

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

O ATO DE COZINHAR EM UMA SALA DE ESPERA

Juliana Delalibera Thobias Mendes^a

Cristiane Miryam Drumond de Brito^b

Elaine Gomes da Silva^c

Resumo

Objetivo: Verificar se o ato de cozinhar na sala de espera de uma Unidade de Saúde da Família é capaz de ser um potencial educador em saúde e gerar reflexões acerca da alimentação enquanto provedora de sentido, de comunicação e de transformação na saúde das pessoas. Métodos: A pesquisa, de cunho qualitativo-descritiva, desenvolveu-se a partir do ato de cozinhar na sala de espera em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Carlos, São Paulo. Foram utilizados a metodologia de observação participante, transcrita em diários de campo, e um roteiro prévio elaborado pela pesquisadora, aplicado em oito encontros. Foram abordadas questões referentes ao Guia Alimentar para População Brasileira, além disso, realizou-se a preparação de receitas saudáveis e econômicas a cada encontro. Resultados: Os resultados do estudo demonstraram que cozinhar neste espaço despertou outros sentidos que até então não haviam sido vividos no local. Tal experiência modificou a relação com a espera, trouxe reflexões para os participantes sobre seus hábitos alimentares e estimulou a alimentação saudável, de modo a tornar claro o fato de que ela pode ser saborosa e compatível com seus modos de vida. Houve participação de 26 mulheres e três crianças durante os oito encontros. Conclusão: O ato de cozinhar, em uma sala de espera de uma Unidade de Saúde da Família, proporcionou a transformação de um ambiente típico de um serviço de saúde em um espaço potencial de educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Culinária. Nutrição. Saúde da família.

^aInstituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – São Paulo (SP), Brasil.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^cPrograma de Residência Multiprofissional da Saúde da Família e Comunidade, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Miryam Drumond de Brito – Rua Vander Rodrigues de Lima, 65/303 – Caiçara – CEP: 30750-160 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: cdrumonddebrito@gmail.com

Abstract

Objective: To verify if the act of cooking in the waiting room of a Family Health Care Unit can be a potential health educator and also to encourage patients to reflect on eating habits as a way to stimulate feelings, communication, and transformation in people's health. **Methods:** A qualitative-descriptive research about cooking in a waiting room of a Family Health Care Unit was carried out in the city of São Carlos, São Paulo, Brazil. The methodology used was participant observation based on diaries transcribed at field, and a prior script prepared by the researcher, which was applied in eight meetings. The Food Guide for the Brazilian Population was considered and it was prepared a healthy and low-cost meal at each one of the meetings. **Results:** The study demonstrated that cooking in the waiting room awakened feelings that have never been experienced in this place before. This activity changed the association with waiting habit, and participants were stimulated to think about their eating habits and it has even encouraged them to eat healthily, since the activity makes clear the fact that it can be tasteful and compatible with their lifestyles. A total of 26 women and three children participated in eight meetings. **Conclusion:** The act of cooking in a waiting room of a Family Health Care Unit transformed a typical environment of a health service in a potential space for health education.

Keywords: Health education. Culinary. Nutrition. Family health.

EL ACTO DE COCINAR EN UNA SALA DE ESPERA

Resumen

Objetivo: Investigar si el acto de cocinar en la sala de espera del una Unidad de Salud de la Familia puede ser un potencial educador de salud y generar reflexiones acerca de la alimentación como proveedora de sentido, de comunicación y de transformación en la salud de las personas. **Métodos:** El estudio tuvo naturaleza cualitativa-descriptiva desarrollada a partir del acto de cocinar en la sala de espera en una Unidad de Salud de la Familia en São Carlos, São Paulo, Brasil. Se utilizó la metodología de la observación participante, que se transcribe en diarios de campo, y un guión que fue elaborado previamente por la investigadora y utilizado en ocho reuniones. Fueron hechas cuestiones en cuanto a la Guía de Alimentos para la Población Brasileña, y fueron preparadas recetas saludables y de bajo precio

a cada reunião. Resultados: Los resultados del estudio mostraron que cocinar en ese espacio despierta otros sentidos, que hasta entonces no se habían vivido en ese lugar. Esa actividad ha cambiado la relación con el hábito de esperar, los participantes fueron estimulados a pensar acerca de sus hábitos alimenticios e incluso les ha animado a alimentarse de forma saludable, ya que la actividad deja claro el hecho de poder ser de buen gusto y compatible con su estilo de vida. Hubo la participación de 26 mujeres y tres niños en ocho reuniones. Conclusión: El acto de cocinar en una sala de espera en la Unidad de Salud de la Familia proporciona la transformación de un entorno típico de un servicio de salud en un área potencial de la educación en salud.

Palabras clave: Educación en salud. Culinaria. Nutrición. Salud de la familia.

INTRODUÇÃO

O ato de cozinhar não se limita apenas a proporcionar nutrição biológica, mas nutre outros elementos da vida cotidiana e da cultura. A comida é uma fonte relevante de significação e uma forma de comunicação de práticas culturais, crenças e normas que formam uma rede de sistemas interligados. Cada indivíduo e/ou grupos sociais experimenta alimentos de formas diferentes a partir da percepção dos sabores estabelecidos nas relações socioculturais.¹ Alimentar assume, assim, um valor social.²

O padrão alimentar não é uniforme. Há uma diversidade no ato de se nutrir, que tem relação com a construção de diferentes significados na vida das pessoas. As preferências, os gostos inerentes a quaisquer alimentos e/ou formas de se alimentar, são reconhecidas por certos agentes sociais e distintas por outros.³ Portanto, a construção do gosto não é algo de fórum íntimo, mas sim, da ordem social que incorpora na intimidade de cada um.⁴ Trata-se de *habitus*, ou seja, princípios geradores de práticas distintas e distintivas provenientes do acúmulo de capitais que cada grupo e/ou indivíduo possui, quer dizer, econômico (renda, salários, imóveis), cultural (saberes e conhecimentos, reconhecidos por diplomas e títulos), social (relações sociais que podem ser revertidas em capital ou que podem ser capitalizadas) e, por fim, mas não por ordem de importância, o capital simbólico (vulgarmente chamado de prestígio e/ou honra).⁵

Para Freyre,⁶ o doce no Brasil adoça as bocas e, em certo sentido, adoça o 'coração e os humores'. O açúcar, nesse caso, não se refere somente ao produto em si, o ingrediente, mas é considerado em um contexto de aplicações e repercussões na vida de grupos distintos.

A literatura disponível sobre a promoção de práticas alimentares saudáveis foca na mudança dos estilos de vida, propõe intervenções de bases sociocognitiva e comportamental e, portanto, desconsidera a história sociocultural das pessoas e a desigualdade do acesso a alimentos saudáveis. Intervenções de base comunitária demonstram maior cuidado com a cultura local dos participantes e ressaltam a importância de envolver efetivamente a comunidade da qual esses participantes fazem parte.⁷

A popularização da alimentação saudável tem sido um desafio para a saúde pública, pois o ato de comer reflete uma estrutura social,⁸ que, no Brasil, é hierarquizada com distribuição de recursos e poderes desiguais.⁵ Por isso, a introdução de novos hábitos alimentares é um desafio de diversas ordens. As práticas em saúde devem ofertar ações que envolvam conhecimentos técnico, político, pessoal e social, nos quais se estabelecem relações intersubjetivas entre profissionais e usuários.⁹ Tais práticas devem pautar pelo conhecimento do território, da realidade epidemiológica e das ferramentas de ação em saúde coletiva¹⁰ e devem ser estruturadas como estratégias da educação em saúde, quer dizer, processos de ensino-aprendizagem que visem à promoção de saúde.¹¹

A maneira de transformar modos de se cozinhar implica em produzir mudanças de sentido. Assim, pode-se pensar a culinária como um vetor e uma comunicação, um código complexo que permite compreender os mecanismos da sociedade à qual pertence, da qual emerge e a qual dá sentido.¹²

Essa ideia da nutrição como produtora de sentido e comunicação, consciente das relações socioculturais e econômicas presentes no ato de nutrir, foi um parâmetro adotado no processo de educação em saúde, realizado em uma Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos, em São Paulo. Associado a essa ideia, utilizou-se o conceito da nutrição como a ciência que estuda os alimentos e os nutrientes que formam esse alimento e a ação desses, bem como o estado de saúde, os parâmetros bioquímicos dos indivíduos e a forma com que o organismo absorve, transporta, utiliza e elimina os componentes do alimento. Nesse contexto, o alimento tem uma relação com a prevenção de doenças e promoção da saúde. O diálogo e o ato de cozinhar na sala de espera, porém, perpassaram tais significados. Portanto, observa-se, além do nutriente como processo bioquímico no corpo, o nutrir-se de sentido e comunicação.

A ideia teve como princípio a inserção de uma alimentação saudável baseada em práticas alimentares que assumam significados social e cultural dos alimentos como fundamentos básicos conceituais. A alimentação ocorre em função do consumo de alimentos — e não de nutrientes. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos

estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes, contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes. Refeições trazem significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas. O alimento como fonte de prazer também é uma abordagem necessária para a promoção da saúde.¹³

Alimento é algo universal e geral, que diz respeito a todos os seres humanos: amigos ou inimigos, gente de perto e de longe, da rua ou de casa, do céu e da terra. Mas a comida é algo que define um domínio e estabelece uma identidade, define um grupo, classe ou pessoa.^{14,9}

Portanto, a nutrição insere-se em diversos campos de saberes como o social, o cultural, o biológico, o científico e o econômico, enfim, é a ação direta na realidade das pessoas, já que comer é um ato que realizamos, ou deveríamos realizar, diariamente. Pensar a nutrição como um processo de educação em saúde não é simples e nem se insere somente no campo de ensino-aprendizagem, mas significa incluir transformações estruturais no cotidiano das pessoas. Não se muda um paladar apenas porque é saudável; não se retiram elementos nocivos à saúde como excesso de frituras sem associar ao prazer de comer, ao significado da alimentação para grupos sociais, culturais e/ou indivíduos.

A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo e são demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. O conceito de educação em saúde se sobrepõe ao de promoção da saúde como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população, no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecerem.¹⁵

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas e contribuindo para a transformação social.¹⁶

Diante disso, delimitamos que educar em saúde é a intermediação dos conhecimentos científicos produzidos no campo da saúde pelos profissionais de saúde, os quais atingem a vida cotidiana das pessoas, construindo sentidos para estas; é uma troca dinâmica e social, sem hierarquias. O profissional a princípio ocupa o lugar de disparador dessa busca por sentido na vida das pessoas.

A sala de espera é um espaço dinâmico, no qual ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos. Podemos dizer que associar a sala de espera a alguma atividade ameniza o desgaste físico e emocional associado a tal momento e, quando isso não acontece, a espera por atendimento pode gerar ansiedade, angústia, revolta ou tensão.¹⁷ Este local é um lugar público onde as pessoas conversam, trocam experiências, observam-se, emocionam-se e expressam-se, ou seja, um espaço em que estão presentes as pluralidades (diversidades culturais, étnicas e subjetividades) que emergem por meio do processo interativo que ocorre pela linguagem.¹⁸

O termo sala de espera é polissêmico uma vez que, nem sempre, esta atividade é realizada em uma sala. Ela pode ser um corredor, no qual as pessoas aguardam sentadas pelo atendimento, ou um local mais apropriado, especificamente planejado para tal fim.¹⁸

Portanto, a sala de espera pode ser caracterizada como uma forma produtiva de transformar um tempo ocioso nas instituições em um espaço potencial para os profissionais de saúde desenvolverem atividades que explorem o cuidado, como a educação em saúde e as trocas de experiências comuns entre os usuários, de modo a possibilitar a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde e auxiliar na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Este espaço possibilita explorar situações difíceis de forma menos traumática, trabalhar as emoções, propiciando conforto, relaxamento e segurança, além de facilitar a troca de saberes entre os participantes da sala de espera.¹⁹

No caso aqui proposto, atividades de culinária na sala de espera foram utilizadas como um potencial educador em saúde, no sentido já supracitado com relação ao que compreendemos educação em saúde. Foi investigado se o ato de cozinhar na sala de espera é capaz de gerar reflexões acerca da alimentação enquanto provedora de sentido, de comunicação e de transformação na saúde das pessoas.

Este artigo trata de apresentar resultados da pesquisa sobre a utilização do ato de cozinhar como um processo de educação em saúde na sala de espera de uma Unidade de Saúde da Família.

MÉTODOS

O trabalho relacionou-se com a pesquisa do tipo qualitativa-descritiva, portanto trabalha com um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.²⁰

Esta pesquisa incorporou a sensibilidade do investigador para compreender e analisar as crenças, as motivações, as atitudes e os valores dos participantes.

O ato de cozinhar na sala de espera foi administrado em oito encontros distribuídos em três meses, todos realizados às segundas-feiras, dia no qual o número de usuários neste espaço é maior. Foram também abordadas as questões referentes ao Guia Alimentar para a População Brasileira, preconizadas pelo Ministério da Saúde, Brasil.¹³

Em cada encontro, preparou-se uma receita saudável e econômica, escolhida pela nutricionista ou pela comunidade que, após o preparo, era degustada por todos os indivíduos presentes. A aquisição dos ingredientes utilizados era de responsabilidade da nutricionista responsável pelo projeto e os utensílios para o preparo pertenciam à própria Unidade de Saúde da Família. A atividade na sala de espera iniciava-se com a entrega da receita, por escrito, a cada participante e, em seguida, a nutricionista ou algum voluntário da comunidade realizava a leitura da mesma. Durante esse processo, buscou-se compreender os significados, as representações e os simbolismos da alimentação das pessoas na sala de espera e a percepção destes elementos na interação com a culinária em uma Unidade de Saúde da Família.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da observação participante. O observador esteve em relação cara a cara com os observados e, ao participar da vida destes, no seu cenário cultural, coletaram-se os dados. Assim, ele fez parte do contexto de observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado.²¹

As informações foram obtidas a partir de um roteiro prévio elaborado pela pesquisadora, que foi aplicado durante o ato de cozinhar na sala de espera. Foi um guia da pesquisa e abordou os aspectos a serem observados no momento da atividade de cozinhar na sala de espera. Durante o processo de preparação e degustação dos alimentos, diálogos foram realizados entre a pesquisadora e a comunidade, os quais eram anotados no momento das falas. Buscou-se, então, identificar como cada participante comia, como eram seus hábitos alimentares, como esses foram apreendidos, se os mesmos gostavam de preparar os alimentos, por qual razão comiam, quando comiam, como foi a experiência de cozinhar em uma sala de espera e quais eram suas opiniões a respeito da receita proposta. Esse roteiro não foi estruturado e desenvolvido em forma de questionário. Ele tratava-se apenas de um indicador do que o observador participante deveria atentar-se durante a execução da atividade na sala de espera. Essa estratégia

menos estruturada, permitiu uma maior flexibilidade na interação participante-pesquisador, propiciando, assim, maior riqueza na compreensão e análise de crenças, motivações, atitudes e valores dos participantes no ato de se alimentar.

Após a vivência, as informações observadas foram documentadas pela pesquisadora. Adotou-se, durante a atividade, um posicionamento móvel, uma vez que a pesquisadora acompanhou e registrou, em um diário de campo, movimentos, falas, ações, expressões e relação com o espaço físico e o ato de cozinhar. Tal prática está alinhada com o fato de que, frequentemente, investigadores recorrem a técnicas de coleta difundidas por antropólogos, tais como a observação participante e os diários de campo.²²

O diário de campo se limitou a um caderno de notas, em que o investigador, dia a dia, anotou suas observações, de modo a não ser objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele, foram escritas impressões pessoais que se modificaram com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.²¹

A técnica de observação participante produziu um grande volume de informações descritivas e narrativas. Iniciou, então, nesta etapa, a paginação dos diários de campo em uma sequência temporal. Em seguida, o conjunto de observações foi digitalizado para que o processo de ordenação dos dados coletados se tornasse mais fácil. Após tais procedimentos, para o tratamento dos dados brutos, utilizou-se a análise temática proposta por Bardin,²³ que consistiu na categorização dos dados brutos do diário de campo a partir de seu tratamento sistemático e seguiu as etapas sugeridas por tal autor.

A unidade de registro aplicada para a categorização foi o tema, ou seja, uma afirmação acerca de um assunto, neste caso, uma frase. Acredita-se que a escolha do assunto deste modo foi a mais adequada para o tipo de instrumento de pesquisa utilizado, bem como os objetivos contemplados pela pesquisa. Na medida em que eram encontrados os elementos, os recortes do texto eram agrupados em categorias.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e, somente após o parecer final (335/2010), iniciou-se a coleta de dados.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

No espaço da sala de espera, “montou-se uma cozinha” como uma estratégia de acolher, inventar e buscar soluções frente às limitações apresentadas por esse espaço. Cozinhar neste ambiente despertou outros sentidos que, até então, não haviam sido vivenciados no local.

A experiência de chegar à Unidade de Saúde da Família e observar a sala de espera modificada proporcionou uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, deveriam estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Neste ínterim, o vínculo se forma e fortalece as relações entre os atores envolvidos no serviço à saúde.¹⁸

Em tal espaço, havia mulheres, crianças, jovens e homens, com a predominância do sexo feminino, sendo que 26 mulheres participaram ativamente durante os oito encontros realizados. Houve também três crianças: uma menina (9 anos) e dois meninos (6 e 8 anos). Os homens, que estavam na sala de espera e que não quiseram participar ativamente do trabalho, se limitaram ao prazer da degustação dos pratos.

A participação predominante de mulheres nesta proposta tem relação direta com o papel atribuído culturalmente à mulher, que possui como um de seus fazeres e/ou afazeres cotidianos o ato de cozinhar. A comida 'fala' da família, de homens e mulheres. Por meio da percepção da comida, o gênero é construído no plano das representações: quando se constrói a refeição, constrói-se o gênero.²⁴

Apesar de os homens não terem demonstrado interesse em participar ativamente do processo de elaboração da receita culinária no ambiente da sala de espera, dentro do ambiente familiar, eles possuem grande poder de influência para que determinada tradição culinária seja mantida. Nesse ponto, ressaltamos quantas esposas fazem determinados pratos para "agradarem" seus maridos e, para tanto, buscam o "saber fazer", aprendendo com suas sogras e cunhadas e transformando este feito em um ato de carinho, de querer bem ou até de obediência (observado no passado).²⁵

Essa relação desigual de gêneros não deriva de características biológicas entre homens e mulheres, mas de circunstâncias histórico-sociais, nas quais foi atribuída às mulheres a esfera doméstica e, aos homens, a pública.²⁶ Os aspectos históricos sociais de gênero ficaram evidentes na sala de espera; no entanto, o cozinhar no inusitado lugar da espera ganhou novos sentidos, representações, sabores, cheiros, lembranças e prazeres.

ESPERA

O significado da espera por atendimento nesta Unidade de Saúde da Família era de certo conformismo para as pessoas. Pela culinária, os participantes denunciaram suas insatisfações e indignação que eram acompanhadas pelo conformismo com o tempo de espera:

A gente espera para tudo mesmo, ainda mais aqui que o atendimento é grátis.

Não gosto de vir no posto porque a gente espera horas e horas para ser atendido, mas tem que esperar né?!

Já reclamei várias vezes de esperar [...] Mas não muda nada não.

Para Pimentel,¹⁸ esta é uma discussão que revela a realidade vivida nas práticas de saúde em toda a rede pública. Os usuários ficam aguardando à consulta impacientes, mal-humorados, cansados, estressados, preocupados e ansiosos e percebem o tempo destinado à espera como ocioso, um período perdido.

O grupo da sala de espera é uma atividade com o intuito de ocupar um tempo ocioso nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em um momento de trabalho; local esse em que podem ser desenvolvidos processos educativos e para troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.¹⁷

Este trabalho modificou o tempo de espera e transformou a sensação de tempo perdido em um momento para cuidar de si, de educação em saúde, da expressão de sentimentos, de reflexão sobre a vida e nutrição. Assim, a sensação de ociosidade deu lugar, por meio da culinária, à produtividade e à formação de novos sujeitos.

Hoje, o tempo aqui no posto passou mais rápido e ainda eu comi uma torta de legumes enquanto esperava.

Nunca vi esta mesa com toalha; hoje, esta sala está mais bonita, cheirosa, mais aconchegante.

Por meio do uso do diário de campo, foi possível perceber que, quando a culinária foi desenvolvida neste espaço, o tempo de espera passou mais rápido, apesar do tempo cronológico da espera não ter sofrido nenhuma modificação.

PRAZER

Na sala de espera, houve relatos que o ato de cozinhar e comer oferecem muito prazer. A mulher geralmente é quem prepara os alimentos, preocupadas com as preferências dos filhos e do marido sendo, esta, uma forma de cuidar e agradar a família. Por isso, essa atividade se transforma em algo prazeroso para quem prepara e também para quem come.

De modo geral, são as mulheres quem decidem os alimentos que serão consumidos, ainda que estes respeitem o gosto individual dos filhos e necessitem da aprovação deles e dos maridos. Raramente uma mulher prepara uma comida apenas para

consumo próprio. No momento das refeições, ela é geralmente a última a sentar-se à mesa. Muitas delas servem primeiramente os demais membros da família antes delas próprias.²⁴

Lá em casa eu faço a comida pensando no gosto do meu marido e do meu menino, por isso faço tudo bem apimentado, porque é assim que eles gostam.

Para as mulheres que participaram da sala de espera, somente o fato de sentir o cheiro e o gosto do alimento foi suficiente para despertar o prazer, sendo que, para algumas participantes, o comer representa uma das principais fontes de prazer do dia. Gorduras, frituras e guloseimas apareceram como os alimentos mais prazerosos para elas e para a família, e estão presentes na rotina delas.

Ixi...a minha vida está uma bagunça e, quando eu como, fico mais feliz. Sei que a gente tem que ter uma alimentação saudável, mas não tem nada mais gostoso do que uma gordurinha [...] (risos)

O último relato reflete o conflito que profissionais de saúde, principalmente nutricionistas, enfrentam no seu dia a dia profissional: a introdução da alimentação saudável no hábito das pessoas, uma vez que o prazer com alimentos não saudáveis é algo disseminado em nossa sociedade. Portanto, o aspecto do prazer deve ser amplamente considerado na busca pela transformação de hábitos. O ato de comer é constantemente mais associado ao prazer do que propriamente à saciação da fome.

INFLUÊNCIA DA CULTURA NO MODO DE COZINHAR

Na sala de espera, as participantes conseguiram relacionar os hábitos alimentares e o modo de preparar os alimentos como parte de um sistema cultural de tradições sociais e familiares. Os processos socioculturais exercem influência nos hábitos alimentares cotidianos e influenciam nas tradições relativas ao o que comer em determinado dia da semana.

Como macarrão vermelho todos os domingos, porque era assim na casa da minha mãe. Se não tem macarrão no domingo, não é domingo [...] (risos).

O almoço de domingo se distingue dos demais dias da semana por ser um momento em que o operário pode comer “mais”, por estar associado a um dia de lazer e descanso, e “melhor” em função da presença de uma carne “melhor”, como o churrasco, ou um assado ao invés de um cozido. Algumas vezes, essa refeição se caracteriza pela presença do pai de família no momento.²⁴

Desse modo, o quê, quando, com quem, por quê e por quem se come são determinados culturalmente, transformando o alimento (substância nutritiva) em comida: de

criança, de domingo, de festa etc. Esses são exemplos de classificações dadas aos alimentos, o que torna clara sua forte associação com processos socioculturais.

Comer não é apenas uma mera atividade biológica. Do mesmo modo, suas razões não são estritamente econômicas. A comida e o comer são, acima de tudo, fenômenos sociais e culturais e a nutrição, um assunto fisiológico e de saúde.¹⁴

Alimentar-se não é simplesmente o mesmo que comer, pois a fome biológica distingue-se dos apetites, expressões dos variáveis desejos humanos e cuja satisfação não obedece apenas ao curto trajeto que vai do prato à boca, mas se materializa em hábitos, costumes, rituais e etiquetas. O que se come é tão importante quanto o período em que se come, onde se come e com quem se come.²⁷

Durante a preparação das receitas, as participantes relataram que aprenderam a cozinhar com os seus pais, avós e em locais de trabalho (como domésticas e/ou restaurantes). Essa aprendizagem ainda perpassa as gerações.

LEMBRANÇAS

Este trabalho não teve por finalidade apenas preparar receitas econômicas e saudáveis, mas também propiciar às pessoas, naquele momento, enquanto elaborava-se a receita, reflexões acerca da alimentação como provedora de sentidos. Um momento para que pudessem processar a ansiedade da espera por um atendimento, para que fizessem contato com seus sentimentos, suas emoções e suas lembranças. As imagens que emergiram durante a culinária, muitas vezes, foram acionadas por cheiro, sabores, cores, texturas e aparências e despertaram doces lembranças, realidades amargas a até mesmo saudade de alguém ou um momento passado.

As lembranças de família, em especial, persistem em cada um de seus membros e constituem uma memória, ao mesmo tempo única e diferenciada. Trocando opiniões, dialogando sobre tudo, suas lembranças guardam vínculos difíceis de separar, os quais podem persistir mesmo quando se desagregou o núcleo em que sua história teve origem.²⁸

Quando era criança e morava em outra cidade, no quintal da minha casa tinha bastante couve e a minha mãe fazia refogada. A minha irmã adorava comer couve.

Lasanha de berinjela era a comida que a minha mãe mais gostava. (emocionada, falando sobre a mãe que havia falecido há poucos meses).

A atividade de cozinhar ou o ato de comer permitem recordar o passado.

Quando me vêm àquelas lembranças de quando era criança, da nonna, dos tios e amigos, [...] quando dá vontade de chorar, eu vou pra cozinha, faço comidas de lá [...] Quanta coisa gostosa [...] é como se a nonna estivesse comigo, sabe como é? É como se tudo estivesse sempre bem. Eu falo e sinto o gosto na boca, era um perfume [...] sabe? É um perfume que

não sai da cabeça da gente. [...] então eu faço o turdille só para a minha casa ficar cheirando mel, [...] não precisa ser Natal, eu faço sempre para sentir o cheiro de mel, como era na casa da nonna.²⁹

Aquele espaço, então remodelado, foi capaz de acolher lembranças e histórias, principalmente para as mulheres que recordaram da cozinha da infância, da família e trouxeram suas histórias de vida.

Essa ação rompeu o silêncio dos usuários naquele espaço, já que as lembranças gustativas, olfativas e afetivas estavam ligadas à comida em vários momentos da vida das participantes, o que propiciou o revisitar das suas histórias e da sua alimentação e despertou antigos sentimentos.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Cozinhar na sala de espera visou também potencializar o espaço de espera como promotor de saúde. Esse aspecto foi abordado durante a elaboração das receitas saudáveis e econômicas. As participantes questionaram a respeito da não utilização de temperos industrializados e da pequena quantidade de açúcares e óleo utilizados em determinada preparação. Assim, foi possível promover reflexões sobre os benefícios de uma alimentação saudável. No contexto da atenção primária, essas reflexões tornam-se ainda mais importantes ao se dialogar com usuários diagnosticados com diabetes e hipertensão.

As receitas, preparadas na sala de espera, pertenciam ao cotidiano da população daquele território, porém o modo de preparo e os ingredientes eram diferentes. Tais modificações surpreenderam as participantes que, ao degustarem, perceberam que as receitas saudáveis também eram saborosas.

Hum [...] Este caldo verde não vai calabresa, não? Ele é mais saudável, né?! E é gostoso também.

A couve é rica em ferro, que é importante para as gestantes da nossa equipe (agente comunitária de saúde (ACS) dialogando com a auxiliar de enfermagem e outra ACS que estavam gestantes).

A “cozinha” e a culinária na sala de espera foram ações que tinham como objetivo trabalhar com educação em saúde, de modo que os encontros basearam-se nas diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira.¹³

A alimentação saudável deve ser baseada em práticas populares que tenham significados social e cultural.³ Este trabalho transformou um momento de ociosidade e desprazer em um espaço acolhedor e aconchegante de conversa, discussão, aprendizagem e reflexões sobre saúde e nutrição ao redor de uma mesa de cozinha.

DESPERTAR DE SENTIDOS

A equipe e os usuários da Unidade de Saúde da Família relataram que, nos dias de culinária, a sala de espera estava cheirosa e bonita. Em todos os espaços da unidade, ou seja, farmácia, sala de reuniões ou consultório médico, era possível sentir o cheiro da preparação. Isso despertou a curiosidade dos integrantes da equipe que degustaram todas as receitas.

Esta sala de espera muda o cheiro da unidade. (ACS)

Como a atividade da culinária durava, aproximadamente, 50 minutos, algumas participantes eram chamadas para atendimento em saúde durante a preparação da receita ou nas conversas ou reflexões, porém a maioria das mulheres, ao final de seu atendimento, procurava a equipe para fazer a degustação já que haviam contribuído na preparação e também tinham sido contagiadas pelo cheiro da receita.

Não resisti, vim pedir um pedaço deste quibe, contagiou a farmácia, enquanto eu checava a minha pressão e pegava os meus remédios.

Hum [...] durante a minha consulta com a doutora, nós ficamos só sentindo o cheiro desta torta de legumes e pensando como ela deve ter ficado gostosa.

Eu não imaginava que um bolo de abobrinha ficasse tão bonito, dá até vontade de repetir. (após sua saída da farmácia).

A refeição existe para alimentar o corpo, mas não apenas de comida. Antes de tudo, alimenta os sentidos: a visão, o olfato, o tato e, claro, o paladar. Envolve o corpo como um todo, convidando a experimentar sensações e provocando o exercício do discernimento. Nesse sentido, como bem apontam os antigos manuais de culinária e cultura gastronômica, o banquete é sempre uma “escola dos sentidos”. Antes de comer, é preciso apreciar com os olhos, sentir o aroma, a textura e saborear, discernindo bem as características, os acidentes dos diversos ingredientes e condimentos. Toda verdadeira refeição, seja simples ou mais sofisticada, significa, comunica e evoca algo que é preciso decifrar e identificar.³⁰

CONCLUSÕES

O ato de cozinhar em uma sala de espera na Unidade de Saúde da Família proporcionou uma transformação do ambiente tipicamente encontrado nos serviços de saúde. Em geral, a espera nestes serviços é realizada de forma passiva. Este trabalho incentivou atitudes ativas e reflexivas, portanto, o potencial educador dessa prática. Os participantes foram capazes de refletir sobre si mesmos e avaliar a maneira como se alimentavam. Puderam reconhecer a alimentação saudável com sabor, cheiros e prazer. A experiência de fazer e

degustar alimentos na companhia de profissionais da saúde possibilitou reflexões de hábitos cotidianos, transformou um momento de ociosidade e desprazer em um de descontração e aprendizado. Assim, foi possível evidenciar preconceitos e barreiras em relação a uma alimentação mais saudável e abrir uma possibilidade de inclusão desta em seus cotidianos. O ato de comer e cozinhar também foi explorado como uma ação cultural e possibilitou que os participantes revisitassem suas lembranças, de modo a fazerem com que novos sentimentos fossem associados a essa prática.

A comunicação e a troca de experiências foram potencializadas naquele espaço e viabilizaram a construção de redes complexas de saberes sobre alimentação, vida cotidiana e relações humanas em diversas dimensões: simbólicas, concretas, subjetivas. Além disso, proporcionaram a construção de conhecimentos técnico-científicos a respeito do alimento.

REFERÊNCIAS

1. Parasecoli F. Savoring semiotics: food in intercultural communication. *Soc Semiotics*. 2011;21(5):645-63.
2. Motta G. La historia, la comida, la salud: un vínculo siempre más estrecho entre alimentación y medicina. *Med Seguridad Trabajo*. 2010;56(218):93-9.
3. Brito CMD, Joaquim RHVT. Atividades humanas: práticas sociais diferenciadas. *Cad Ter Ocup*. 2013;21(3):459-60.
4. Carvalho MCVS, Luz MT. Simbolismo sobre “natural” na alimentação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):147-54.
5. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. Trad. de Daniela Kern; Guilherme J.F. Teixeira. São Paulo: Editora USP, Porto Alegre: Zouk; 2008.
6. Freyre G. Açúcar – Uma Sociologia do Doce, com Receitas de Bolos e Doces do Nordeste do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1997.
7. Lara BR, Paiva VSF. A dimensão psicossocial na promoção de práticas alimentares saudáveis. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(43):1039-54.
8. Elias N. O processo civilizador: Uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994, v. 1.
9. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad. Saúde Coletiva*. 2014;22(1):62-8.
10. Menezes RCE, Oliveira MA, Costa EC. Longo-Silva G, Oliveira JS. Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente

como instrumento de aproximação ensino-serviço. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37(4):1051-70.

11. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao leigo. *Rev Latino-am Enferm*. 2007;15(2):337-43.
12. Maciel ME. Uma cozinha à brasileira. *Rev Estudos Históricos*. 2004;1(33):25-39. Extraído de [<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2217>], acesso em [04 de dezembro de 2004].
13. Brasil. Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Extraído de [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf], acesso em [03 de abril de 2010].
14. Braga V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Rev Saúde Rev*. 2004;6(13):37-44.
15. Schall VT, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Rev Cad Saúde Pública*. 1999;15(2) (Supl 2): S4-S6.
16. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.
17. Rodrigues AD, Nora CRD, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Rev Vivências*. 2009;5(7):101-6. Extraído de [http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf], acesso em [27 de março de 2010].
18. Pimentel AF. A musicoterapia na sala de espera em uma Unidade Básica de Saúde - os usuários rompem o silêncio [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
19. Nora CRD, Mânica F, Germani ARM. Sala de Espera uma Ferramenta para Efetivar a Educação em Saúde. *Rev Saúde Pesq*. 2009;2(3):397-402. Extraído de [<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1125/907>], acesso em [03 de setembro de 2010].
20. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
22. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
23. Bardin L. Análise do conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2007.

24. Woortmann K. A comida, a família e a construção do gênero feminino. *Dados – Rev Ciênc Sociais*. 1986;29(1):103-30.
25. Reinhardt JC. Dize-me o que comes e te direi quem és: alemães, comida e identidade [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2007.
26. Moreira SA, França JI, Ayres JR, Medeiros M. Commensality and care: orphan girls and young women in the context of HIV/Aids. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):651-64.
27. Rondinelli P. Alimentação e religião: um estudo antropológico no movimento alternativo. *Rev Nures*. 2006;2(3):1-8. Extraído de [http://www.pucsp.br/nures/revista3/3_edicao_alimentacao_religiao.pdf], acesso em [02 de junho de 2010].
28. Demeterco SMS. Doces Lembranças: Cadernos de Receitas e Comensalidade – Curitiba: 1900-1950 [Tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1998.
29. Carmo SMS, Passos MC. A mulher imigrante italiana e o uso da comida: uma experiência de transicionalidade. *Rev Mental*. 2005;3(5):229-42.
30. Gallian DMC. A desumanização do comer. *Rev Estudos Avançados*. 2007;21(60):179-84.

Recebido em: 02.12.2013 e aprovado em 13.10.2014.