesionales provenientes de un sistema cultural, político y administrativo significativamente diferente de la clientela brasileña y sus repercusiones en el trato de necesidades y demandas en salud que son tangentes a aspectos nutricionales, objetivados con base en las nociones de *habitus* e histéresis se analizarán a continuación.

Método

Realizamos un estudio de caso, caracterizado por el análisis en profundidad, llevándose en consideración el ambiente, los agentes y sus interacciones³². La obtención de la información se trianguló³³ por medio de la observación, grupos focales³⁵ y entrevistas³⁶. Los trabajos de campo se desarrollaron en un municipio de São Paulo de aproximadamente 120 mil habitantes, cuya economía se estructura alrededor de un polo petroquímico de Petrobrás. El municipio cuenta con seis UBS tradicionales y 11 según la Estrategia de Salud de la Familia. El municipio recibió cuatro profesionales médicos cubanos por medio del PMM³⁷. La definición del municipio y del territorio en el cual se insiere la USF acompañada, se realizó por medio de una muestra intencional, puesto que allí identificamos condiciones próximas a las que justifican el PMMB: escasez o rotación de profesionales médicos anteriores a la llegada de los profesionales y por presentar una significativa vulnerabilidad social y violencia. La apertura del equipo en general y del médico que sería acompañado, en especial, representó un factor que se agregó a los demás en esa definición.

El grupo focal permite comprender el proceso de formación de la percepción sobre un determinado tema por un grupo específico, habiéndose realizado al inicio del

recorrido metodológico para subsidiar el trabajo etnográfico realizado posteriormente. Se realizaron dos grupos focales en la ciudad de São Paulo, compuestos por diez participantes en el primero y ocho en el segundo, ambos con el mismo número de hombres y mujeres, todos médicos, cubanos y vinculados al PMMB. Los dos grupos focales fueron concebidos para evaluar un curso de especialización obligatorio para los integrantes del PMMB, pero pudimos agregar cuestiones de interés de este estudio, por medio de nuestra participación directa en la coordinación de esos mismos grupos focales. Las principales cuestiones discutidas fueron: cambios en la alimentación debido a la inmigración, conducta para cuadros de hiperglucemia en pacientes diabéticos, obesidad, hipertensión, los desafíos para incentivar la lactancia materna y creencias sobre alimentación en Cuba y Brasil.

La observación es una técnica oriunda de la etnografía, basada en la vivencia en campo y producción de diario del investigador. Se realizaron 132 horas de revisión etnográfica, en el período entre marzo y abril de 2015 en una USF, por medio de acompañamiento de las consultas médicas realizadas por un profesional proveniente de Cuba, generando 40 páginas de notas en diario, principalmente relativas a la rutina en la unidad de trabajo, atenciones, diálogos entre la investigadora y el médico y relatos de pacientes consultados.

Se realizaron entrevistas con usuarios de la Unidad para captar su percepción sobre las atenciones realizadas por un médico extranjero y las posibles divergencias y entendimiento con relación al tratamiento realizado. Las entrevistas, también relacionadas a la etnografía, se realizaron con pacientes en sala de espera. Abordamos a todos los usuarios que esperaban para ser atendidos por el médico acompañado en la observación y se realizaron las siguientes preguntas a cinco entrevistados: ¿Su tratamiento con el médico envuelve alguna cuestión de alimentación? ¿Percibió Ud. alguna diferencia en comparación con un médico brasileño? ¿Cree Ud. que las orientaciones son adecuadas a su realidad? ¿A qué tiene acceso y qué suele comer? ¿Adhirió a las orientaciones realizadas? ¿Hubo restricción de algún alimento?

El proyecto fue presentado para aprobación del Comité de Ética con el siguiente número (Parecer 921.169) el 23/12/2014.

Resultados

Los médicos cubanos presentan características de mestizaje semejantes a la población atendida, como el color de la piel, el cabello y los trazos faciales. Con relación a la vestimenta, los médicos utilizaban ropas deportivas muy parecidas a las que usaban los pacientes, mientras que los profesionales brasileños usaban ropas formales. Las expresiones corporales demuestran receptividad, tales como la postura erecta y el contacto visual constante con los pacientes.

Los profesionales manifestaron extrañeza con relación al hábito difundido en la sociedad brasileña actual de alimentarse fuera de casa, incluyendo las principales comidas. Subrayaron la diversidad de opciones con relación a su país de origen, así como el uso excesivo de aceites de cocina en la preparación de los alimentos en nuestro país. Para los médicos del programa, ese conjunto de factores determinó alteraciones físicas en ellos mismos, constatadas por el aumento de peso y de los niveles sanguíneos de triglicéridos ya en los primeros meses de su permanencia en Brasil.

“Viví 48 años en mi país. Nunca tuve colesterol alto ni triglicéridos altos (incluso) comiendo carne de cerdo. Llegué a Brasil y ya todo está alto. (...) Por lo general, aquí se come mucho en la calle y no se consigue hacer lo que uno quiere hacer... Entonces esa comida de la calle es muy grasosa y con exceso de todo.” (Médico 3)

Las experiencias internacionales previas relatadas por todos los participantes del estudio, fueron factores facilitadores de la adaptación de los médicos desde el punto de vista alimenticio en Brasil, colaborando para que los platos típicos del país de origen pudieran reproducirse o adaptarse aquí. Los momentos de contacto especial e intercambio entre esos médicos y el entorno social inmediato, por lo general

compuesto por integrantes de sus equipos de trabajo, se realizaba por medio de pequeñas fiestas en las cuales se servían platos de ambos países. Esas reuniones favorecieron una primera aproximación entre los médicos expatriados y los hábitos alimenticios de cierto segmento de la sociedad brasileña, en este caso, de trabajadores no médicos de las unidades básicas.

Durante las consultas es posible percibir que el significativo número de pacientes con sobrepeso llamó la atención del médico acompañado. Para ese profesional, las condiciones económicas de la población atendida vinculadas a la propaganda ostensiva de alimentos y a la ausencia de nutricionista en los equipos serían las principales causas del frecuente sobrepeso y obesidad constatados.

“Aquí tenemos muchos pacientes obesos, en Brasil beben muchas gaseosas, en Cuba bebemos agua (...) también hay muchas propagandas que pasan en todo momento.” (Médico 1)

Las orientaciones nutricionales realizadas, por lo general, objetivaban la pérdida de peso por medio de conductas restrictivas de alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. La preocupación con la adecuación del peso corporal era sensiblemente mayor con las mujeres embarazadas que eran sistemáticamente pesadas en los exámenes prenatales. Las orientaciones se regían por la observación del intervalo entre las comidas (*“comer cada tres horas”*) y en la elección correcta de los alimentos, pero sin especificarlos (*“comer con calidad, no en cantidad”*). La gaseosa representa el único producto ultraprocesado considerado recurrentemente en las orientaciones nutricionales. No se observaron consideraciones de ninguna naturaleza relacionadas con alimentos ultraprocesados además de esa bebida. Según el médico acompañado, la gaseosa constituía un producto común en su país, cuya presencia antecede a la Revolución Cubana.

“El médico explicó que la gaseosa en Cuba era común como en Brasil hasta el período post Revolución, en sus palabras: la gaseosa es muy cara en Cuba, pero cuando yo era niño la bebía, porque era importada, pero después de la

Revolución pasó a ser más caro y ahora bebemos agua.” (Diario de campo, 18/03/2015)

La asertividad constituye un rasgo señalado en la relación del médico observado, principalmente en la gestión de problemas alimenticios, presuponiendo una efectiva responsabilización de los pacientes por sus problemas y considerando las limitaciones de terapéutica exclusivamente medicamentosa. Las eventuales dificultades de adhesión a los cambios alimenticios prescritos se interpretaban como una cuestión de cuño personal.

Para esos médicos, la atención individualizada realizada por nutricionista incluiría los aspectos subjetivos y psicológicos necesarios para los cambios de hábitos alimenticios.

“Me parece que es muy importante tener una nutricionista en el equipo. Una nutricionista psicóloga. Sí, es verdad, porque en la mayoría de los casos con transgresión dietética los pacientes no tienen acompañamiento psicológico.”
(Médico 4)

Los profesionales señalan lo que consideran una paradoja observada por ellos en sus prácticas, relacionada al culto del cuerpo esbelto y a la recurrente propaganda de alimentos hipercalóricos, ambos presentes en los grandes medios nacionales. Para ellos, la enorme publicidad de alimentos ultraprocesados y el fácil acceso a ellos, por el bajo costo y distribución eficaz, impiden el desarrollo del pensamiento crítico de los pacientes con relación a los potenciales riesgos de los alimentos, así como constituyen un fuerte atractivo, principalmente para segmentos más vulnerables a la propaganda como adolescentes y niños.

“Pero también hay una cosa que no podemos desconsiderar. Hay una cosa de los medios también... Televisión, medios de comunicación, radio. Si Ud. pone un pollo asado, lindo, maravilloso por 22 reais y un saladito por cinco reais ¡Ud. comprará el saladito! (Médico 10)

Los médicos critican la difusión, por los medios y por los pediatras, de fórmulas alimenticias dirigidas a los primeros años de vida que, sumadas el período de licencia maternidad brasileño relativamente más corto (en comparación a Cuba) contribuyen para que la lactancia exclusiva sea inferior a seis meses.

“La orientamos para que lo hiciera [la lactancia], pero ella tiene que trabajar, ¿qué podemos hacer? Va a introducir otras leches (...) Porque (...) legalmente no hay un decreto que diga que ella puede quedarse en su casa. (...) Además, hay muchas posibilidades aquí de otros tipos de leche, productos vendidos en la farmacia y los medios divulgan esos productos como siendo óptimos, muy buenos.” (Médico 7)

En Cuba, los médicos disponen de un material relacionado a las dietas específicas para enfermedades, producido por el Ministerio de Comercio Interior y el Ministerio de Salud Pública. Ese material reglamenta la distribución de alimentos para pacientes en estado de salud especialmente frágil. Al indicar productos específicos para diferentes diagnósticos, ese material prioriza los alimentos a consumir en detrimento de estrategias para prácticas alimenticias saludables. Los médicos relatan que el referido Dietario Cubano constituye una referencia para la orientación alimenticia y nutricional de sus pacientes, independientemente del país en que se encuentren. Por lo tanto, la orientación alimenticia y nutricional realizada por ellos en Brasil sigue en parte lo determinado por ese material, en el cual prepondera la recomendación de alimentos *in natura* o mínimamente procesados, una vez que el *Dietario Médico Nacional*, creado en 1982, refleja el perfil de la población cubana y las condiciones de aquel país³⁸.

La atención nutricional es vista por los profesionales acompañados como independiente de la localidad y de su contexto sociocultural, puesto que las condiciones crónicas como diabetes, hipertensión y obesidad, considerando las más directamente relacionadas con la alimentación, exigen la misma conducta con relación a la prescripción medicamentosa y dietética. Es decir, más allá de las cuestiones

socioculturales envueltas, prevalece la concepción que insiere aspectos alimenticios y nutricionales bajo la perspectiva biomédica.

“La diabetes y la hipertensión son lo mismo en cualquier parte del mundo, se usa el mismo medicamento para el tratamiento.” (Médico 2)

Discusión

Los resultados demostraron que la formación médica en Cuba, vinculada al proyecto político socialista del país, proporciona a los profesionales potencialidades para el cuidado que enfatiza las determinaciones sociales en la producción de salud, incluyendo los complejos factores y disputas presentes en los territorios de vida de los pacientes. Esos aspectos favorecen la aproximación entre médico y paciente y la comprensión de los factores determinantes sociales envueltos en cada caso. No obstante, las estrategias relativas al cuidado nutricional priorizan el restablecimiento a estándares de normalidad, como el adelgazamiento. Es decir, cuando se trata de aspectos alimenticios y nutricionales se parte de una comprensión incluyente que, no obstante, desagua en orientaciones racionalizadoras y superficiales. Las estrategias para el restablecimiento a los estándares ponderales y laboratoriales alterados se rigen principalmente por orientaciones objetivas de lo que se debe o no comer. Sin embargo, la exclusión de alimentos no asegura la reflexión crítica sobre la propia alimentación por parte de los pacientes, puesto que la polarización entre correcto y equivocado o alimentos buenos o malos dificulta las prácticas centradas en el equilibrio y en el placer de la alimentación³⁹. Se tiene entonces el potencial riesgo de consideración del alimento de forma rigurosa con su función fisiológica en el organismo, haciendo su equivalencia con el medicamento en la medicina⁴⁰.

Documentos de referencia para los médicos cubanos, tales como *Recomendación Alimenticia y Guía Alimenticia para la Población Cubana*⁴¹ y el *Dietario Médico Nacional*⁴² consideran alimentos ultraprocesados productos tales como curtidos y ahumados, pero no tienen orientaciones en relación a alimentos usuales en

Brasil tales como condimentos preparados, pasta instantánea, galletas rellenas y productos congelados. Esa diferencia entre los dos países puede constituirse en un problema para el manejo clínico de esas cuestiones en los consultorios, considerando sobre todo que la oferta de esos productos crece todos los años en nuestro país y que su consumo está asociado con impactos negativos para la salud, la soberanía alimenticia, el medio ambiente y la cultura^{24,42,43}.

Las guías alimenticias aumentan la comprensión y la conciencia de la población con relación a la elección de los alimentos⁴⁴ y constituye una referencia para profesionales de la salud que tratan directa y/o indirectamente con cuestiones de alimentación, como en el caso de los médicos. El *Dietario Médico Cubano* utilizado por los profesionales estudiados representa una guía de referencia para orientaciones nutricionales y prioriza al aliento en sí en detrimento de la promoción y prevención relativa a grupos de enfermedades a las que están interconectados.

Sin embargo, las orientaciones regidas en grupos alimenticios y valores nutricionales fueron superadas por guías alimenticias basadas en la importancia del contexto en que se consumirá el alimento⁴⁵. La nueva Guía Alimenticia para la Población Brasileña, presenta avances sobre estrategias para la promoción de la salud y cambios en los hábitos alimenticios, constituyendo un conjunto de conocimientos a debatir con profesionales extranjeros de la salud que vengán a actuar en el sistema público de salud brasileño, puesto que el material puede auxiliarlos en su trabajo con la población atendida, principalmente en lo que se refiere a la promoción de la salud y también en casos de enfermedades específicas con el nutricionista.

El conocimiento de los médicos cubanos abordados con relación a los hábitos alimenticios en Brasil se vio facilitado por la socialización en el ambiente de trabajo. Estos espacios representaron un importante factor de aproximación al repertorio alimenticio brasileño y detección de las prácticas alimenticias de los pacientes atendidos. La comensalidad representa la compartición de la comida y en esos espacios los médicos expatriados y brasileños pudieron dialogar sobre los sistemas de valores de la alimentación. Ese intercambio permite demarcar la identidad social de los agentes, considerando que la comida representa trazos del origen social, del territorio

de origen y de la historia a partir de los cuales una persona o colectivo constituyeron sus *habitus*^{46,47}.

Dentro de ese contexto, los médicos pudieron actualizar disposiciones alimenticias en un proceso en el cual la cultura alimenticia original se vio confrontada por nuevos hábitos y técnicas culinarias, tipos de alimentos y ritos de comensalidad. La reflexión consciente sobre ese nuevo ambiente permitió tanto la exteriorización y mejor identificación de las disposiciones anteriores como la interiorización de nuevas prácticas, ocurriendo el proceso de *histéresis*^{11,48} referido en el segundo tópico. Por lo tanto, la confrontación de dos sistemas culinarios de distintos orígenes, en las pequeñas fiestas habidas en el ambiente de trabajo por medio de conmemoraciones, además del contacto con los pacientes y eventuales comidas en establecimientos comerciales, entre otros lugares, facilitó simultáneamente cambios y la reafirmación de la identidad alimenticia cubana y brasileña. Esta adaptación influyó sobre el manejo del cuidado nutricional, puesto que permitió la visualización de prácticas alimenticias comunes en Brasil y señaló aspectos inductores en el acceso y elecciones de alimentos en nuestro país, como la influencia de los medios y de la industria alimenticia sobre la alimentación.

A aproximación entre médicos y brasileños fue facilitada tanto por semejanzas en relación a los hábitos alimenticios y culinaria de ambos países como por aspectos de la *hexis* corporal de los profesionales cubanos. En ese sentido, los aspectos externalizados en la forma de vestirse, expresiones y posturas corporales y el mestizaje de los médicos cubanos presentan mucha más semejanza con relación al *habitus* de la clase social brasileña atendida en las Unidades Básicas de Salud que la exhibida por profesionales brasileños que normalmente tienen *habitus* y *hexis* próximos o similares de la clase dominante. Bourdieu⁴⁶ reconoce el cuerpo como principio mnemónico, en el cual los gestos, la vestimenta y las expresiones corporales forman y manifiestan el principio fundamental de la clase. El cuerpo representa el régimen de transferencia que hace que cada técnica corporal funcione de acuerdo con el *ethos* del sistema del que forma parte. La semejanza entre el *habitus* cubano y el

habitus de clase de brasileños efectivamente atendidos parece haber facilitado la especial aproximación entre esos agentes.

El reconocimiento de la influencia de los medios y de la industria alimenticia señala un importante aspecto del *habitus* de los médicos cubanos, reflejando un sistema de referencias en el cual la noción de salud y cuerpo no tienen la influencia predominante de los vectores de una economía capitalista, como en el caso de Brasil. Los médicos atribuyen problemas alimenticios y psicológicos al conjunto de valores y estilos de vida distintos, creados y exhibidos intensivamente por los medios, inhibiendo la reflexión crítica considerada por ellos como esencial en la adopción de prácticas realmente saludables. En ese sentido, indirectamente los profesionales aluden a la polifonía alimenticia y dietética que diversos agentes – estado, consumidores organizados, diferentes especialidades médicas, industrias alimenticias, entre otros – producen por medio de la mezcla, confrontación o fusión de discursos gastronómicos, recetas de dietas y manuales de nutrición, componiendo una verdadera cacofonía alimenticia, en la cual los individuos acaban por definir sus elecciones alimenticias por medio de estímulos contradictorios e incoherentes⁴⁹.

La adaptación al contexto de salud y al sistema alimenticio brasileño fue influenciada por la formación internacionalista que incluye la ayuda humanitaria, como atribución del médico cubano²⁹. Este aspecto posibilita el equilibrio entre las disposiciones de origen y el nuevo ambiente ^{48,50}, puesto que la permanencia periódica en distintos países, como parte de la identidad médica cubana, favorece la capacidad adaptativa demostrada por los profesionales abordados. Los diferentes ambientes socioculturales parecen propiciar la ampliación de las disposiciones adquiridas inicialmente junto a la familia y a la sociedad de origen, dotando al agente de nuevas posibilidades que se conformarán de forma singular⁵¹. Además, cierta semejanza entre los principios básicos de las culinarias cubana y brasileña^{23,52} – mezcla de elementos de la península ibérica con los oriundos de los afro–descendientes y aborígenes – aliado a la mayor proximidad entre los profesionales y la clientela por la *hexis* corporal, contribuyeron para mitigar la superación de barreras impuestas por los orígenes distintos, tanto en el ejercicio de la clínica en general como en los aspectos vinculados

a la alimentación y nutrición en particular. Sin embargo, y de forma paradójica, la orientación alimenticia y nutricional regida, principalmente, en el paradigma biomédico, excluyente de los aspectos socioculturales, determinaron sobremanera las orientaciones realizadas. Es decir, aunque algunos aspectos socioculturales se muestren favorables para evitar eventuales obstáculos provenientes de los diferentes *habitus* entre médicos y clientela, ellos se superaron efectivamente por la utilización de un factor referencial que se pretende supra-cultural, representado por el predominio de la concepción biomédica de la alimentación.

Conclusión

Pudimos percibir la presencia de múltiples factores en la constitución de los *habitus* de los médicos cubanos. Considerando que *habitus* no constituye algo estancado, sino que por el contrario es fruto de la continua interacción entre individuo y medio social, nos remitimos aquí a la noción de *habitus* híbrido, cuando contextos distintos provenientes de las múltiples vivencias de los profesionales, tales como las inserciones en otros países, hecho común entre los médicos cubanos, conforme ya citado, moldean un sistema de acciones a partir de los diferentes ambientes de socialización.

La orientación nutricional realizada por médicos cubanos en el contexto del proyecto Más Médicos para Brasil no tiene la influencia preponderante del *habitus* cubano. Considerando el mayor peso asumido por los aspectos técnico y biológico en las atenciones y orientaciones en detrimento de las cuestiones socioculturales, los condicionantes de los diferentes *habitus* comparecen de manera secundaria en la relación establecida entre un médico extranjero y un paciente brasileño.

Por lo tanto, podríamos afirmar que el *habitus* profesional médico, con todo lo que eso implica en términos de hegemonía del paradigma biomédico, suplanta la influencia que el *habitus* determinado por el origen cubano podría suscitar. De tal forma, un lenguaje más universalmente reconocido, representado por la concepción médica sobre alimentos como equivalente a medicamento, conforme ya discutido,

tendería a uniformizar y hacer posible el discurso entre médicos y pacientes, aunque bajo el riesgo de desconsiderar un área particularmente sensible a aspectos socioculturales como la alimentación. Sin embargo, debemos subrayar que, aunque haya prevalecido el *habitus* médico, los aspectos aquí tratados relativos a los *habitus* y *hexis* originarios de los profesionales cubanos y del segmento social atendido en las unidades básicas de salud contribuyeron de manera importante para una mayor proximidad y diálogo entre agentes de orígenes significativamente distintos.

Colaboradores

Amanda Massi Soares y Juarez Pereira Furtado participaron, igualmente, de todas las etapas de elaboración del artículo.

Referencias

1. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Luz C, Cambraia CN, Gontijo ED. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. Trad Term. 2015; 25:199-233.
3. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. Sociol Health Illn. 2014; 36(3):432-46.
4. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-34.
5. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. Cienc Saude Colet. 2015; 20(2):421-4.
6. OPAS. Relatório produzido pela OPAS sobre o Seminário de Pesquisas sobre o Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília 18-19 novembro de 2015. [citado 27 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2016/01/11/relatorio-produzidopela-opas-sobre-o-seminario-de-pesquisas-sobre-o-programa-mais-medicos/>
7. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. Cienc Saude Colet. 2013; 18(2): 297-308.
8. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev Nutr. 1999; 12(3):261-72.
9. Silva JK, Prado SD, Carvalho MC, Veiga S, Ornelas TFS, Oliveira PF. Alimentação e cultura como campo científico no Brasil. Physis. 2010; 2(20):413-42.

10. Bourdieu P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. 9a ed. Campinas, São Paulo: Papirus; 1996.
11. Bourdieu P. Coisas ditas. São Paulo: Brasiliense; 1990.
12. Setton MDGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. Rev Bras Educ. 2002; (20):60-70.
13. Bourdieu P. Meditações Pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
14. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. Rev Adm Pública. 2006; 40(1): 27-53.
15. Peters G. Habitus, reflexividade e o problema do neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. Rev Bras Ciênc Soc. 2013; 28(83):1-39.
16. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. A sociologia de Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 1994. p. 46-86. Coleção Grandes Cientistas Sociais.
17. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Coleção Antropologia e Saúde.
18. Roling L, Vieira FGD. Interdisciplinaridade em Marketing: perspectivas de aplicação dos conceitos teóricos de campo e habitus de Pierre Bourdieu às pesquisas em Marketing. Rev Negócios. 2014; 19(3):58-74.
19. Freitas MDCS, Minayo MCDS, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. Cienc Saude Colet. 2011; 16(1):31-8.
20. Sato PM, Gittelsohn J, Unsain RF, Roble OJ, Scagliusi FB. The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: a narrative review. Appetite. 2016; 96:174-86.
21. Magalhães D. The habitus and the new: from social (re) learning to practices. Rev Lat Sociol. 2012; (2):23-41.
22. Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horiz Antropol. 2001; 7 (16):145-56.
23. Maciel ME. Uma cozinha à brasileira. Estud Históricas. 2004;1 (33):25-39.
24. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Ultraprocessed foods and the nutrition . 2015; 49 (38):1-11.
25. Bueno C. Crise impulsionou criação de modelo sustentável na agricultura de Cuba. Cienc Cult. 2015; 67 (2):14-6.
26. Paz JV. Revolução Agrária Cubana: conquistas e desafios. Estud Av. 2011; 25 (72):73- 87.
27. Sader E. Revolução Cubana: uma revolução na América Latina. São Paulo: Moderna; 1987.
28. Rojas Ochoa F. Situación, sistema y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1999; 29(2):157-69.

29. Ortiz Estrada JF. Fundamentos éticos y patrióticos de la Medicina Cubana. *Rev Cubana Med Mil.* 1999; 28(1):73-84.
30. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à (s) lógica (s) do capitalismo tardio? *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):159-70.
31. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011; 11-31.
32. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empres.* 1995; 35(3):20-9.
33. Flick U. Conceitos de triangulação. In: *Qualidade na pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 57-77.
34. Angrosino M. *Etnografia e Observação Participante.* São Paulo: Artmed; 2008.
35. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia.* 2003; 12(24):149-61.
36. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam.* Porto Alegre: Penso; 2011.
37. Cubatão, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. O SUS em Cubatão. *Boletim Interno da SMS-Cubatão; 2014 (mimeo).*
38. Cuba. *Dietario Medico Nacional.* Ministerio de comercio interior Ministerio de salud pública. Cuba; 1982.
39. Rodrigues ÉM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(5):923-31.
40. Lifschitz J. O alimento-signo nos novos padrões alimentares. *Rev Bras Ciênc Soc.* 1995; 27(10):1-11.
41. Porrata-Maury C, Hernández-Triana M. *Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población Cubana.* La Habana: Editorial Pueblo y Educacion; 1996.
42. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saude Publica.* 2013; 47(4):656-65.
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira.* 2nd ed. Brasília; 2014. p. 156.
44. Brown KA, Timotijevic L, Barnett J, Shepherd R, Lähteenmäki L, Raats MM. A review of consumer awareness, understanding and use of food-based dietary guidelines. *Br J Nutr.* 2011;106(1):15-26.
45. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac J-C, Martins APB, Martins CA, Garzillo J, et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr.* 2015; 18(13):2311-22.
46. Bourdieu P. Structures and the habitus. In: *Outline of a theory of practice.* Cambridge: Cambridge University Press; 1977. p. 72-95.

47. Wacquant L. Esclarecer o Habitus. *Educ Ling.* 2007; 16(10): 63–71.
48. Ortiz R (organizador). *Pierre Bourdieu: sociologia.* São Paulo: Ática; 1983.
49. Fischler C. *El (H)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo.* Barcelona: Anagrama; Argumentos. 1995.
50. Brito AX. Habitus de migrante: um conceito que visa captar o cotidiano dos atores em mobilidade espacial. *Soc Estado.* 2010; 25(3):431–64.
51. Setton MDGJ. A socialização como fato social total: notas introdutórias sobre a teoria do habitus. *Rev Bras Educ.* 2009; 14(41):296–307.
52. González NN, Noriega EG. Antecedentes etnohistóricos de la alimentación tradicional en cuba. *Rev Cuba Aliment Nutr.* 1999; 13(2): 145–50.

Traducido por Maria Carbajal