

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

LARISSA BAUNGARTNER ZEMINIAN

**A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA PARA ATUAÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DE DOCENTES**

São Carlos - SP
2018

Larissa Baungartner Zeminian

**A Formação do Nutricionista para Atuação na Atenção Básica na
Perspectiva de Docentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Dra. Sueli Fatima Sampaio

São Carlos - SP
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

Larissa Baungartner Zeminian

**“A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PERSPECTIVA DE DOCENTES”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 23/03/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Sueli Fatima Sampaio – UFSCar

Prof.^ª Dr.^ª Carla Maria Vieira - Instituto de Ensino e Pesquisa- Hospital Sírio Libanês

Prof.^ª Dr.^ª Aline Guerra Aquilante - UFSCar

DEDICATÓRIA

A Deus e aos meus familiares, pela compreensão e apoio.

AGRADECIMENTOS

À professora Sueli, pela orientação em todos os momentos do trabalho, disponibilidade e dedicação. Sua contribuição para a elaboração da pesquisa foi essencial. Obrigada por acreditar em mim e me ajudar a conquistar esse grande sonho.

À Universidade Federal de São Carlos, professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, pelos encontros das atividades curriculares, que trouxeram muito conhecimento e inspiração.

Aos meus pais, irmão e marido, pela compreensão, apoio e paciência que tiveram comigo nesse momento.

Às professoras examinadoras do trabalho, pela contribuição à pesquisa.

Aos docentes participantes, que através de seus relatos de experiências permitiram a construção deste trabalho.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica na perspectiva de docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da região sudeste do Brasil, por meio da aplicação de questionários com questões relacionadas à caracterização dos participantes e à formação dos alunos para atuação na Atenção Básica. Participaram do estudo 21 docentes de 13 IES, que apontaram os referenciais teóricos utilizados e temas abordados no ensino de nutrição, bem como as estratégias que utilizam tanto para a abordagem teórica como para a prática e de estágios. Os resultados foram organizados nas categorias Formação do nutricionista na Atenção Básica: referencial teórico, Formação do nutricionista na Atenção Básica: dos temas abordados à prática em campo, A formação na perspectiva das abordagens teórica e prática, sendo discutidos à luz da Saúde Coletiva, do Sistema Único de Saúde, da formação do nutricionista, das atribuições do nutricionista em Saúde Coletiva e com apoio das vivências da própria pesquisadora. Conclui-se que os referenciais teóricos relacionados à Atenção Básica são intensamente abordados pelos docentes em suas disciplinas, inclusive os de abordagem intersetorial e educacional, o que amplia e qualifica a formação; a Atenção Básica consiste em um campo de atuação muito potente, por possuir alta resolutividade, ser importante local de promoção da saúde e proporcionar um trabalho gratificante ao profissional nas atividades com a população, no entanto, necessita ser revisitada na sua estrutura física, motivação profissional e recursos para avaliação nutricional. E conclui-se também que as políticas públicas de saúde e de nutrição favorecem a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica, sendo necessária uma articulação mais consistente, com vistas à efetividade das ações de saúde.

Palavras-chave: Formação do nutricionista. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. Docentes.

ABSTRACT

This qualitative study aims to analyze the nutritionist training in order to work in Primary Health Care from the perspective of lecturers of Higher Public Education Institutions (HPEI) in the southeast of Brazil, through the application of questionnaires containing questions about the participants' characterization and the students' training to work in Primary Health Care. The 21 lecturers of 13 HPEI who participated in the study, pointed out the theoretical references used and issues addressed in the teaching of Nutrition, as well as the strategies used in theoretical and practical approaches and traineeships. The results were organized in the following categories: Nutritionist Training in Primary Health Care: theoretical framework, Nutritionist Training in Primary Health Care: from issues addressed to in practice, The training from both theoretical and practical approaches, being discussed in the light of Collective Health, Single Health System of Brazil (SUS – Sistema Único de Saúde), the nutritionist training, the nutritionists' responsibilities in Collective Health and with the support of the researcher's own experiences. It is concluded that the theoretical frameworks related to Primary Health Care are strongly approached by the lecturers in their subjects, including those of intersectoral and educational approach, which broadens and qualifies the training; the Primary Health Care consists of a very powerful playing field for having great solving, being an important place of health upgrading and providing a fulfilling job to the professional in the activities with the population, however, its physical structure, professional motivation and resources for nutritional assessment need to be revisited. It is also concluded that public policies of health and nutrition favor the training of the nutritionist to work in Primary Health Care, requiring a more consistent relation, aiming effectiveness in health actions.

Keywords: Nutritionist training. Single Health System of Brazil. Primary Health Care. Lecturers.

LISTA DE SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- ABN – Associação Brasileira de Nutricionistas
- ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CFE – Conselho Federal de Educação
- CFN – Conselho Federal de Nutricionistas
- CGPAN/MS – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
- EAN – Educação Alimentar e Nutricional
- ES – Educação em Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- EUA – Estados Unidos da América
- IES – Instituições de Ensino Superior
- IFSEMG - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais
- II PRONAN – II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
- Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
- LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
- MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- OPSAN/UnB – Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília
- PAA – Programa de Aquisição de Alimentos

PAS – Programa Anual de Saúde

PAT - Programa de Alimentação do Trabalhador

PBF - Programa Bolsa Família

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde

PNSAN - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUAS - Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TBL - *Team Based Learning*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UEMG - Universidade do Estado de Minas Gerais

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UFV – Universidade Federal de Viçosa

UFVJM – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UNESP – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNIMEP – Universidade Metodista de Piracicaba

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1 MEMORIAL DA TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO E PROFISSIONAL	13
2 INTRODUÇÃO	16
3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	17
3.1 Saúde Coletiva	17
3.2 Sistema Único de Saúde	23
3.3 Formação do Nutricionista no Brasil	29
3.4 Atribuições do Nutricionista em Saúde Coletiva	32
4 OBJETIVO	37
5 METODOLOGIA	38
5.1 Tipo de Estudo	38
5.2 Cenário e população do estudo	39
5.3 Coleta dos dados	40
5.4 Análise dos dados	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1 Cenário do estudo: IES	43
6.2 População do estudo: docentes	44
6.3 Categoria 1 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: referencial teórico	45
6.4 Categoria 2 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: dos temas abordados à prática em campo	54
6.5 Categoria 3 – A formação na perspectiva das abordagens teórica e prática ...	59
7 CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A	78
APÊNDICE B	81

1 MEMORIAL DA TRAJETÓRIA DE FORMAÇÃO E PROFISSIONAL

O ponto de partida da minha trajetória está recortado a partir do Curso de Graduação em Nutrição, que conclui na Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Durante a graduação vivenciei a experiência prática da profissão nos estágios curriculares, sendo o de Saúde Coletiva desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) o que eu mais me identifiquei, pelo ótimo acolhimento que tive da equipe do local, pelo desenvolvimento de atividades grupais (que eu gosto muito) e principalmente pelo carinho que a população demonstrou nas atividades individuais e coletivas. Para além do ambiente acadêmico, na busca por novos conhecimentos, realizei iniciação científica e estágio extracurricular em hospitais. Na iniciação, desenvolvi um projeto sobre estado nutricional de pacientes internados em um hospital do interior paulista, utilizando a Avaliação Subjetiva Global como ferramenta de pesquisa.

Após a formação, minha primeira experiência como Nutricionista foi no Banco de Alimentos do município de Rio Claro/SP, onde nasci e resido, como coordenadora do programa. Nesse período aprimorei meu conhecimento técnico e de gestão. Mesmo não sendo diretamente na área de Saúde Coletiva, o trabalho desenvolvido buscava captar alimentos inadequados para venda, mas adequados ao consumo humano (combate ao desperdício de alimentos) e, após manipulação e higienização, distribuí-los a pessoas em situação de vulnerabilidade social. Atividades estas de grande importância para a saúde coletiva, do ponto de vista da intersetorialidade.

Durante esse período, prestei alguns concursos e, em 2014, ingressei na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro/SP para fazer parte da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF, na época), hoje Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). Percebi, então, que apesar de toda formação em Saúde Coletiva que tive na universidade, com o estágio curricular, projeto interdisciplinar realizado na Atenção Básica e disciplinas teóricas, um desafio estava lançado: iniciar minha atuação como profissional, e um profissional do Sistema Único de Saúde (SUS)!

Como a segunda profissional a ser chamada para compor a equipe, elaborei junto com a educadora física o projeto do Núcleo que foi enviado ao Ministério da Saúde para implantação. Considero uma grande oportunidade poder ter participado do processo do Nasf-AB desde a sua criação no município.

Conforme a equipe foi se estruturando, começamos a desenvolver as atividades preconizadas para o núcleo, sendo: apoio matricial para equipes da Estratégia Saúde da

Família, atendimentos individuais e coletivos, grupos, discussões de casos, ações de educação permanente em saúde, construção de genogramas, ecomapas, projetos terapêuticos e outras atividades em equipe.

Uma atividade desenvolvida que merece destaque foi o processo de territorialização feito pela equipe Nasf-AB nas USF matriciadas, com o objetivo de levantar as necessidades da população para orientação e planejamento de ações, baseadas na realidade singular de cada território, além do mapeamento de equipamentos sociais da região, tendo em vista o delineamento de projetos intersetoriais.

Ao desenvolver esse trabalho de reconhecimento dos territórios identifiquei que questões de alimentação e nutrição são necessidades muito presentes nas comunidades adscritas às USF, principalmente em função da grande demanda de acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis. Afinal, como uma nutricionista poderia contribuir para melhorar essa situação, no SUS?

Além das atribuições como nutricionista do Nasf-AB, também fui supervisora institucional dos estagiários do curso de graduação em Nutrição de uma faculdade do município. Essa experiência me mostrou que os alunos tinham certa dificuldade com o trabalho da Atenção Básica na prática, desde a compreensão sobre o SUS até o papel do nutricionista em Saúde Coletiva.

O interesse pela Saúde Coletiva, a atuação no Nasf-AB, a percepção sobre a importância do nutricionista na Atenção Básica e a experiência como supervisora de estágio foram peças-chave para que eu ingressasse em 2016 no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Atualmente estou atuando como gerente de Segurança Alimentar e Nutricional da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, que abrange o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Banco de Alimentos e Horta Solidária. Mesmo não estando mais na área da saúde, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), a questão social da alimentação e as ações de Educação Alimentar e Nutricional são temas presentes na grande maioria das atividades do nutricionista em instituições públicas e, podem com vistas à intersetorialidade serem consideradas ações que também tem como objetivo a promoção da saúde.

Os temas discutidos nas atividades curriculares do mestrado foram ao encontro da minha atuação profissional e, por estarem tão próximo da minha realidade, contribuíram para qualificar as ações que desenvolvi no Nasf-AB. Além disso, compartilhei alguns assuntos com minha equipe, coordenação e gerência, expandindo o conhecimento adquirido para

outros profissionais, bem como me deu a oportunidade de aprimorar conhecimentos, para que no futuro possa conciliar a atividade na área de formação, que sempre esteve presente na minha trajetória profissional.

2 INTRODUÇÃO

A formação do nutricionista no Brasil está definida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Ensino de Graduação em Nutrição e deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990. Constitui-se como a maior política de inclusão social do Brasil na qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado e organiza-se por meio da Atenção Básica, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo que facilita o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população (MENDES, 2013).

As ações de alimentação e nutrição representam papel importante na Atenção Básica brasileira e o nutricionista é profissional fundamental para garantir a adequada abordagem desse tema. Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são equipes de Atenção Básica na qual o Nutricionista está inserido para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da Atenção Básica (JAIME, 2011; NEIS, 2012; BRASIL, 2017).

Um importante passo para sustentar a atuação do nutricionista foi a publicação da Resolução nº380/2005, que dispunha sobre a atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecia parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dava outras providências. Esta resolução foi recentemente substituída pela de nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, em que a Saúde Coletiva se destaca como uma área de atuação na qual a Atenção Básica está inserida, definindo as atividades obrigatórias e complementares do nutricionista nesse âmbito, que podem ser de gestão das ações de alimentação e nutrição ou de cuidado nutricional (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Tendo em vista a importância do nutricionista para o SUS, o direcionamento que as DCN fazem à formação com ênfase no sistema de saúde brasileiro e as atribuições do profissional na Atenção Básica, o objetivo dessa pesquisa foi analisar a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica na perspectiva de docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da região sudeste do Brasil.

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

3.1 Saúde Coletiva

A saúde coletiva pode ser definida como um campo amplo e complexo de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde de grupos sociais (coletividade), através da explicação dos seus determinantes sociais. Tem como prioridade práticas direcionadas para a promoção, prevenção e cuidado a agravos e doenças.

Apesar de ter sido historicamente constituída principalmente por médicos, a saúde coletiva é uma área multiprofissional e interdisciplinar, tendo sido construída por diversos profissionais da área da saúde e de outras áreas de conhecimento.

Intervenções de prevenção à saúde e enfrentamento de doenças são registradas desde a antiguidade clássica, mas têm seu marco inicial na Alemanha e Inglaterra, a partir da Polícia Médica e da Aritmética Política, respectivamente. Ambas expressam a responsabilidade do Estado pela definição e fiscalização de leis e regulamentos sobre a saúde das pessoas. (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; SOUZA, 2014).

Os autores acima citados relatam que na Alemanha, em 1655 foi formulado um programa de saúde do governo voltado para o bem-estar da população, que mais tarde foi denominado de Polícia Médica e que foi desenvolvida por Johann Peter Frank, entre 1779 e 1817, por meio de recomendações de ações voltadas para a supervisão da saúde das populações. Já na Inglaterra, a Aritmética Política consistia na formulação de recomendações para uma ação nacional, através de sistematização de informações sobre natalidade e mortalidade e também criação de instâncias organizativas na área da saúde. William Petty, em 1687, propôs a criação de um Conselho de Saúde em Londres e de um hospital para o isolamento de pacientes com peste (NUNES, 1994).

Na primeira metade do século XIX, na França, a Higiene começa a ser vista como parte importante da medicina, por ajudar a administração pública a manter a população saudável, e surge o movimento da Medicina Social, afirmando o caráter social das doenças e destacando que a promoção da saúde exige medidas de caráter social, além de médico. Na mesma época, na Inglaterra, tem início o movimento intitulado de Sanitarismo ou Saúde Pública a partir do agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos trabalhadores, em função da industrialização e urbanização.

No Brasil, intervenções em saúde da coletividade ganham força durante a República Velha (1889-1930), com destaque para medidas de saneamento em busca da erradicação da

Febre Amarela urbana e a vacinação contra a varíola. Na fase do Estado Novo (1937-1945), as campanhas se institucionalizam em programas de saúde pública e o governo brasileiro adota o modelo norte-americano de organização de programas de saúde, criando o Serviço Especial de Saúde Pública. A medicina individual se desenvolvia para trabalhadores formalmente empregados e sem a articulação com a Saúde Pública. Nos anos 60 surge a saúde suplementar, constituída pelos planos e seguros de saúde. Esses movimentos são importantes para a discussão brasileira que, nos anos 70, levou à ideia de Saúde Coletiva (SOUZA, 2014).

Historicamente, a emergência da saúde coletiva foi composta por três momentos: a fase pré-saúde coletiva, marcada pela instauração do projeto preventivista (1955-1970); a fase da medicina social (início ao fim dos anos 70) e o período da saúde coletiva (final dos anos 70 até 1994) (NUNES, 1994), conforme descrito a seguir.

O preventivismo, constituído nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 40, onde foram diagnosticados reflexos sociais da crise econômica de 1929 e do aumento dos custos relacionados à prática médica, que culminaram em propostas para a implantação de um sistema nacional de saúde. Mas, no lugar de adotarem reformas setoriais na saúde (como acontecia na maioria dos países europeus), as mudanças se deram no ensino médico, a partir de ênfase na prevenção e no cuidado global do paciente. Assim, as reformas defendidas visavam os projetos pedagógicos, e não reformas de organização da assistência. Esse fato foi o ponto de partida para uma ampla reforma da formação médica de outros países, internacionalizando a proposta de Medicina Preventiva (ou Integral) e Medicina Comunitária (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; SOUZA, 2014).

No caso da Medicina Preventiva, a proposta era de uma formação médica mais ampla e integrada, através de disciplinas capazes de rearticular o todo biopsicossocial, com disciplinas como a epidemiologia, bioestatística, psicologia, sociologia e administração de serviços de saúde, além da de medicina preventiva. Na América Latina, a emergência do projeto preventivista aconteceu na segunda metade dos anos 50, difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com reuniões realizadas no Chile e no México que já diagnosticavam uma crise teórica e prática na medicina. Assim como nos EUA, as reformas defendidas eram referentes ao projeto pedagógico da graduação em medicina, a partir da inclusão de disciplinas que forneciam uma visão mais completa do indivíduo, em detrimento das práticas individuais e centradas no hospital (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; NUNES, 1994; SOUZA, 2014).

Já a Medicina Comunitária trazia, além da referência da Medicina Integral, críticas à formação do médico exclusivamente centrada no hospital, que propiciava ao aluno o

aprendizado de patologias raras e apartadas da família e da comunidade. Sendo assim, a Medicina Comunitária surgiu como uma proposta de reforma que satisfizesse a maior integração da atenção prestada através de práticas preventivas que diminuiriam os gastos de assistência médica e proporcionariam uma cobertura maior a toda a população, através de experiência do aluno em práticas extramuros, diretamente nas comunidades, e de preferência mais carentes, baseada na implantação de centros comunitários de saúde (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998).

Entretanto, na prática, nem a Medicina Preventiva nem a Comunitária cumpriram o prometido, ou seja, não houve mudança na atitude do médico em função das novas disciplinas na formação e não se viabilizou a ampliação da cobertura assistencial para as populações pobres. Porém, antes da evidência desse fracasso, ambos movimentos foram disseminados para a América Latina (SOUZA, 2014).

No Brasil, os primeiros departamentos de Medicina Preventiva foram criados na década de 60, mas foi apenas na década seguinte, após a Reforma Universitária de 1968, que eles se institucionalizaram e expandiram. A implantação desses departamentos gerou o início da ideia de “coletivo” de maneira sistemática e pertinente à assistência médica, que originalmente tratava-se de certa redução do social limitada a suas manifestações no indivíduo. Assim, houve uma crítica ao preventivismo e uma aproximação às concepções da Medicina Social (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A Medicina Social, que em 1952, numa reunião convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Nancy, o historiador da medicina Sigerist chamou a atenção para o papel social do médico, de modo que as escolas médicas integrassem em seus currículos a dimensão social. Foi em 1974 que a ideia de Medicina Social foi retomada, através de um documento da OPAS que a caracterizava como um campo da saúde onde a preocupação principal seria estudar a sociedade e analisar as formas de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica (NUNES, 1994).

No Brasil surgiram distintas conotações para a noção de “coletivo”, sendo uma delas o coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas, ou seja, o social como objeto privilegiado na produção do saber e na intervenção. Esta definição marcou o desenvolvimento da Medicina Social em nosso país (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER; 2014).

Os anos 70 foram muito férteis em discussões teóricas sobre as relações saúde-sociedade, momento em que também se assumia a necessidade de garantir a saúde como direito através da intervenção do Estado. Aos poucos, após um cenário de repressão e piora

dos indicadores de saúde, tentava-se construir um campo de práticas e saberes transformadores, colocando a Medicina Social como um movimento ao nível da produção de conhecimentos que tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial.

Nesse período houve também redefinição da formação médica, com ênfase na formação de alunos em medicina preventiva, social e saúde pública. Os primeiros cursos de mestrado e doutorado foram criados em 1970 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), seguidos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NUNES, 1994).

Além da instalação de cursos de pós-graduação, houve a formação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), organizações de análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias. Ainda sobre a formação, o governo brasileiro apoiou algumas linhas de pesquisa em Medicina Social, contribuindo para o desenvolvimento de trabalhos teóricos sobre o tema. Paralelamente, movimentos sociais pela questão de saúde e propostas de redefinição das políticas de saúde no Brasil resultaram na Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema Único de Saúde (SUS) (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; NUNES, 1994).

Em 1977 a Assembleia Mundial da Saúde lança a consigna Saúde para Todos no Ano 2000, assumindo uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde para permitir que todas as pessoas tivessem a oportunidade de ter uma vida social e economicamente produtiva até o ano 2000. Um ano após, em 1978, a OMS promoveu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, no atual Cazaquistão, momento em houve o lançamento do projeto Saúde para Todos e a convocação dos governos de saúde de todo o mundo para redirecionarem as políticas de saúde como um direito humano, a partir de políticas sociais e econômicas com vistas à redução da desigualdade. O Saúde para Todos no Ano 2000 teve como área de ação prioritária a atenção primária em saúde, considerada estratégia de transformação dos sistemas de saúde principalmente nos países em desenvolvimento. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; MATTA, 2005; DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Sendo assim, fatores estruturais e conjunturais mostraram a necessidade de repensar a saúde em uma dimensão ampliada, a Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva, com essa expressão desde a década de 60 caracterizava-se como problemas de saúde a nível populacional e foi utilizada no Brasil em 1978 no I Encontro

Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva e na Reunião Sub-regional de Saúde Pública da OPAS, ambas com o objetivo de redefinir a formação para o campo da saúde. A ABRASCO, criada em 1979, foi a instituição que congregou os interesses das instituições formadoras (NUNES, 1994; DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Foi no relatório final do I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva que um dos cursos participantes explicitou o que se entendia por saúde coletiva:

Essa área do saber busca entender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática social permeada por uma prática técnica que é, simultaneamente, social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014, p. 7).

Definia-se, então, que a Saúde Coletiva tinha como objeto as necessidades sociais de saúde, que se caracterizava pelo processo saúde-doença relacionado à estrutura da sociedade. Assim, propõem-se intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma multidisciplinar e baseadas nas ciências sociais (SOUZA, 2014).

A expressão Saúde Coletiva foi reforçada nas primeiras publicações da ABRASCO, no II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados da Área de Saúde Coletiva, em estudos sobre o tema no Brasil e no 1º Congresso Nacional da ABRASCO. Na década de 80, a partir de uma reunião promovida pela OPAS, essa denominação passou a ser difundida internacionalmente (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Alguns fatos e processos históricos possibilitaram a criação da Saúde Coletiva brasileira, como o financiamento de fundações americanas, a ação político-institucional da OPAS (protagonizou a difusão do ensino da Medicina Preventiva e promoveu o desenvolvimento da Medicina Social), a conjuntura política (lutas pela democratização do país e construção de um movimento com ampla participação social – a Reforma Sanitária) e a situação do campo intelectual e do campo médico brasileiro de 1960 e 1970. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998; DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

A Reforma Sanitária propunha o reconhecimento do direito à saúde relacionada à conquista da cidadania e teve como marco a criação do CEBES, que socializou um conhecimento crítico que apontava a degradação das condições de saúde da população e explicava a determinação social do processo saúde/doença.

Professores, pesquisadores, estudantes, segmentos populares e trabalhadores propuseram, desde 1979 e por meio do CEBES, a criação do SUS “com caráter público, descentralizado, integral, democrático e com uma gestão participativa”. Na perspectiva acadêmica, a Medicina Preventiva, Comunitária, da Família e a Saúde Pública foram criticadas por seus limites, sendo a Saúde Coletiva a possibilidade de construir algo novo, articulado à ideia da Reforma Sanitária, que também foi concretizada com os esforços da ABRASCO.

Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) e seu relatório final subsidiou a elaboração do capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988 e a aprovação das leis 8.080/90 (organização do SUS) e 8.142/90 (controle social e financiamento do SUS) (DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

O relatório final da VIII CNS explicitou o conceito de Reforma Sanitária como a necessidade de uma reformulação mais profunda do setor saúde, que fosse além de uma reforma administrativa e financeira, a fim de ampliar o próprio conceito de saúde e sua ação institucional, revendo-se a legislação sobre proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Assim, Reformas Sanitárias são aquelas que:

Reconhecendo os sistemas de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de maneira ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 204).

Considerando a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como um projeto de reforma social, tem-se que ela foi concebida como reforma geral (transformação de toda a sociedade mediante reformas parciais), tendo como horizonte a revolução do modo de vida (PAIM, 2008).

Importante destacar as particularidades de se pensar numa perspectiva de Saúde Coletiva, e não de Saúde Pública, a partir dos objetos e instrumentos de trabalho e dos trabalhadores de cada uma delas.

Na Saúde Pública tem-se como objeto de trabalho os problemas de saúde (mortes, doenças, agravos e riscos), partindo de um conceito de ausência de doença, sendo os instrumentos de trabalho a epidemiologia tradicional e a concepção biologista da saúde. Como exemplo tem-se as ações isoladas das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária e o desenvolvimento de programas desarticulados das demais ações, como a Saúde Materno-Infantil e o Programa Nacional de Imunização. Quanto aos trabalhadores, os agentes de Saúde Pública desempenham atividades das vigilâncias tradicionais, aplicam modelos de

transmissão de doenças, realizam ações de educação sanitária e fiscalizam a produção e distribuição dos bens e serviços de saúde.

Já a Saúde Coletiva toma como objeto de trabalho as necessidades de saúde, partindo das condições necessárias para melhorar a qualidade de vida e permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade. Seus instrumentos de trabalho são a epidemiologia social e os saberes científicos e populares, orientando a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes de saúde e compondo estratégias de promoção da saúde, cidades saudáveis e políticas públicas saudáveis. Os trabalhadores, agentes de Saúde Coletiva, responsabilizam-se pela direção do processo coletivo de trabalho, tanto na dimensão biológica e social quanto na organizacional e gerencial (SOUZA, 2014).

Essas diferenças são caracterizadas, segundo Granda (2004), em três categorias: pressupostos filosóficos, métodos e atores políticos. Enquanto a Saúde Pública tem como pressuposto filosófico a doença e a morte para explicar as situações de saúde, a Saúde Coletiva baseia-se na saúde e na vida. Quanto ao método, a Saúde Pública privilegia o positivista e a Saúde Coletiva busca desenvolver métodos complexos. O ator político da Saúde Pública é o Estado, capaz de assegurar a prevenção de doenças por si só, enquanto na Saúde Coletiva é o Estado junto de atores da sociedade civil, atuando na democratização da saúde.

3.2 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Vasconcelos e Pasche,

É o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 531)

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, onde uma das grandes realizações foi a inserção da saúde como direito de cidadania e dever do Estado no texto constitucional. Foi regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080 e 8.142 (sancionadas em 1990) (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

O SUS começa a se estruturar a partir de um conjunto de serviços já existentes (universidades, serviços públicos, entidades filantrópicas, sindicatos, serviços comunitários e serviços privados contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Inamps) que, desde sua existência e expansão, focavam em programas restritos a populações consideradas prioritárias, como os trabalhadores formais, beneficiários do Inamps e pessoas que podiam pagar planos privados de assistência à saúde, diferente de qualquer conceito de rede articulada e integrada de atenção. Eram baseados em eventos agudos de saúde, não havia fluxo entre os serviços, predominava a oferta hospitalar de assistência e não existia lógica regional nem regulação pública.

Junta-se a esse contexto a necessidade de transferência da gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde e, subsequente, para as secretarias estaduais e municipais, originando então o SUS, com uma capacidade considerada baixa para a gestão e com distanciamento das necessidades idealizadas pelos seus princípios. Apenas com o início das gestões municipais semiplenas é que houve maior planejamento e operação dos serviços de saúde, a partir de fluxos organizados e algumas práticas de regulação.

Apesar dessas situações, o ambiente era de um debate ideológico e político no qual a demanda de toda a população pedia por rápidas respostas. Com isso, a saúde passa a ser um bem possível para várias parcelas da população, e não apenas para os trabalhadores formais e população com maior poder aquisitivo.

O processo de ampliação dos serviços públicos foi possível com a implantação e rápida expansão do Programa de Saúde da Família como forma de expansão da Atenção Básica e, depois, pelo processo de municipalização da gestão em saúde. Esses dois momentos deram vida real ao SUS mas reforçaram seu caráter fragmentado, com oferta de serviços hospitalares baseados em eventos agudos de saúde, sem lógica regional e com poucos indícios de regulação. Foi a partir de 1994 que se iniciou um ciclo de maior planejamento e operação do sistema de saúde, a partir das gestões municipais semiplenas, tendo como base fluxos organizados e ferramentas de regulação (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O SUS é um sistema complexo que tem como responsabilidade articular ações de promoção e prevenção com as de cura e reabilitação. Está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários que são as linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso às ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do

processo saúde-doença e também a prestação continuada de ações e serviços de promoção, proteção, cura e reabilitação a indivíduos e coletividade. A equidade é o princípio que justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que tem maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade social.

O princípio da integralidade é descrito como:

Art. 7º. II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade busca ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde por meio de políticas e ações que considerem as dimensões biológica, cultural e social do indivíduo, a partir do diálogo entre os sujeitos e seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Na Atenção Básica “a integralidade constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais” (FRACOLLI et al., 2011, p. 1136).

Segundo Mattos (2009), a integralidade pode ser sistematizada em três conjuntos de sentidos: como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. No primeiro, cabe ao serviço de saúde dar respostas ao sofrimento do paciente que não o reduzam ao seu sistema biológico, na qual o médico busca reconhecer através da conversa suas reais necessidades de saúde. No segundo conjunto de sentido, a integralidade exige uma horizontalização dos programas de saúde, superando a fragmentação das atividades desenvolvidas nos serviços. Por último, a integralidade é traçada como objetivo de dar respostas aos problemas de saúde específicos ou gerais.

As diretrizes organizativas do SUS são a descentralização, a regionalização, a participação comunitária e a hierarquização dos serviços, sendo a integração a base do planejamento. A descentralização tem como ênfase a municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, uma vez que o município tem a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços, tendo como coordenação das ações os gestores municipal, estadual e federal. A regionalização é uma diretriz que visa distribuir de forma mais racionalizada os recursos assistenciais no território, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais. A participação comunitária ocorre mediante a participação social nos espaços de Conferências e Conselhos de Saúde a fim de que os cidadãos influenciem decisiva a execução

do sistema nas três esferas de governo. A hierarquização ordena o sistema por níveis de atenção e estabelece fluxos entre os serviços. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

A estrutura hierárquica definida por níveis de complexidades crescentes e com relações de ordem e graus de importância é característica de sistemas de serviços de saúde classificados como fragmentados, que são fortemente hegemônicos, com pontos de atenção isolados e incomunicados e, portanto, incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção primária à saúde é considerada menos complexa que os níveis secundários e terciários de atenção. Diferentemente, existem os sistemas integrados de atenção à saúde, ou Redes de Atenção à Saúde (RAS) na qual a hierarquia é substituída pela poliarquia, organizados através de uma rede horizontal de atenção à saúde, sem ordem ou grau de importância entre os níveis de atenção, que se estabelece de maneira integrada e que se comunica, proporcionando assistência contínua à população (MINAS GERAIS, 2009; MENDES, 2011).

A situação de saúde brasileira marcada pela transição demográfica, doenças crônicas e seus fatores de risco (dentre eles a alimentação inadequada) e o crescimento da violência levaram o país a implantar RAS, uma nova forma de organizar a saúde em sistemas integrados que permitam responder positivamente às condições de saúde da população, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde são descritas na Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Mendes define as RAS como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p.82).

A Atenção Básica (AB) é um dos componentes das RAS, desenvolvida para trabalhar a atenção integral de forma descentralizada, em Unidades Básicas de Saúde, por meio de práticas de cuidado e gestão realizadas por equipe multidisciplinar e para populações de territórios definidos. Deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de

entrada. Ou seja, as funções que a AB cumpre para contribuir com o funcionamento das RAS são: ser base, ser resolutiva, orientar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2017).

A ordenação da rede pela AB se justifica pelo princípio organizativo das RAS, que deve ser constituída a partir das necessidades de saúde da população. Sendo a AB o local onde as pessoas têm suas necessidades identificadas de forma mais abrangente, o planejamento dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS deve ser estruturado, organizado e, portanto, ordenado, a partir dela. Segundo o Decreto nº7.508, de 2011, a AB ordena o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, de acordo com a gravidade do risco individual e coletivo e o critério cronológico (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017; BRASIL, 2011a).

A coordenação do cuidado significa garantir que o paciente receba o cuidado que necessita, centrado na pessoa, com a efetividade desejada e englobando os conceitos de acesso e integralidade. Os avanços na coordenação do cuidado pela AB são fruto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em todo o território nacional, espalhadas próximo às casas das pessoas e que por isso são as portas de entrada mais acessadas dentre os serviços do SUS, facilitando o acesso à saúde principalmente por meio do acolhimento e da redução do tempo de espera. A satisfação dos usuários da AB é alta: 78,9% dos brasileiros consideram o cuidado recebido da equipe de saúde da AB muito bom ou bom, 82,4% não mudariam de equipe ou de unidade de saúde caso tivessem a opção, 85,3% recomendam sua unidade de saúde a amigos e familiares e mais de 75% atribuem nota de 8 a 10 ao cuidado recebido. Entretanto, há ainda um escopo de ações desenvolvidas na AB que precisa ser ampliado, uma vez que muitas vezes procedimentos comuns desse nível de atenção acabam sendo realizados em serviços de urgência. (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017; BRASIL, 2015a; MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014).

A Estratégia Saúde da Família é a tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da AB, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) fazem parte da AB e foram criados com a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 para ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços. São compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, onde o Nutricionista deve estar presente. Estes profissionais atuam com os

profissionais das equipes de Saúde da Família, a partir do compartilhamento e apoio às práticas em saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2014).

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e o único a se propor universal em um país com mais de 100 milhões de habitantes (BATALHA, 2013). Da sua criação até os dias de hoje, existiram avanços e desafios.

Os avanços se deram no sentido da universalidade da saúde, com aumento da expectativa de vida dos brasileiros, redução da mortalidade infantil, diminuição das doenças passíveis de prevenção por vacinação, redução das mortes por doenças cardiovasculares, ampliação do acesso à atenção primária e às urgências, expansão da assistência farmacêutica, consolidação de importantes programas de saúde mental e bucal, fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, entre outros avanços (SOUZA, 2014).

Os desafios (pontos que desequilibram os pilares do SUS) se caracterizam por subfinanciamento da saúde (o Brasil gasta 3,5% do Produto Interno Bruto, enquanto outros países gastam 10%); baixa abrangência da Atenção Básica (em 2012 o Brasil tinha 50% de abrangência, enquanto o ideal seria pelo menos 80%), que leva a um acesso garantido na emergência, nível de atenção sem vínculo entre profissional e usuário; sistema de saúde fragmentado (o Brasil não conseguiu criar serviços que garantam a integralidade); dificuldades de gestão que geram improvisações em vez de se discutir uma nova estrutura organizacional para o SUS; lógica privatista ao invés de funcionários e gestão municipais e; falta de vontade política de se construir integralmente o SUS e as redes de saúde (CAMPOS, 2013).

Por fim, Souza (2009) classifica o Sistema Único de Saúde em SUS necessário e SUS possível. O SUS necessário está definido em seus princípios legais, voltado para uma sociedade mais justa na qual os cidadãos tenham assegurado um padrão de vida digno. Por sua vez, o SUS possível é aquele que se encontra em funcionamento no cotidiano dos serviços de saúde. Apesar dos avanços desde a sua criação, o SUS possível ainda está longe do SUS necessário, e as estratégias para aproximá-los são políticas onde, de um lado tem-se os pobres que dependem do SUS para ter acesso aos serviços de saúde e, portanto, se interessam pela efetivação do seu ideário e, de outro lado, os donos de negócios privados de saúde, os que se opõem a maiores investimentos públicos em saúde e as pessoas com um alto ou médio nível de renda, que não se mobilizam pela melhoria do Sistema.

3.3 Formação do Nutricionista no Brasil

A Nutrição teve sua emergência no Brasil nos anos 1930-1940, como parte integrante do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista. Nos primeiros anos da década de 30 duas correntes bem definidas e distintas do saber médico confluíram para a constituição do campo da Nutrição.

De um lado encontravam-se os adeptos da perspectiva biológica, preocupados com aspectos clínico-fisiológicos relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes. Esta vertente deu origem, a partir da década de 40, à Nutrição Clínica (dietoterapia), direcionada para a prática de ações de caráter individual.

De outro lado encontravam-se os que seguiam as ideias da corrente de perspectiva social, preocupados com aspectos de produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira. A partir da década de 40 deu origem à alimentação coletiva (institucional) e nas décadas de 50 e 60 originou a Nutrição em Saúde Pública, voltada ao desenvolvimento de ações de caráter coletivo (VASCONCELOS, 2002).

A formação em nutrição no Brasil teve seu início em 1939, com a criação do atual curso de graduação em nutrição do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). No decorrer da década de 40 foram criados mais três cursos, os atuais cursos de graduação em nutrição da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Entre os anos de 1950 e 1960 surgiram os atuais cursos de graduação em nutrição das Universidades Federal da Bahia (UFBA), Federal de Pernambuco (UFPE) e Federal Fluminense (UFF). É importante ressaltar que todos os esses cursos eram de caráter técnico de nível médio. (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

A partir dos anos 60 passou-se a discutir a formação de um profissional de nível universitário para atuar nos serviços de Saúde Pública a fim de melhorar a nutrição humana. A partir daí as duas características anteriores da prática profissional (dietoterapia e alimentação coletiva) começaram a sofrer alterações, sinalizando o processo de instituição do campo da Nutrição em Saúde Pública no contexto internacional.

No caso do Brasil, a emergência desse campo foi associada à fundação, em 1957, do Curso de Nutricionistas do então Instituto de Fisiologia e Nutrição da Faculdade de Medicina de Recife, apontado como o primeiro curso brasileiro a formar profissionais voltados para a atuação no campo da Nutrição em Saúde Pública (VASCONCELOS, 2002). Esse curso, ainda que inicialmente direcionado para a nutrição clínica, também estava voltado para a nutrição

social, e foi pensado a partir de importantes intelectuais, um deles sendo Josué de Castro (MOTTA; OLIVEIRA; BOOG, 2003).

Josué de Castro, médico, cientista social, geógrafo, sociólogo, professor, político e escritor, foi um militante no combate à desigualdade social, à miséria e à fome e ganhou notoriedade nacional e internacional ao publicar, dentre suas inúmeras obras, a Geografia da Fome (1946), uma análise da situação no Brasil e, Geopolítica da Fome (1951), estudo da fome no mundo. Suas obras denunciam as injustiças sociais e a ganância dos países ricos e de um modelo econômico no qual a miséria é necessária para a criação das ilhas de abundância, analisando a fome desde seus problemas fisiológicos até as suas consequências psicossociais e culturais (SILVA, 2009).

O reconhecimento da profissão como de nível superior aconteceu com o Parecer nº 265, de 19 de outubro de 1962, que reconhecia os cursos de nutricionistas como de nível superior, estabelecia o primeiro currículo mínimo e fixava a duração de três anos para a formação de nutricionistas no país. Tal reconhecimento só foi possível com o apoio dos cursos até então existentes e da Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN), que passou a ser a primeira entidade brasileira a representar e a defender os interesses dos nutricionistas. Como ela foi fundada em 31 de agosto de 1949, nesta data também se comemora o dia do nutricionista (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

A luta pela regulamentação da profissão, por sua vez, somente teve seu desfecho positivo em 24 de abril de 1967, quando foi sancionada a Lei nº 5.276, dispoendo sobre a profissão de nutricionista, regulando o seu exercício e dando outras providências (instrumento legal que vigorou até 1991, quando foi revogada por uma nova legislação) (VASCONCELOS, 2002).

Em 1974 foi fixado pelo Conselho Federal de Educação (CFE) o segundo currículo mínimo dos cursos de nutrição, que estabelecia uma carga horária total de 2880 horas a ser integralizada em quatro anos. No ano de 1978 foi aprovada a Lei nº 6.583, que criou os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regulando seu funcionamento e dando outras providências. Ao final dos anos 1970, também teve início o processo de criação das associações profissionais que deram origem aos Sindicatos de Nutricionistas em vários estados brasileiros, entidades responsáveis a partir de então pela defesa das questões trabalhistas relacionadas ao mercado de trabalho (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Os autores acima citados, referem que a expansão do número de cursos para formação de nutricionistas no Brasil se deu sobretudo no período de 1975-1981 (de 7 para 30 cursos e 570 para 1592 vagas), com a instituição do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

(II PRONAN), desenvolvido sob a coordenação do então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Já no período de 1981-1996 o número de cursos subiu de 30 para 45 e o de vagas de 1592 para 3643. Em 1991 foi publicada a Lei nº 8.234 que regulamentou a profissão de nutricionista. A partir de 1996, com a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), a expansão dos cursos tornou-se assustadora, tendo em 2009 um total de 391 cursos e 49.185 vagas.

A LDB atribuiu às universidades a competência de fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes. Com isso, o Ministério da Educação estabeleceu, em 1997, regras para que todas as Instituições de Ensino Superior (IES) enviassem propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação (SOARES; AGUIAR, 2010).

Em 2001 o Ministério da Educação apresentou a versão preliminar das Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição e o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) encaminhou as propostas específicas da nutrição. A resolução nº 5/2001 instituiu as DCN do curso de graduação em nutrição em substituição ao currículo mínimo.

As DCN da nutrição trazem como perfil do formando o nutricionista com formação generalista, humanista e crítica, tendo como competências e habilidades gerais a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente. Além destas, as DCN listam mais dezessete competências e habilidades específicas para a formação do nutricionista. Na resolução existe um parágrafo único destinado a exaltar que a formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde.

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem, o curso de graduação em nutrição deve ter um projeto pedagógico onde o aluno é o sujeito da aprendizagem e o professor o facilitador e mediador. As DCN contemplam também a estrutura que o curso deverá assegurar, servindo como base ao planejamento das IES (BRASIL, 2001).

Em 2005 o Conselho Federal de Nutricionistas publicou a Resolução CFN nº380/2005, que dispunha sobre a atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecia parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dava outras providências. Recentemente, esta resolução foi revogada pela de nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, na qual a Saúde Coletiva é definida como uma área de atuação do nutricionista e está dividida em três subáreas: Políticas e Programas Institucionais, Atenção Básica em Saúde e Vigilância em Saúde. Para a Atenção Básica em Saúde, são definidas as atividades obrigatórias e complementares no campo de gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado

nutricional. (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2005; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Atualmente o Brasil possui 124.420 nutricionistas registradas, sendo 32.521 no estado de São Paulo, 13.832 no estado do Rio de Janeiro, 12.165 no estado de Minas Gerais e 2.166 no estado do Espírito Santo, totalizando 60.684 nutricionistas na região sudeste, ou seja, quase metade de todo o país (48,8%) (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2017).

3.4 Atribuições do Nutricionista em Saúde Coletiva

A Resolução CFN nº600, de 25 de fevereiro de 2018, dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Na área de saúde coletiva, compete ao nutricionista, de acordo com a Resolução:

Organizar, coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de nutrição; prestar assistência dietoterápica e promover a educação alimentar e nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas, e em consultório de nutrição e dietética; atuar no controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios; participar de inspeções sanitárias (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018, s/p).

Para a Atenção Básica em Saúde, os campos de atuação do nutricionista podem ser em gestão das ações de alimentação e nutrição ou cuidado nutricional. Em gestão das ações, as atividades obrigatórias do nutricionista são:

- Planejar e coordenar as ações de alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Participar na elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS), levando-se em consideração o Plano Nacional, Estadual ou Municipal de Saúde, definindo as ações, metas, objetivos, indicadores e recursos financeiros que serão aplicados nas ações de cuidado nutricional;
- Monitorar, avaliar e divulgar os resultados previstos na Programação Anual de Saúde (PAS) relativos à alimentação e nutrição e colaborar na elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG);
- Dimensionar a estrutura de recursos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas;

- Estabelecer os parâmetros e procedimentos técnicos que orientem uniformemente e integrem as atividades de planejamento local, gestão, execução, avaliação e monitoramento das ações de alimentação e nutrição;
- Coordenar a elaboração, revisão, adaptação e padronização de procedimentos, processos e protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição, em consonância com as normas e diretrizes nacionais e internacionais;
- Planejar e organizar ações de educação permanente para profissionais e equipes de saúde no que tange à implantação das ações de alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Coordenar e avaliar a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- Definir o elenco de indicadores prioritários para o diagnóstico alimentar e nutricional da população, com apoio das equipes multiprofissionais da atenção básica;
- Propor ações de resolutividade para situações de risco nutricional;
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber;
- Participar e interagir nas ações das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia de Saúde da Família conforme legislação específica.

Em cuidado nutricional, as atribuições obrigatórias do nutricionista são:

- Realizar o diagnóstico de nutrição, avaliação e monitoramento do estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos, de acordo com a fase da vida;
- Identificar o perfil da população atendida no que tange à frequência de doenças e deficiências associadas à nutrição, doenças e agravos não transmissíveis e demais distúrbios associados à alimentação para o atendimento nutricional específico;
- Desenvolver, implantar e implantar protocolos de atendimento nutricional adequado às características da população assistida;
- Realizar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio;
- Elaborar a prescrição dietética com base no diagnóstico de nutrição, adequando-a à evolução do estado nutricional do indivíduo;

- Registrar a prescrição dietética e a evolução nutricional do usuário;
- Definir os procedimentos complementares na assistência nutricional ao indivíduo, em interação com a equipe multiprofissional;
- Realizar ações educativas para a prevenção das doenças relacionadas à alimentação e nutrição;
- Compilar e analisar os dados de vigilância alimentar e nutricional dos usuários, de forma integrada com a equipe multiprofissional;
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

Alguns documentos apontam as atribuições do nutricionista em Saúde Coletiva. A “Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde”, elaborada em 2009 pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília (OPSAN/UnB), financiada pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN/MS), tem como propósito “sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde” (BRASIL, 2009, p.11). Esse documento reforça a necessidade de fomentar a inserção de ações de alimentação e nutrição de forma multidisciplinar e também promover apoio e incorporação qualificada do nutricionista na rede básica de saúde, exemplificando os NASF como possibilidade de enfrentamento desse desafio. O nutricionista na atenção à saúde deve contribuir com o planejamento e organização das ações de cuidado nutricional local, a fim de qualificar os serviços e melhorar a sua resolubilidade. A matriz elenca ações prioritárias (algumas dizem respeito ao conhecimento específico do nutricionista e outras são atribuições que podem ser compartilhadas entre os membros da equipe) e considera três pressupostos: a) sujeitos das ações: o indivíduo, a família e a comunidade; b) níveis de intervenção: gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional (diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento/cuidado/assistência); c) caráter das ações: universais (aplicáveis a quaisquer fases da vida) e específicas (de acordo com as fases da vida) (BRASIL, 2009).

O documento “O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde”, organizado pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), tem como propósito apresentar aos gestores

do SUS o posicionamento do CFN sobre o papel da Nutrição como área estratégica da Atenção Primária em Saúde, objetivando contribuir com o aperfeiçoamento da ação governamental. A partir do contexto epidemiológico atual de transição nutricional, mudanças socioeconômicas, geográficas, políticas e tecnológicas, perfil de morbidade e mortalidade e doenças, o documento mostra a importância de fortalecer e qualificar o cuidado nutricional na atenção primária, elencando os instrumentos legais para a formulação e implementação das políticas públicas nas áreas de atuação do nutricionista. Também são elencadas nesse documento as ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde e as ações estratégicas no cuidado nutricional (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015).

O “Consenso sobre Habilidades e Competências do Nutricionista no Âmbito da Saúde Coletiva” foi desenvolvido no âmbito do plano de trabalho da Carta Acordo celebrada entre a Fundação Universidade de Brasília e a Organização Panamericana de Saúde com recursos provenientes da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Traz como objetivo:

Apoiar, por meio de matriz contendo funções e competências do nutricionista em saúde coletiva, o processo de reflexão sobre as potencialidades, estratégias e desafios da formação em alimentação e nutrição em saúde coletiva. E, desta maneira, contribuir com o trabalho sistemático e estratégico desta área no Brasil. (RECINE, 2013, p. 11).

Esse consenso elenca os principais limitantes do desenvolvimento de capacidades de nutricionistas em saúde coletiva, citando a formação inadequada e/ou não específica, a necessidade de melhorias nos sistemas de aprendizagem, a insuficiente oferta de formação especializada e fidelização no campo de prática e a alocação inadequada e/ou insuficiente de recursos. Além disso, define as funções de um nutricionista em saúde coletiva, suas competências essenciais por eixo temático e os níveis de prioridades necessários para melhorar a formação profissional (RECINE, 2013).

Tendo em vista a importância das ações de alimentação e nutrição no SUS, mais especificamente na Atenção Básica, a reformulação curricular do curso de graduação em Nutrição a partir das DCN e o crescente número de nutricionistas formados pelas Instituições de Ensino Superior, torna-se pertinente a reflexão acerca da formação de nutricionistas para atuação na Atenção Básica. Nesse sentido, é fundamental a investigação da percepção de docentes de cursos de graduação em Nutrição, a fim de possibilitar a análise e compreensão de como se dá a abordagem da área da Atenção Básica durante a formação universitária.

Como profissional nutricionista da Atenção Básica, deparei-me com dificuldades iniciais de inserção no serviço público, mesmo com todo o arcabouço teórico e prático que tive durante minha formação na graduação e, além disso, observei também essas dificuldades nos estagiários que supervisionei. Por esses motivos, motivei-me a estudar sobre a formação de nutricionistas direcionada à atuação na Atenção Básica.

Sendo assim, o presente estudo se faz relevante, pois traz contribuições para docentes do nível superior e cursos de graduação em Nutrição, podendo servir como ponto de partida para reflexões e melhorias acerca da formação voltada para o SUS e para a Atenção Básica. Além disso, espera-se que contribua também para profissionais nutricionistas que já atuam no Sistema Único de Saúde brasileiro. A importância da presente pesquisa também é reforçada pelo fato de que foram encontrados poucos estudos sobre a prática docente direcionada à Atenção Básica, uma vez que alguns analisam projetos pedagógicos, disciplinas oferecidas e carga horária, mas não a percepção de docentes para essa área de atuação.

4 OBJETIVO

Analisar a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica na perspectiva de docentes de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da região sudeste do Brasil.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo de abordagem qualitativa, que investigou percepções, opiniões e produtos das interpretações que os humanos fazem, sentem e pensam, reconhecendo a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012).

Para Flick (2009), na pesquisa qualitativa os objetos estão representados em sua totalidade, dentro de seus contextos cotidianos, tendo como campos de estudo as práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana. A pesquisa qualitativa demonstra a variedade de perspectivas sobre o objeto, partindo dos significados sociais e subjetivos a ele relacionados.

A busca de referencial teórico para subsidiar a construção texto do trabalho e a discussão dos dados coletados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e portal de pesquisa em saúde e centro especializado da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), que reúnem artigos disponíveis nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para o levantamento do estudo, utilizaram-se os descritores, que servem como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros e outros tipos de materiais, assim como para serem usados na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na BVS (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2016).

Os descritores utilizados foram:

- Saúde Coletiva: ramo da medicina voltado para a prevenção e o controle de doenças e deficiências, e para a promoção da saúde física e mental da população tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal;
- Atenção Básica: é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com

um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. (Declaração de Alma-Ata - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003);

- Nutricionistas: pessoas especialmente treinadas em ciências da Nutrição. Profissional da área de saúde, com formação generalista, humanística e crítica, capacitado a atuar visando a segurança alimentar e a atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentam fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais. (Fonte: Conselho Federal de Nutricionistas, Brasil);

- Estratégia Saúde da Família: 1) Modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). (Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.3 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf). 2) A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. (Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997) 3) A Estratégia Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. (Disponível em: http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=63);

5.2 Cenário e população do estudo

O estudo teve como recorte o cenário das Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da região sudeste do país que oferecem curso de graduação em Nutrição, ou seja, nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

A região sudeste brasileira soma uma população de 85 milhões de habitantes, 37 mesorregiões e 1.668 municípios. Está em primeiro lugar em número de alunos matriculados em cursos presenciais no ensino superior no Brasil, com mais de 3 milhões ou 47% do total (SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR, 2016).

Em 2014, o Estado de São Paulo concentrou 1,72 milhão de alunos matriculados em cursos presenciais, o que representa 56% do total na região, sendo 1,45 milhão de matrículas na rede privada e 271 mil na rede pública. Em segundo lugar ficou o estado de Minas Gerais (22%), com 665,6 mil matrículas, 483,4 mil na rede privada e 182,2 mil na rede pública. O estado do Rio de Janeiro apresentou 549,5 mil matrículas, sendo 411,7 mil na rede privada e 137,8 mil na pública. O estado do Espírito Santo apareceu em quarto lugar, com 118,2 mil matrículas, sendo 91,5 mil da rede privada e 26,7 mil da pública (SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR, 2016).

Por entender que a região sudeste concentra o maior número de IES do país, essa região foi escolhida para ser o cenário do estudo.

Para identificação das IES públicas utilizou-se a base de dados oficial do Ministério da Educação (site e-MEC) no qual constavam 26 IES, sendo 5 em São Paulo, 6 no Rio de Janeiro, 2 no Espírito Santo e 13 em Minas Gerais (BRASIL, 2016).

Após, atendendo ao procedimento da Plataforma Brasil para autorização pelo Comitê de Ética, enviou-se a Carta de Autorização (Anexo A) aos responsáveis pelo curso de graduação em Nutrição (reitores, diretores ou coordenadores de curso).

A partir da devolutiva da Carta de Autorização, fez-se contato com os coordenadores de curso para esclarecer sobre a pesquisa e identificar os docentes da área de Atenção Básica, população alvo do estudo, enviando e-mail para convidá-los a participar. Com o aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ciência e autorização da participação (Apêndice A) e o questionário de coleta de dados (Apêndice B).

Assim, o cenário do estudo foi composto por IES públicas da região sudeste do Brasil que oferecem curso de graduação em Nutrição e a população por docentes que ministram disciplinas com enfoque na Atenção Básica.

5.3 Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2017, através de questionário autoaplicado, que é uma “técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações” (GIL, 2014, p. 121).

A escolha do questionário se deu pelo fato do estudo envolver a região sudeste, uma área geográfica muito extensa. Algumas outras vantagens do questionário são: pode ser enviado pelo correio, permite que as pessoas respondam no momento em que julgarem mais

conveniente e não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistador (GIL, 2014). Há, também, algumas desvantagens do uso desse método, como por exemplo: dificulta o esclarecimento de dúvidas, o índice de resposta pode ser baixo, difícil saber se a resposta foi espontânea ou afetada/direcionada (CUNHA, 1982 *apud* BAPTISTA, CUNHA, 2007).

O questionário contemplou dados de caracterização dos participantes e questões abertas, para que os respondentes oferecessem suas próprias respostas com ampla liberdade (Apêndice B). Os aspectos éticos foram preservados segundo a Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Os docentes que aceitaram participar foram automaticamente incluídos e os que não se manifestaram ou se manifestaram contrários à participação foram excluídos. Os nomes dos entrevistados foram mantidos em sigilo, utilizando-se, para tanto, codificação numérica aos dados resgatados do questionário, o que assegurou o anonimato dos sujeitos da pesquisa. A participação dos docentes foi voluntária e não remunerada.

5.4 Análise dos dados

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo significa explorar um conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar. Ou seja, significa penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade (GOMES, 2012; MINAYO, 2010).

Segundo Gomes, “ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social” (2012, p.80). A análise de conteúdo, segundo Bardin é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, destacam-se a categorização, inferência, descrição e interpretação. Existem várias maneiras de se analisar

conteúdos, sendo uma delas a análise temática, onde o conceito central é o tema, uma unidade de registro em torno do qual se tira uma conclusão. Essa análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação (GOMES, 2012).

Os dados do presente estudo foram analisados a partir da análise de conteúdo temática, tendo como primeira etapa a pré-análise com leituras repetidas até o esgotamento, na percepção da autora desse estudo, da identificação das unidades de registro (palavras-chave ou frases), de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), para a categorização dos aspectos considerados pertinentes. A segunda etapa, já na exploração do material, consistiu em encontrar categorias, que são palavras significativas em função das quais o conteúdo foi organizado (MINAYO, 2010).

Outro procedimento importante é o da inferência, ou seja, a dedução lógica de algo do conteúdo que está sendo analisado. No que se refere à interpretação, os resultados do estudo foram discutidos de uma maneira mais ampla, trabalhando na produção do conhecimento, a partir da inferência e da fundamentação teórica acerca do tema de estudo (GOMES, 2012).

Os questionários analisados revelaram grande diversidade nas respostas dos docentes, algumas sucintas e outras mais detalhadas, variando de duas a sete páginas.

A análise dos dados permitiu a definição de categorias, sendo: Categoria 1 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: referencial teórico, Categoria 2 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: dos temas abordados à prática em campo, Categoria 3 – A formação na perspectiva das abordagens teórica e prática.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão organizados inicialmente por uma caracterização do cenário e participantes da pesquisa, como forma de contextualizar a análise dos dados. E, na sequência, a análise das questões contidas no questionário, por meio da análise de conteúdo temática, obteve três categorias, inicialmente descritas com os resultados e discussão e finalizadas com a análise das potências e desafios destacados pelos docentes para a formação em nutrição, conforme apresentado.

6.1 Cenário do estudo: IES

Das 26 IES públicas identificadas no site do e-MEC, 20 devolveram a Carta de Autorização com parecer favorável. Porém, na etapa em que os coordenadores de curso tinham que identificar os docentes da área da Atenção Básica, 3 não se manifestaram e, na etapa de aceite dos docentes, professores de 4 IES não se manifestaram, resultando em 13 IES participantes do estudo, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Relação IES participantes do estudo, segundo o Estado da região sudeste.

São Paulo	Rio de Janeiro	Minas Gerais
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) campus Macaé	Universidade Federal de Viçosa (UFV) campus Rio Parnaíba
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Universidade Federal Fluminense (UFF)	Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Universidade de São Paulo (USP) curso de Nutrição e Metabolismo	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) curso de 2009	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP)		Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) campus Governador Valadares
		Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais (IFSEMG)
		Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Fonte: elaborado pela autora

O estudo previa a participação dos quatro Estados que compõem a região sudeste do Brasil, sendo que a não manifestação das duas IES do Espírito Santo para a devolutiva da Carta de Autorização comprometeu a proposta inicial, porém entende-se que não descaracterizou como sendo da região sudeste, uma vez que os outros três Estados que mais concentram IES e estudantes estão representados. Ressalta-se que a exclusão do referido Estado ocorreu após cinco tentativas de contato via e-mail e telefone, limite pelo tempo para o início da análise dos dados.

6.2 População do estudo: docentes

Em relação aos docentes, foram identificados 57 que atuavam na Atenção Básica. Destes, 13 não se manifestaram, 6 optaram por não participar, 15 aceitaram participar, mas não retornaram com o questionário e/ou TCLE, 23 aceitaram participar e retornaram com todos os documentos. No entanto, identificou-se que 2 docentes ministravam disciplinas não relacionadas à Atenção Básica, tendo sido excluídos, resultando num total de 21 docentes participantes (37%), número considerado acima do esperado, pois segundo Marconi e Lakatos (2005), questionários que são enviados para os entrevistados alcançam em média 25% de devolução.

Houve a realização de três a quatro tentativas de contato com os docentes que não se manifestaram, durante os meses de junho, julho e agosto de 2017, porém sem retorno. Aqueles que optaram por não participar justificaram não se sentirem aptos, falta de disponibilidade e/ou problemas pessoais. Já para os docentes que aceitaram participar, mas não retornaram com os documentos necessários, foram realizados de três a cinco contatos, estabelecendo-se o prazo limite de 22 de setembro de 2017, sem obtenção de sucesso de retorno.

Os docentes participantes estão na faixa etária entre 31 e 56 anos, sendo um único pertencente ao gênero masculino. O tempo de atuação docente de maneira geral e na Atenção Básica variou entre sete meses e mais de vinte anos, sendo que 15 participantes exercem docência em disciplinas relacionadas à Atenção Básica há mais de dez anos. A caracterização dos participantes mostrou também que 5 docentes eram mestres e 16 doutores.

O fato de apenas um dos docentes ser do gênero masculino demonstrou similaridade com dados do Conselho Federal de Nutricionistas, que revelou que, em 2005, 96,5% dos nutricionistas no Brasil eram mulheres. Já a titulação dos mesmos (76% são doutores), revela um corpo docente qualificado, uma vez que apenas 1,1% dos nutricionistas brasileiros chegam nesse nível de estudo (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2006).

As disciplinas e estágios ministrados pelos docentes com foco na Atenção Básica são: Avaliação Nutricional; Educação Nutricional; Epidemiologia; Epidemiologia Nutricional; Estágio em Saúde Pública/Coletiva; Estágio em Nutrição em Saúde Pública; Estágio em Nutrição Social; Estágio Social; Nutrição e/em Saúde Pública/Coletiva; Políticas (Públicas) de Saúde; Políticas Públicas em Alimentação e Nutrição; Prática Integrada em UBS; Saúde Coletiva; Saúde da Comunidade; Saúde e Sociedade; Trabalho em Grupo e Práticas Coletivas.

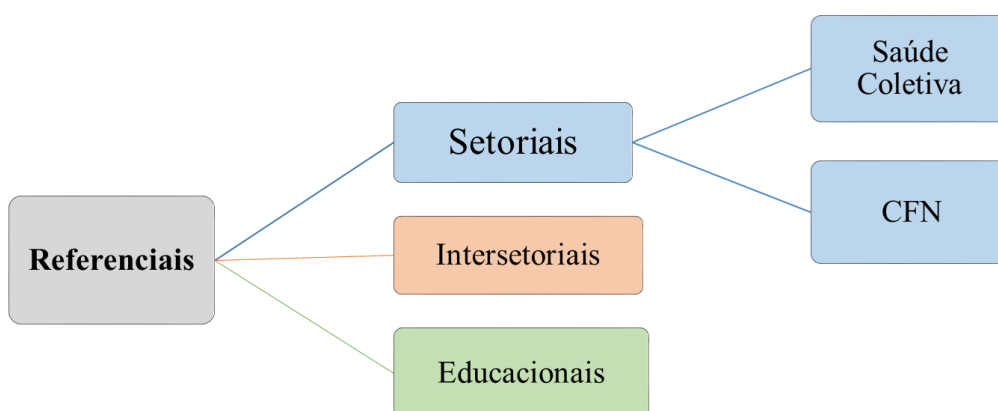
6.3 Categoria 1 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: referencial teórico

Com a finalidade de estabelecer uma relação entre os referenciais teóricos citados pelos docentes na perspectiva da formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica, classificou-se os mesmos como: Setoriais – quando se relacionam diretamente às ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica; Intersetoriais – quando estão relacionados à alimentação e nutrição em Saúde Coletiva, porém não na Atenção Básica; e Educacionais – relacionados à aspectos de educação e formação dos profissionais.

Importante destacar que, embora a perspectiva era que os docentes apontassem referenciais teóricos, uma pequena parcela elencou referenciais bibliográficos, porém foi possível identificar o que se assumia como referencial teórico a partir deles.

De modo a facilitar a visualização dos referenciais teóricos utilizados pelos docentes para abordar a atuação do nutricionista na Atenção Básica, apresenta-se a figura abaixo.

Figura 1 - Referenciais teóricos abordados pelos docentes para a atuação do nutricionista na Atenção Básica



Referenciais teóricos setoriais

Os referenciais teóricos setoriais foram agrupados em Saúde Coletiva e documentos do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN).

Para a Saúde Coletiva, um número expressivo de docentes citou o Sistema Único de Saúde (SUS), Políticas Públicas de Saúde, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF, na época da coleta dos dados). Das políticas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foram as mais citadas. Pequena parcela dos docentes citou a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) e apenas um elencou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a própria Atenção Básica (AB) também foram citadas por alguns docentes.

De fato, a Saúde Coletiva, segundo a Resolução CFN nº600/2018, é uma das áreas de atuação do nutricionista, definida como atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de Atenção Básica em Saúde e de vigilância em saúde. Compete ao nutricionista, nesta área:

Organizar, coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de nutrição; prestar assistência dietoterápica e promover a educação alimentar e nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas, e em consultório de nutrição e dietética; atuar no controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios; participar de inspeções sanitárias (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018, s/p).

O SUS ganha destaque para a formação do nutricionista a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, que especificam que a formação deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no nosso sistema público. A formação do nutricionista enquanto profissional de saúde, especialmente na área da saúde coletiva, tem que passar pelo arcabouço teórico do SUS, com a valorização da ética e da cidadania e com o conhecimento do processo saúde/doença/cuidado. No SUS a alimentação se caracteriza como um dos determinantes e condicionantes da saúde, devendo ser uma das atividades de articulação das políticas e programas, ofertadas pelos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2001; RECINE et al, 2012; BRASIL, 1990).

Considera-se que a alimentação possa ser uma ação de articulação de Políticas Públicas e Programas, como o caso da PNAB e da PNAN, que como referenciais teóricos abordados pelos docentes, indica que a abordagem dessas políticas para a formação do nutricionista é importante na perspectiva da sua atuação profissional na Atenção Básica.

A PNAB, em seu artigo 2º, define a AB como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 68).

As RAS objetivam promover integração de ações e serviços de saúde a fim de garantir a integralidade do cuidado, com o centro de comunicação na Atenção Básica, também definida para ser a ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde, sendo a alimentação inadequada um dos motivos de se organizar a rede de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2010a).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), assim denominado pela recente reformulação da PNAB (até então citado pelos docentes como Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF), é um tipo de equipe multiprofissional e interdisciplinar, complementar às equipes que atuam na AB, que oferece suporte clínico, sanitário e pedagógico, no qual o nutricionista pode estar inserido (BRASIL, 2017).

As ações de alimentação e nutrição, no âmbito dos Nasf-AB, envolvem promoção de práticas alimentares saudáveis com vistas a proporcionar respostas às principais demandas nutricionais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis. As ações estão detalhadas abaixo:

Conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente; promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários; capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento (BRASIL, 2008, p. 40).

Pude vivenciar a atuação do nutricionista no Nasf-AB de Rio Claro/SP e percebi a importância desse profissional na Atenção Básica do município. Desenvolvia atividades individuais e coletivas de promoção de saúde e com ênfase em ações de alimentação e nutrição. O apoio à equipe da Atenção Básica acontecia mediante discussões de casos e

capacitações, e o contato com os usuários através de grupos e atendimentos individuais, qualificando a resolutividade da Atenção Básica.

A PNAN, política pública específica sobre a atenção nutricional no SUS, visa melhorar as “condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (BRASIL, 2013, p. 21) e permeia os pressupostos do direito à saúde e à alimentação, bem como os princípios do SUS. A política estabelece que a atenção nutricional deve priorizar a realização de ações no âmbito da AB, ofertando respostas às demandas e necessidades de saúde do território. Estabelece, ainda, que ações de prevenção de carências nutricionais, por meio de suplementação de micronutrientes, também são de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Já o SISVAN é o sistema de informação que auxilia nas informações de vigilância alimentar e nutricional (VAN), registrando dados antropométricos e de consumo alimentar provenientes das ações executadas na rotina dos serviços de saúde da AB e gerando relatórios que facilitam o planejamento de ações, políticas e programas (BRASIL, 2011b).

Ainda no referencial da Saúde Coletiva, grande parcela dos docentes respondeu utilizar documentos do Ministério da Saúde para abordar a formação do nutricionista em relação à Atenção Básica. Alguns deles descreveram quais documentos, o que se infere que possam ser utilizados também por aqueles que não os explicitaram, já que são documentos considerados básicos para a formação de nutricionistas, sendo eles: a Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica em Saúde, o Guia Alimentar para a População Brasileira, os Cadernos da Atenção Básica e os manuais dos Programas de suplementação de micronutrientes.

Todos esses documentos são ferramentas importantes para a atuação do nutricionista na Atenção Básica. Segundo Jaime et al (2011) são materiais de extrema utilidade para orientar as ações dos profissionais de Nutrição nas atividades dos Nasf-AB, pois possuem abordagem multifocal, com recomendações e ações voltadas aos indivíduos, famílias e comunidades. Porém, no que diz respeito ao conhecimento desses materiais pelos discentes durante o curso de graduação, Pinheiro et al (2012) revela que menos da metade estudaram a Matriz e as Portarias do Nasf-AB.

No que tange aos documentos do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), alguns docentes especificaram a Resolução CFN nº380, de 28 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências e um deles destacou o material “O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde”.

A resolução CFN 380/2005 foi um documento de grande importância para a atuação do nutricionista na Atenção Básica, uma vez que definia, dentro da área de Saúde Coletiva, as atribuições obrigatórias e complementares do nutricionista no âmbito da Atenção Básica. Porém, entre o período de coleta dos dados e a análise dos resultados, esta resolução foi revogada pela Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, que atualizou os parâmetros de atuação do nutricionista.

Dessa forma, uma vez que tanto referenciais teóricos relacionados à Saúde Coletiva quanto à documentos oficiais do CFN foram citados pelos docentes, infere-se que a abordagem da formação desse profissional está contemplando de maneira adequada a atuação para a Atenção Básica, o que possivelmente reflete em uma atuação prática do recém-formado/profissional mais qualificada.

Referenciais teóricos intersetoriais

Os referenciais teóricos classificados como intersetoriais foram aqueles não específicos da Atenção Básica, mas que refletem atuação na área da Saúde Coletiva e articulação com outros setores necessários para o campo da alimentação e nutrição.

Nessa classificação o referencial mais citado pelos docentes foi a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), seguida do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Um único docente relatou utilizar o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Programa Bolsa Família (PBF) em sua abordagem na disciplina.

Em minha experiência profissional de atuação como nutricionista da Atenção Básica participei do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de meu município, representando a Secretaria de Saúde. Nesse espaço pude vivenciar a discussão de ações intersetoriais de alimentação e nutrição como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e Programa Banco de Alimentos, ambos com a finalidade de promover o acesso à alimentação saudável de famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional. Assuntos relacionados ao PNAE e ao SUAS também eram frequentemente

debatidos nesse espaço de controle social. Participar desse Conselho me fez visualizar a prática da Segurança Alimentar e Nutricional no cotidiano das políticas públicas municipais de alimentação e nutrição, contribuindo para a qualificação da minha atuação no setor da saúde. Acredita-se que a abordagem e a oferta de espaços que permitam vivências e ações relacionadas ao controle social podem e devem ser oportunizadas durante a formação, uma vez que potencializa espaços de reflexão das políticas públicas no contexto da saúde, contribuindo para o estudante ampliar o olhar para sua atuação como futuro profissional.

Os referenciais teóricos intersetoriais foram citados por poucos docentes, porém em uma situação interessante: todos os que os citaram também relataram utilizar referenciais teóricos setoriais, demonstrando que estes buscam informações adicionais/intersetoriais que enriquecem o ensino voltado à Atenção Básica, reforçando o princípio do SUS de integralidade do cuidado, uma vez que a intersetorialidade é um de seus componentes, sendo considerado um princípio doutrinário do sistema. Segundo Jaime et al (2011), o campo da Alimentação e Nutrição no enfoque da saúde pública implica numa ampla articulação intra e intersetorial por meio do envolvimento de outros setores, como o desenvolvimento social e combate à fome e a educação.

O SISAN, criado pela lei nº 11.346/2006, visa garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional através da articulação entre órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e por instituições privadas afetas à SAN, a fim de formular e implementar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional (federais, estaduais e municipais). A PNSAN foi instituída em 2010 com os mesmos objetivos do SISAN e contendo diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que foi lançado em 2012 e subsidiou os Estados e Municípios para a elaboração dos seus próprios planos. O município que adere ao SISAN se compromete em elaborar o plano municipal de SAN no prazo de um ano, embasado nas diretrizes da PNSAN, devendo incorporar estratégias territoriais e intersetoriais das demandas dos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar, sendo o setor saúde essencial nesse processo (BRASIL, 2006; BRASIL 2010b).

O PNAE é um programa integrante da PNSAN que atende as necessidades nutricionais de estudantes das escolas públicas do país durante a permanência em sala de aula e se constitui como a política pública de alimentação e nutrição de maior abrangência no país. O nutricionista é o responsável técnico pelo planejamento, coordenação, direção, supervisão e avaliação na área de alimentação e nutrição das Secretarias de educação, tendo como algumas de suas atividades realizar o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional dos

escolares, elaborar e avaliar os cardápios da alimentação escolar, realizar ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), entre outras (BRASIL, 2012b).

O SUAS é um sistema público que organiza os serviços de assistência social de prevenção de riscos e de apoio às famílias e indivíduos já em situação de risco e com direitos violados. É coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que coordena também diversos Programas de Segurança Alimentar e Nutricional de modo a garantir o DHAA (BRASIL, 2015b).

O nutricionista na AB deve atuar junto aos indivíduos, famílias, comunidades e articular estratégias com os equipamentos sociais do território, para promover a alimentação saudável com vistas ao DHAA e à SAN (BRASIL, 2009). Assim, entende-se que o profissional que consegue ampliar o olhar para além do âmbito da saúde, inserindo também assuntos e temas intersetoriais como os destacados pelos docentes, qualificam o serviço prestado à população e potencializam a resolubilidade dos problemas alimentares e nutricionais.

A PNSAN e o PNAE foram inseridos, a partir da nova resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (Resolução nº600/2018), como segmentos da subárea “políticas e programas institucionais”, dentro da área de Saúde Coletiva. Já o SISAN ficou estabelecido como um subsegmento da PNSAN, tendo sido ramificado em Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Bolsa Família, Banco de Alimentos, Restaurantes Populares, Cozinhas Comunitárias, Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais e, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Apesar da Resolução CFN nº600/2018 ter sido lançada após a coleta de dados deste estudo, infere-se que os docentes que citaram PNSAN, SISAN e PNAE como referenciais teóricos, abordam as atividades destacadas pela resolução para complementar a formação do nutricionista na Atenção Básica.

Em suma, considera-se as políticas públicas como importantes referenciais teóricos intersetoriais. Os docentes identificaram, como potencialidades, que elas ampliam a formação do nutricionista para atuação na AB e, possivelmente também influenciam na mudança de hábitos alimentares (fator essencial em função da transição nutricional), o que potencializa o papel e atuação do nutricionista nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Do ponto de vista dos desafios, identificou-se, na percepção dos participantes, que a desarticulação entre as várias políticas públicas influencia na efetividade das ações de saúde

praticadas, o que tem sido vivenciado no atual contexto das políticas públicas brasileiras, marcado por contradições e com comprometimento da qualidade.

De fato, as políticas públicas da área de saúde que tratam do tema de alimentação adequada e saudável reservam importante espaço de atuação ao nutricionista, que deve estar preparado para desenvolver ações nas diretrizes das políticas e suas interfaces com a alimentação e nutrição. As que merecem destaque para a atuação do nutricionista são a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE), Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2013).

Entretanto, a existência de políticas públicas parece não ser suficiente para a atuação do nutricionista, uma vez que estas podem estar desarticuladas entre si, o que faz com que haja superposição de objetivos e competências e limitação da clientela atendida. Faz-se necessário, para modificar esse cenário, atentar-se para a complexidade, diversidade e comunicação, através da superação da lógica da competição e das decisões centralizadas quando se quer atender por completo as dinâmicas sociais (SANTOS, 2015). É possível perceber a desarticulação das políticas públicas quando institucionalizadas, já que o contexto do mundo do trabalho muitas vezes não propicia o diálogo, por meio da criação de espaços de reflexão, ofertando condições para que os profissionais possam participar de forma efetiva.

No campo das políticas públicas faz-se necessário implementar ações condizentes com o perfil de saúde e nutrição da população, voltadas para a promoção da saúde e diminuição dos agravos e desfechos ocasionados pela transição nutricional, que se caracteriza pelo aumento das DCNT e diminuição das deficiências nutricionais. Tais ações devem fazer parte do cuidado integral nas RAS, sendo a AB o local prioritário para seu desenvolvimento, por ser espaço privilegiado para ações (RECINE; CARVALHO; LEÃO, 2015; PIMENTEL et al, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2009).

Referenciais teóricos educacionais

Nessa classificação foram agrupadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Nutrição, a educação em saúde e a pedagogia crítica através de Paulo Freire.

Esses referenciais foram citados pela minoria dos docentes, porém apenas um docente utiliza-os de maneira isolada, sem complementar com os referenciais setoriais. Possivelmente esse docente pode estar deixando de transmitir informações importantes sobre a Atenção Básica aos seus alunos. Em contrapartida, os demais docentes que citaram referenciais educacionais também citaram os setoriais e, alguns deles, os setoriais e intersetoriais, demonstrando que ampliam a abordagem em sala de aula para além dos aspectos técnicos da Nutrição, contemplando assuntos relacionados à educação e formação dos profissionais.

Compreende-se que os docentes que utilizam as DCN como referencial teórico contribuem para a formação de nutricionistas mais capacitados, uma vez que elas marcam uma nova fase do currículo da nutrição e representam o que há de mais atualizado em termos de regulamentação para a graduação em nutrição, devendo contribuir para a formação de profissionais preparados para compreender, analisar e intervir na busca da garantia da saúde e da SAN como direitos sociais, com ênfase no SUS. (SOARES; AGUIAR, 2010).

Ao utilizarem as DCN, os docentes fortalecem a compreensão de que a Atenção Básica é importante cenário de atuação profissional e contribuem para a garantia de direitos da sociedade em contar com os saberes do nutricionista (BORELLI et al, 2015).

A Educação em Saúde (ES) é uma atividade essencial para a promoção da saúde das populações de forma teórica, prática e interdisciplinar. Compreende o desenvolvimento de processos educativos voltados para a promoção da autonomia, da participação e da postura ética, corresponsável e segura dos indivíduos e das comunidades. Dessa forma, por visar o desenvolvimento de uma atenção integral, a Atenção Básica é o nível de atenção à saúde mais profícuo para o desenvolvimento da ES.

Estudo desenvolvido em 2014 com profissionais da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família verificou que não há uma visão unívoca da ES possivelmente em função das diferenças na formação profissional nessa área e na valoração que cada profissional atribui à prática educativa. Os autores também apontam que esse resultado indica a importância da ampliação de disciplinas curriculares na graduação que favoreçam uma formação adequada dos profissionais de saúde (FLISCH et al, 2014).

A pedagogia crítica embasada por Paulo Freire baseia-se na educação libertadora, fundamentada na ação dialógica que substitui o autoritarismo pelo diálogo democrático nos diferentes espaços de vivências e aprendizagens, sendo o estudante e o professor protagonistas desse processo (MENEZES; SANTIAGO, 2014).

Assim sendo, utilizar ES e pedagogia crítica como referenciais teóricos sugere potencialização da formação dos graduandos em Nutrição, de modo a contribuir com profissionais nutricionistas mais capacitados para a atuação na AB.

6.4 Categoria 2 – Formação do nutricionista na Atenção Básica: dos temas abordados à prática em campo

Essa categoria agrupou a análise da formação do nutricionista para a Atenção Básica desde os temas abordados pelos docentes em suas disciplinas até a atuação prática do futuro profissional.

Utilizaram-se as áreas das ciências que as DCN descrevem para os conteúdos do curso de graduação em Nutrição para classificar os temas citados pelos docentes, sendo: Ciências Biológicas e da Saúde; Ciências Sociais, Humanas e Econômicas; Ciências da Alimentação e Nutrição e Ciências dos Alimentos.

As Ciências Biológicas e da Saúde se referem aos “conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos” (BRASIL, 2001, p. 3). Para essa ciência, não foram identificados temas citados pelos docentes, devido tratar-se de ciência com definição que, possivelmente, tem abordagem de seus conteúdos por disciplinas da área básica na formação, sendo que o estudo teve como público alvo docentes da área específica de formação do nutricionista.

As Ciências Sociais, Humanas e Econômicas se referem à “compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, a comunicação nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (BRASIL, 2001, p. 3). Nessa ciência foram englobados os seguintes temas citados pelos docentes: integralidade, humanização, matriciamento, intersetorialidade, grupos em saúde, Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), condicionantes dos problemas alimentares, transição nutricional, clínica ampliada, linhas de cuidado, comportamento alimentar, alimentação no contexto contemporâneo, atuação bio/psico/social/cultural e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

As Ciências da Alimentação e Nutrição compreendem conteúdos de nutrição humana, dietética, terapia nutricional, patologias de interesse da nutrição, avaliação nutricional, planos alimentares para indivíduos e coletividades, relação nutricionista-paciente, processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos (desde a gestação ao envelhecimento, passando

pelo crescimento e desenvolvimento), atividades físicas e desportivas, meio econômico, social e ambiental, nutrição no processo saúde-doença, considerando a “influência sociocultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo, conservação e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população” (BRASIL, 2001, p.3). Os temas citados foram: Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), promoção e prevenção da saúde através da nutrição, nutrição nos ciclos da vida, alimentação adequada e saudável, atendimento nutricional individual e coletivo (ambulatorial e domiciliar), Educação Alimentar e Nutricional (EAN), epidemiologia e controle de doenças relacionadas à nutrição, planos alimentares e pesquisas populacionais.

Já as Ciências dos Alimentos abrangem composição, propriedades e transformações dos alimentos, higiene, vigilância sanitária e controle de qualidade dos alimentos (BRASIL, 2001). Nessa ciência foi inserido apenas o tema “composição química dos alimentos”, citado por apenas um docente.

A diversidade de temas citados permite considerar que a maioria dos docentes transcendem conteúdos de atenção dietética para abordagens em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentam fundamentais, ampliadas no sentido de um cuidado da saúde a partir da alimentação e nutrição. As DCN consideram que os conteúdos devem proporcionar a integralidade das ações do cuidar, considerando todo o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2001).

Segundo Ayres (2004) o cuidado em saúde conceitua-se como uma compreensão filosófica e uma atitude prática que acontece nas diversas situações como interação entre pessoas, alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar. O processo de cuidar envolve a intervenção técnica articulada ao diálogo entre profissional e paciente. Dessa forma, ao se considerar o saber não técnico, em que a pessoa assistida participa da ação em curso, ela de fato estará sendo sujeito.

Os docentes também elencaram temas relacionados às competências e habilidades do profissional para atuação na AB, como estar preparado para a atuação em equipes multiprofissionais, ser um articulador da rede, atuar como gestor em saúde, formar em saúde, ser capaz de atuar politicamente e, possuir boa comunicação verbal e não verbal.

Segundo as DCN, os cursos de graduação em Nutrição devem formar profissionais aptos a trabalhar de forma integrada às demais instâncias do sistema de saúde (articulação), capazes de pensar criticamente, tomar decisões, comunicar-se eficazmente, assumir posições de liderança, fazer o gerenciamento e administração dos serviços de saúde, aprender continuamente e proporcionar educação e treinamento aos futuros profissionais (papel de

formador em saúde) (BRASIL, 2001). Assim, quando os docentes citam esses temas como parte da abordagem na Atenção Básica, estão em consonância com o perfil profissional que as DCN propõem para o nutricionista.

Apesar das DCN descreverem o perfil ideal do futuro nutricionista, sabe-se que na prática a atuação enfrenta alguns desafios. Os docentes desse estudo destacaram como dificuldades a atuação multiprofissional, uma vez que alguns profissionais demonstram falta de responsabilidade com os casos, supremacia perante os outros e ideais biologicistas; equipes de Nasf-AB que não trabalham de acordo com o preconizado em termos do apoio matricial; falta de entendimento dos profissionais quanto a metodologia de trabalho dos Nasf-AB; interesses políticos municipais que influenciam na composição dos profissionais dos Nasf-AB, podendo não inserir o nutricionista; a ausência ou quantidade insuficiente de nutricionistas na AB, o que compromete a atenção nutricional ao usuário, impacta negativamente na integralidade do cuidado, aumenta a demanda de serviços e reduz a vivência prática dos alunos; profissionais desatualizados e sem identificação com o local de trabalho; estruturas físicas inadequadas; falta de equipamentos de avaliação nutricional; salários injustos; pouco reconhecimento da população.

No entanto, a atuação prática do futuro profissional tem suas potências, tendo sido destacadas pelos docentes: os temas, competências e habilidades abordadas nas disciplinas, a alta resolubilidade da AB, a importância do profissional nutricionista para a promoção da saúde, o trabalho gratificante nas atividades com a população, a atuação multiprofissional e, os Nasf-AB como campo de atuação.

A alta resolubilidade da AB evidenciada por alguns docentes realmente é uma potência desse campo de atuação, uma vez que, por meio das ações desenvolvidas, torna-se possível resolver grande parte dos problemas e necessidades de saúde da população. Especificamente na área da alimentação e nutrição, o nutricionista ganha importância e destaque nas intervenções essenciais que desenvolve, em especial às relacionadas a doenças e agravos não transmissíveis em todas as fases da vida (CERVATO-MANCUSO et al, 2012).

As ações de alimentação e nutrição na AB, integradas às demais ações já garantidas pelo SUS, têm um importante impacto na saúde das pessoas, famílias e comunidades (BERTON, 2011). Esse impacto faz os usuários serem gratos ao nutricionista, tornando o trabalho na AB gratificante, como mencionado por um docente desse estudo e por nutricionistas dos municípios da região metropolitana de Campinas, como descrito por Pádua e Boog (2006) em seu estudo, em que relataram que trabalham na rede básica de saúde porque gostam muito e é gratificante, mesmo com as dificuldades enfrentadas. Sentimentos de prazer

e realização também foram mencionados por profissionais de Nasf-AB na realização de grupos educativos com os usuários em estudo realizado por Nascimento, Quevedo e Oliveira (2017).

Atuar em equipes multiprofissionais de saúde faz parte do rol de competências e habilidades dos nutricionistas e devem ser desenvolvidas durante a formação acadêmica (BRASIL, 2001). O nutricionista (e todos os demais profissionais de saúde que trabalham na AB), quando integrante de equipe multiprofissional, amplia possibilidades inovadoras de práticas de cuidado e aumenta o potencial de resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família (PEREIRA, 2011).

Entretanto, na prática, trabalhar em equipe esbarra em contradições referentes à formação de alguns profissionais e na configuração das instituições, muitas vezes marcadas pela fragmentação do conhecimento, setorialização do trabalho, hierarquia e cultura corporativa. Feriotti reflete sobre essa situação da seguinte maneira:

A abordagem complexa das demandas de saúde, atendendo ao princípio da integralidade, exige das equipes multiprofissionais e instituições o desenvolvimento de metodologias que contemplem trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, horizontalidade dos poderes, coresponsabilidades e auto-organização. No entanto, esta é uma árdua tarefa, pois implica a transformação de estruturas institucionais historicamente construídas, de valores e hábitos adquiridos pela cultura da sociedade moderna. Nesse processo é inevitável o enfrentamento de obstáculos sociais, pedagógicos, ideológicos, políticos, psicológicos, metodológicos e técnicos, e a transformação da lógica de poder que promove e mantém as dificuldades para uma práxis coletiva, assim como a cisão entre os saberes e entre o saber e o fazer (FERIOTTI, 2009, p. 189).

O fato dos docentes terem elencado que o trabalho em equipe é um desafio para a atuação na AB demonstra que eles compreendem as dificuldades desse trabalho na prática e podem aprimorar a discussão sobre subjetividades e relações interpessoais em suas disciplinas, pois esses assuntos devem fazer parte da formação do profissional de saúde (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Os Nasf-AB são compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em equipe para ampliar a abrangência e resolubilidade da AB, tendo sido descritos pelos docentes desse estudo como principal potência para atuação prática do nutricionista no SUS. De fato, a inserção da categoria nesse núcleo, ampliou as possibilidades de atuação na AB. A evolução da quantidade de nutricionistas atuando em Nasf-AB é nítida, uma vez que em 2008, ano de criação dos Nasf-AB, o número de nutricionistas nos núcleos era de 327,

saltando para 2.476 em 2013, representando um crescimento de 657% (VASCONCELOS; SOUSA; SANTOS, 2015).

Em contrapartida, os desafios relacionados à atuação do nutricionista nos Nasf-AB elencados pelos docentes provavelmente acontecem pelo fato da proposta de trabalho dos núcleos serem bastante recentes, inovadoras e pioneiras no Brasil, sendo um trabalho que ainda está em processo de consolidação e não tem processos plenamente sistematizados. As equipes de Saúde da Família, por terem sido implantadas há um tempo significativamente superior aos Nasf-AB, possuem processos de trabalho consolidados e atribuições de profissionais bem definidas. Esses fatos, presentes em equipes tão distintas e que precisam trabalhar juntas pode estar criando situações conflituosas e contraditórias no ambiente de trabalho (GONÇALVES et al, 2015).

Referente às questões políticas para a inserção do nutricionista nos núcleos, podem existir uma vez que sua composição é estabelecida pelos gestores municipais de acordo com as prioridades e necessidades locais do território (BRASIL, 2008a). Ainda assim, o nutricionista, de 2008 a 2013, foi o terceiro profissional mais frequentemente presente nos Nasf-AB, sendo menor somente em relação ao número de psicólogos e fisioterapeutas (VASCONCELOS; SOUSA; SANTOS, 2015).

Outro elemento desafiador para a atuação prática refere-se à ausência ou quantidade insuficiente de nutricionistas na AB. O parâmetro numérico de nutricionistas para atuação na Atenção Básica é definido pela Resolução CFN nº600, que estabelece a necessidade de um nutricionista para a gestão das ações de alimentação e nutrição, de um nutricionista por programa e considerar a legislação vigente no caso dos Nasf-AB (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018). Entretanto, na prática, esses números estão longe de serem seguidos. Rigon, Schmidt e Bógus (2016) refletem que a insuficiente inserção do nutricionista no SUS é uma das dificuldades existentes para a consolidação do trabalho na área de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em minha atuação profissional como Nutricionista do Nasf-AB no município de Rio Claro/SP, pude vivenciar as potências e desafios dessa área de atuação. Compartilho da opinião dos docentes sobre quão gratificante é trabalhar na AB. Os momentos de atividades coletivas com grupos me mostraram a importância do nutricionista em Saúde Coletiva, além de me emocionarem algumas vezes, sendo que me recordo do último encontro do ano de um grupo de saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família, no qual uma usuária levou um bolo, feito por ela, escrito NASF, como forma de agradecer a equipe. Por outro lado, também enfrentei desafios como os elencados pelos docentes e, para mim, o mais desafiador foi

trabalhar com a quantidade insuficiente de nutricionistas na AB, pois minha realidade dispunha da minha atuação, como profissional de promoção de saúde e, mais uma nutricionista na assistência à saúde, para um município com mais de 200 mil habitantes.

Os desafios relacionados à falta de estrutura e recursos materiais são comuns no âmbito de atuação da AB. Dificuldades vão desde a falta de computadores, impressoras e tintas para criação e impressão de materiais educativos, até a ausência de espaços para grupos e salas para atendimento individual ou trabalho administrativo do nutricionista. Essas situações podem impactar negativamente a integridade do profissional e até mesmo a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes (STELMO, 2016).

Em relação à situação salarial como desafio de atuação na AB, Pádua e Boog (2006), em seu estudo, verificou que é uma realidade de nutricionistas da região metropolitana de Campinas (interior do estado de São Paulo), pois os salários injustos foram relatados por seus entrevistados. No mesmo estudo, os nutricionistas relataram que apesar de todas as dificuldades enfrentadas, gostam muito de trabalhar na rede básica de saúde por ser muito gratificante.

Em suma, os desafios descritos pelos docentes desse estudo fazem parte de dificuldades cotidianas das equipes de saúde, que podem ser explicadas por: formação acadêmica marcada pelo reducionismo (gera dificuldade de comunicação entre as profissões e o desconhecimento das potencialidades dos diversos profissionais); lógica corporativa e competitiva para a coordenação de projetos; falta de compreensão dos profissionais sobre seu trabalho fazer parte de um todo complexo, estabelecendo prioridades que determinam hierarquias de poder; comunicação prejudicada pela ausência de escuta ou intolerância à diversidade de abordagens; conflitos de equipe que geram acomodação e não enfrentamento de mudanças necessárias; fatores como excesso de trabalho e baixas remunerações que levam os profissionais a realizarem tarefas isoladamente (FERIOTTI, 2009).

6.5 Categoria 3 – A formação na perspectiva das abordagens teórica e prática

Quanto a maneira como o docente desenvolve os temas relacionados à AB, dividiu-se de acordo com a abordagem teórica e prática. Para a abordagem teórica classificou-se segundo as estratégias de ensino em sala de aula. Para a abordagem prática, foram organizadas de acordo com as respostas dos questionários.

Importante destacar que o professor universitário necessita não apenas de sólidos conhecimentos na área de sua disciplina, como também de habilidades pedagógicas que

tornem o aprendizado eficaz, uma vez que o processo de aprendizado dos estudantes é influenciado pela maneira como o professor adequa as estratégias de ensino às necessidades e expectativas dos alunos (OLISKOVICZ; PIVA, 2012).

Abordagem teórica

Vários são os termos que podem ser utilizados para designar a ideia de “como ensinar”, sendo um deles a estratégia. Estratégia pode ser definida, segundo Weigert et al (2016, p. 7) como “uma sequência de comportamentos e/ou procedimentos desenvolvidos pelos alunos de forma a atingir uma determinada tarefa ou alcançar um objetivo acadêmico específico”. Anastasiou e Alves (2005, p. 68 e 69) conceituam estratégia como “do grego *strategía* e do latim *strategia*, é a arte de aplicar ou explorar os meios e condições favoráveis e disponíveis, com vista à consecução de objetivos específicos”. O apontamento de duas definições, a primeira relacionada ao estudante e, a segunda ao professor estão justificadas pelo fato de que deseja-se manter a ideia de que o processo ensino/aprendizagem, quer na abordagem teórica, assim como na prática requer sempre reconhecer estes dois segmentos como sujeitos envolvidos.

O docente dentro da sala de aula deve propor ações que desafiem ou possibilitem o desenvolvimento de operações mentais e, para isso, deve ser um verdadeiro estrategista, justificando a utilização do termo estratégia, na medida em que precisa estudar, selecionar, organizar e propor as melhores ferramentas para que os alunos se apropriem do conhecimento (ANASTASIOU; ALVES, 2005).

Dessa forma, abaixo encontram-se descritas as estratégias de ensino que foram referenciadas pelos docentes para a abordagem teórica da AB na formação de nutricionistas.

A estratégia teórica mais citada foi a condução de aulas expositivas dialogadas, relatada por mais da metade dos participantes, o que de fato, é uma estratégia bastante presente na sala de aula. Seu ponto forte é a participação do estudante e o diálogo que permite questionamentos, críticas e reflexões (ANASTASIOU; ALVES, 2005). Mais especificamente, a aula expositiva dialogada:

É uma exposição do conteúdo, com a participação ativa dos estudantes cujo conhecimento prévio deve ser considerado e pode ser tomado como ponto de partida. O professor leva os estudantes a questionarem, interpretarem e discutirem o objeto de estudo, a partir do reconhecimento e do confronto com a realidade. Deve favorecer análise crítica, resultando na produção de novos conhecimentos. Propõe a superação da passividade e imobilidade intelectual dos estudantes (ANASTASIOU; ALVES, 2005, p. 79).

A segunda estratégia teórica mais descrita pelos docentes foi a utilização de documentos científicos como artigos, textos da área, revistas e jornais tanto no momento da aula como indicação de leitura, de forma autodirigida. Essa estratégia é descrita por Anastasiou e Alves (2005) como estudo de texto, que consiste na exploração de ideias de um autor a partir do estudo crítico de um texto, contemplando momentos de contexto do texto, análise textual, análise temática, análise interpretativa (ou exploração do texto), problematização e síntese.

Já Rangel (s/d) classifica a utilização de documentos textuais como dinâmicas de leitura para a sala de aula, estratégia na qual os alunos consultam os textos, dialogam, indagam, respondem, ouvem e se pronunciam, mantendo-se envolvidos com o conteúdo lido, sendo que a variação do grau de dificuldade não se localiza nas dinâmicas, mas sim na estrutura do texto. As dinâmicas de leitura para sala de aula são interessantes, pois não requerem condições físicas especiais, ou seja, não precisam de uma arrumação da sala de aula ou da divisão da turma em grupos.

Foram elencadas também pelos docentes, no desenvolvimento teórico da abordagem da AB, outras estratégias como seminários, debates/discussões de casos e temas, presença de um profissional que atua na AB para expor sua vivência, dinâmicas de grupo, estudo dirigido, exercícios interativos, registro em portfólio, rodas de conversa, mesas redondas, além de terem sido destacadas a utilização de materiais como vídeos, sites governamentais e sistemas de informação do Ministério da Saúde. Suportes multimídias como Datashow e CD, realização de contrato de convivência e ensino-aprendizagem e utilização de plataforma moodle foram descritos em menor proporção pelos participantes.

Essas são estratégias bastante utilizadas por docentes, nas quais o professor estimula e norteia a aprendizagem através de um processo de ensino-aprendizagem ativo (diferente do utilizado em épocas anteriores), em que o aluno é sujeito da ação e participa de forma efetiva na construção de saberes (SCHLEMMER; ROVEDA; ISAIA, 2016).

Com exceção apenas do estudo dirigido, todas as estratégias acima citadas são classificadas como estratégias aplicadas a grupos (ou socializantes). Elas trabalham fatores humanos e sociais das relações, podendo favorecer o aprendizado através da receptividade, interlocução, participação, colaboração, liderança, formulação de objetivos comuns, flexibilidade, aceitação de consenso, acolhimento e inclusão. Por outro lado, pode-se despertar fatores de exclusão como a indiferença, ironia, desqualificação, omissão. Nessas estratégias grupais, faz-se necessário que todos os alunos estejam familiarizados com o tema em estudo, a fim de contribuir na aprendizagem comum, devendo, portanto, ser precedida de

alguma exposição, conversação introdutória ou trabalho individual (RANGEL, s/d; LIBÂNEO, 1994).

Paralelo às estratégias mais convencionais, também foram elencadas metodologias ativas como Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), *Team Based Learning* (TBL), portfólio/busca de material teórico para construção da aprendizagem e técnicas como *World Café*, *Fishbowl* e mapas conceituais.

Entende-se por metodologias ativas as formas utilizadas pelos professores para desenvolver o processo de aprendizagem na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais. Segundo Berbel (2011), as metodologias ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender a fim de solucionar, com sucesso, desafios da prática social em diferentes contextos. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas (BORGES; ALENCAR, 2014).

Nas metodologias ativas o docente assume um papel interativo com os alunos, atuando quando necessário e facilitando o aprendizado, diferentemente do papel de transmissão de informações do docente que utiliza metodologias tradicionais. O aluno, por sua vez, assume um papel ativo nas metodologias ativas, sendo responsável pelo seu próprio aprendizado, o que força a que ele exerça atitudes críticas e construtivas, se bem orientado (SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

A utilização de metodologias ativas vai ao encontro do fato da atividade profissional após a saída da graduação durar décadas, período no qual os conhecimentos e competências vão se transformando muito rapidamente, sendo, portanto, necessário que a formação discente proporcione um profissional ativo e apto a “aprender a aprender”. As metodologias ativas contribuem para a formação de profissionais capazes de criar, planejar, implementar e avaliar políticas e ações que visem o bem-estar de determinada comunidade (MITRE et al, 2008; MELLO; ALVES; LEMOS, 2014).

As DCN dos cursos de graduação da área da saúde, incluindo a do curso de Nutrição, elencaram a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o SUS e tensionaram as IES a mudarem suas práticas pedagógicas na busca de novas redes de conhecimento (MITRE et al, 2008). Elas trazem um conjunto de competências, conteúdos e habilidades que “deve promover no aluno e no nutricionista a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente” (BRASIL, 2001, p. 4).

Ainda segundo as DCN para Cursos de Graduação em Nutrição estabelece-se a necessidade de existência de um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da

aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo. Além disso, a estrutura do curso deve garantir um ensino crítico, reflexivo e criativo a partir de uma metodologia que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender. Por fim, as DCN mencionam que as estratégias pedagógicas utilizadas “articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer, que constituem atributos indispensáveis à formação do Nutricionista” (BRASIL, 2001, p. 5).

Além das estratégias utilizadas, o estudo se propôs também a analisar as potências e desafios identificados pelos docentes para a formação dos nutricionistas. Relacionadas à abordagem teórica, o grupo de participantes indicou como potências a existência de disciplinas relacionadas à AB presentes desde o início do curso, que despertam interesse do aluno pela área desde cedo; a formação adequada, com caráter humanista e aulas que propiciam discussões baseadas em casos reais e; a preparação dos alunos para o trabalho com grupos.

Como elementos desafiadores, os docentes relataram a oferta das disciplinas relacionadas à AB no mesmo momento que as biológicas, sendo que os alunos tendem a se interessar mais pelas biomédicas; a formação inadequada, com ênfase na atuação biológica e clínica, foco no tratamento (cura e assistência individual) e não na prevenção; a presença de fortes componentes técnicos e pouco espaço para processos reflexivos; a formação que não prepara para o trabalho em equipe e nem para o SUS; a carga horária insuficiente para a abordagem dos aspectos relacionados à saúde coletiva, levando a falta de tempo para realizar visitas, o que se desenvolve a abordagem somente com aulas teóricas; a prática docente fragmentada e; o desenvolvimento de práticas pedagógicas que tornem o assunto atraente e possibilitem a compreensão ampla do processo saúde-doença, baseadas em casos reais.

A formação acadêmica caracterizada como adequada por alguns docentes e inadequada por outros destaca a necessidade de mudanças pedagógicas e educacionais a fim de se formar um profissional melhor integrado ao mundo do ensino e do trabalho, que considerem metodologias ativas de aprendizado, trabalho multiprofissional, ênfase na formação generalista e adequadas à realidade (SANTOS et al; 2005).

Em se tratado dos desafios, o aspecto biologicista destacado por alguns docentes desse estudo pode ser explicado segundo Pinheiro et al (2012) que, entende que as estruturas curriculares dos cursos de Nutrição apresentam um viés, pela concepção no modelo Flexneriano, o qual se tornou referência para a implantação dos cursos nas Escolas Médicas e,

dos cursos de saúde de maneira geral. Portanto, estruturas com base em um modelo de saúde biologicista e com ênfase nas ciências básicas e na prática curativa.

A sobrecarga de conteúdos voltados para as ciências biológicas e o decréscimo da carga horária destinada aos estudos das ciências humanas vêm acontecendo nas últimas quatro décadas nos cursos de Nutrição, mostrando que há predominância no desenvolvimento de competências voltadas à individualidade em detrimento da coletividade, ainda que as DCN preconizando a formação de profissionais generalistas, humanistas e críticos, capazes de atuar em todas as áreas do conhecimento relacionadas à alimentação e nutrição (ALVES; MARTINEZ, 2016; BRASIL, 2001).

Essa defasagem das ciências humanas em relação às biológicas, no curso de Nutrição, pode se dar em função da carga horária destinada às disciplinas de Saúde Pública, como apontado por docentes desse estudo, que as classificaram como insuficientes. Recine et al (2012), em estudo com instituições que ofertavam cursos de Nutrição em todo o país, constataram que a maioria das IES públicas destinavam somente até 20% da carga horária total do curso para disciplinas de Saúde Pública, ao passo que nas particulares a maioria destinava de 21 a 30%.

Outro aspecto classificado como desafiador pelos docentes foi a prática docente fragmentada, na qual os professores não têm consenso sobre os objetivos da formação em Nutrição. Docentes participantes do 21º Congresso Brasileiro de Nutrição realizado em 2010, também destacaram uma fragmentação da estrutura curricular, que reflete na dimensão da integralidade e no processo de formação do nutricionista (PINHEIRO et al, 2012).

Por fim, existe o desafio do docente em desenvolver práticas pedagógicas que tornem o encontro para a reflexão como algo atraente aos alunos, o que provavelmente se dá em função da diversidade de estratégias de ensino existentes e possíveis de serem utilizadas no processo de ensino/aprendizagem para a formação de nutricionistas.

Abordagem prática

Em relação ao desenvolvimento prático dos temas de AB, o estágio curricular na área foi o mais descrito pelos docentes, momento em que o aluno vai a campo e atua na Atenção Básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família. As atividades desenvolvidas envolvem visitas domiciliares, roteiros de observação, desenvolvimento de grupos com a população, atividades do SISVAN, preenchimento de diário de campo, acompanhamento de casos junto à equipe de AB, EAN, orientação alimentar a indivíduos e/ou grupos, elaboração de painéis informativos, participação em reuniões da equipe de AB e equipe Nasf-AB e

discussão de casos com o supervisor de campo e docente. Alguns docentes descreveram que acontece estágio também na Vigilância Sanitária, em Instituições de Longa Permanência de Idosos, Escolas e Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com as DCN do curso de graduação em Nutrição:

A formação do nutricionista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente, e contando com a participação de nutricionistas dos locais credenciados. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Nutrição proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, p. 4)

A nutrição social é uma das três áreas obrigatórias de estágio curricular, área na qual se insere a atuação no âmbito do SUS. Esse campo de estágio, segundo Santos (2005), fornece ao aluno um conhecimento específico que o permite propor orientações dietéticas adequadas à realidade de cada unidade familiar, tornando-o “um profissional apto a colaborar para reafirmar o modelo de atenção à saúde proposto em nosso país” (p. 263). O autor ainda conclui que o conhecimento adquirido na formação acadêmica torna o aluno capaz de gerar impactos positivos no perfil epidemiológico da população, entre outras competências do nutricionista.

Além de ter sido a abordagem prática mais citada pelos docentes, o estágio curricular na AB foi identificado como uma importante potência na formação de nutricionistas, por motivar os alunos devido sua relevância social. Segundo os docentes, quando estagiar reflete em uma boa relação entre universidade e campo de atuação, a integração ensino-serviço também se constitui um aspecto potente para a formação, pois favorece a inserção profissional em futuro próximo. Entretanto, o contrário é válido: quando essa relação é tumultuosa, a integração ensino-serviço acaba se tornando um desafio e comprometendo a formação adequada para a área.

Estagiar significa desenvolver atividades supervisionadas no ambiente de trabalho, visando o aprendizado de competências próprias da atuação profissional e a contextualização curricular. O estágio curricular (ou obrigatório) é requisito para a aprovação e obtenção do diploma de graduação e está previsto nas DCN dos cursos (BRASIL, 2008b). Para a Nutrição, a área de Nutrição Social é uma das três áreas obrigatórias para o desenvolvimento de estágios curriculares, o que evidencia a importância da vivência prática no SUS pelos alunos (BRASIL, 2001).

Para que se tenha mais sucesso no desenvolvimento das atividades de estágio curricular, a integração ensino-serviço é fundamental. Ela consiste no

Trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aí os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (PIZZINATO et al, 2012, p. 171).

Assim, entende-se que quando esse trabalho na prática realmente acontece de maneira pactuada, articulada e integrada, reflete positivamente na formação do futuro profissional e propicia melhor preparo e engajamento na consolidação da integralidade em saúde. Além disso, a vivência de alunos e docentes na realidade local de saúde é fundamental para garantir uma formação condizente com as necessidades do SUS (OLIVEIRA, 2014). Porém, esforços devem ser feitos no sentido de se alcançar qualidade na integração ensino-serviço para qualificar a atuação no SUS e na AB, pois algumas vezes a relação entre universidade e campo de atuação acontece de forma tumultuada, como descrita por alguns docentes desse estudo, tornando-se um desafio.

Como segunda abordagem prática mais utilizada pelos docentes, destacou-se a realização de visitas em diversos locais da área da saúde (AB e outros pontos das RAS) e educação (escolas), porém sem atuação direta do aluno. Segundo Anastasiou e Alves (2005), esse tipo de atividade é classificado como uma estratégia de estudo do meio, na qual o estudante se insere no contexto natural e social num contato direto com a realidade, propiciando aquisição de conhecimentos de forma direta por meio da experiência vivida. A dinâmica se pauta em planejamento dos aspectos importantes a serem observados, revisão da literatura sobre o foco de estudo, efetivação da visita, coleta de dados e apresentação dos resultados.

Outras atividades práticas como a elaboração de materiais lúdicos, receitas, antropometria, treinamento para manipuladores de alimentos e utilização de softwares foram citadas por alguns docentes.

7 CONCLUSÕES

Conclui-se que o estudo alcançou o objetivo proposto, uma vez que obteve a participação do corpo docente de Instituições de Ensino Superior de caráter público, com abrangência da região sudeste brasileira significativa e, que se mostrou qualificado e experiente na área da Atenção Básica, dando relevância aos resultados obtidos.

A formação dos nutricionistas para atuação na Atenção Básica foi analisada por meio dos referenciais teóricos, a partir dos temas indicados pelos docentes, pela maneira teórica e prática como desenvolvem os temas em suas disciplinas e pelos aspectos potentes e desafiadores para a abordagem da atuação do nutricionista na Atenção Básica.

Entende-se que os referenciais teóricos relacionados à Saúde Coletiva e, conseqüentemente, à Atenção Básica são intensamente abordados pelos docentes em suas disciplinas, o que possivelmente reflete na formação de nutricionistas, com vistas a uma inserção e atuação no mundo do trabalho, de forma mais qualificada. Ressalta-se que, a utilização de referenciais teóricos intersetoriais e educacionais, indica a complementação necessária para a área, na medida em que amplia a formação do nutricionista para além dos aspectos específicos da Nutrição.

Nesse sentido, reconhecendo que a formação para atuação na Atenção Básica considera o cuidado integral em saúde, a abordagem pelos docentes em suas disciplinas se faz com uma diversidade de temas inclusive de outras áreas do conhecimento, qualificando a formação, em que alimentação e nutrição se apresentam fundamentais.

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecerem que a metodologia a ser utilizada nos cursos de graduação em Nutrição deva garantir o ensino crítico, reflexivo e criativo, este é um desafio ainda a ser vencido, pois embora os docentes indiquem o uso de algumas estratégias de ensino mais inovadoras, com a inserção do aluno de forma mais ativa, a falta de estrutura nas instituições, o não preparo dos docentes e a falta de compreensão por parte dos alunos, ainda apresentam-se como obstáculos a serem superados.

O Estágio Curricular Supervisionado tem-se apresentado na formação de profissionais da área da saúde, em que a Nutrição faz parte, como importante para a vivência pré-profissional no mundo do trabalho, uma vez que proporciona a prática no sistema de saúde vigente – o SUS e, especificamente na Atenção Básica.

O trabalho como um todo, levando em consideração a contribuição dos docentes, o referencial teórico utilizado e a própria vivência da autora, aponta para algo bastante comum na área da saúde, ou seja, de um lado as Diretrizes Curriculares Nacionais ao indicarem a

formação crítico-reflexiva, ético-humanista e com articulação entre ensino e serviço, proporcionam a compreensão em como desenvolver as atividades para que o profissional venha a ser inserido de forma ativa e efetiva no trabalho. No entanto, por outro lado, os cursos ainda se encontram com o desafio em conseguir alterar a formação centrada no modelo biológico e clínico, com foco no tratamento e não na prevenção, bem como carga horária insuficiente para a abordagem na Atenção Básica, o que acarreta num (des)compromisso com o sistema de saúde vigente.

A pesquisa também demonstrou que, a Atenção Básica é um campo de atuação muito potente na visão dos docentes, por possuir alta resolutividade, ser importante local de promoção da saúde e proporcionar um trabalho gratificante ao profissional nas atividades com a população. No entanto, é uma área que ainda dispõe de pouco ou nenhum nutricionista, profissionais desmotivados, estruturas físicas inadequadas, falta de equipamentos de avaliação nutricional, salários injustos e pouco reconhecimento da população. As políticas públicas de saúde e de nutrição favorecem a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica e, possivelmente influenciam na mudança de hábitos alimentares da população, mas precisam estar articuladas entre si, para que não se tornem um desafio na efetividade das ações de saúde.

Por fim, conclui-se que foi possível elencar como os docentes percebem, no dia-a-dia suas atividades, a atuação do nutricionista para a Atenção Básica, servindo como ponto de partida para reflexões e melhorias acerca da formação voltada para o Sistema Único de Saúde e para a área. Entretanto, compreende-se a limitação do estudo por ter delineado um dos sujeitos envolvidos na formação, ou seja, docentes, sendo importante a ideia de desenvolver investigações futuras com o sujeito estudante de nutrição e/ou profissionais recém-inseridos no mundo do trabalho, com os usuários do SUS e, também os gestores, como forma de articular todos os segmentos envolvidos no processo ensino/aprendizagem.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. G. L; MARTINEZ, M. R. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 159-169, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0159.pdf>>. Acesso em fev 2018.

ANASTASIOU, L. G. C; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: _____. **Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5. ed. Joinville, SC: Editora Univille, 2005. P. 67-100.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em out 2017.

BAPTISTA, S. G; CUNHA, M. B. Estudo de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 12, n. 2, p. 168-184, maio/ago, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pci/v12n2/v12n2a11.pdf>>. Acesso em 28 out. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: ed. 70, 1979.

BATALHA, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? **RADIS**, n. 127, p. 9-15, abr 2013. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_127_web.pdf>. Acesso em fev 2018.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina; Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan/jun. 2011. Disponível em: <http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf>. Acesso em fev 2018.

BERTON, L. **Inserção do profissional nutricionista na Atenção Básica de Saúde: possibilidades e desafios**. 2011. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Tapejara/RS, 2011.

BORELLI, M. *et al.* A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 20, n. 9, p. 2765-2778. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2765.pdf>>. Acesso em out 2017.

BORGES, T. S; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, ano 03, n. 4, p. 119-143, jul/ago 2014. Disponível em: <http://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014_2/08%20METODOLOGIAS%20ATIVA%20NA%20PROMOCAO%20DA%20FORMACAO%20CRITICA%20DO%20ESTUDANTE.pdf>. Acesso em fev 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 26 ago. 2010b. Seção 1, nº164, p. 6.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 18 set. 2006. Seção 1, p. 1

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 26 set. 2008b. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**. 9 nov 2001. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Educação. **O Papel do Nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) – Manual de instruções operacionais para nutricionistas vinculados ao PNAE** – Brasília: 2012b. 40p.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. 2016. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde** – Brasília: 2009. 78p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Brasília, 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª ed, 1ª reimpr. Brasília. 84p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 22 set. 2017, Seção 1, nº183, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**. 4 mar. 2008a, Seção 1, nº43, p. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 31 dez. 2010a, Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012a.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012: satisfação dos usuários da atenção básica**. Volume 1 – Acesso aos Serviços, Ações de Saúde e Participação do Usuário. Brasília, 2015a. 264p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 76p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Assistência Social – o que é**. 2015b.

Disponível em:<<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e> >. Acesso em out 2017.

CAMPOS, G. W. S. Seis desafios para o resgate do SUS. In: Batalha, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? **RADIS**, n. 127, p. 9-15, abr 2013. Disponível em:

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_127_web.pdf >. Acesso em fev 2018.

CERVATO-MANCUSO, A. M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf> >. Acesso em fev 2018.

CHUEIRI, P. S; HARZHEIM, E; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev. Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-18, jan/dez 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1363/856> >. Acesso em fev 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil**. Brasília: DF. 89p. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. O nutricionista e as políticas públicas. **RASBRAN – Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, ano 5, n.1, p. 86-88, jan/jun. 2013. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/O_nutricionista_e_as_politicas_publicas_CFN.pdf>. Acesso em fev 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. **Quadro estatístico 3º trimestre de 2017**. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/index.php/estatistica/>>. Acesso em fev 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. Resolução CFN nº 380/2005, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 10 jan. 2006. Seção 1, nº7, p. 66. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_380.pdf>. Acesso em out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS – CFN. Resolução CFN nº600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 20 abr. 2018. Seção 1, nº76, p. 157. Disponível em: <http://www.imprensanacional.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/11253722/do1-2018-04-20-resolucao-n-600-de-25-de-fevereiro-de-2018-11253717>. Acesso em 03 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional para sua elaboração**. 2009. Disponível em: <[file:///D:/Arquivos%20do%20Usu%C3%A1rio/Downloads/documento-com-proposicoes-para-a-elaboracao-da-pnsan%20\(1\).pdf](file:///D:/Arquivos%20do%20Usu%C3%A1rio/Downloads/documento-com-proposicoes-para-a-elaboracao-da-pnsan%20(1).pdf)>. Acesso em out 2017.

DA-SILVA, L. M; PAIM, J. S; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 3-12.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978 Set 6-12; Alma-Ata, Cazaquistão.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decsweb2016.htm>>. Acesso em 03 out 2016.

DESLANDES, S. F; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. (organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e Saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 2, n. 6, p. 179-190, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n2/v2n6a07.pdf>>. Acesso em fev. 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLISCH, T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, v. 18, p. 1255-1268. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1255.pdf>>. Acesso em out 2017.

FRACOLLI, L. A *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em fev 2018.

GELBCKE, F. L; MATOS, E; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 31-39, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202>>. Acesso em fev 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2014.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2012, p. 79-108.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 10, n. 131, p. 59-74, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>>. Acesso em fev 2018.

GRANDA, E. A que llamamos salud colectiva, hoy? **Rev. Cubana Salud Pública**, v. 30, n.2, 2004. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm>. Acesso em fev 2018.

JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, nov/dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf>>. Acesso em out. 2017.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994. (Coleção Magistério. 2º grau. Série Formação do Professor.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em fev 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em fev 2018.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MATTA, G. C. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n.2, p. 371-396, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v3n2/07.pdf>>. Acesso em fev. 2018

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 8ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2009. 184p.

MELLO, C. C. B; ALVES, R. O; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 6, p. 2015-2028, nov/dez 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-02015.pdf>>. Acesso em fev 2018.

MENDES, E. V. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03>>. Acesso em out. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

MENEZES, M. G; SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-posições**, v. 25, n. 3 (75), p. 45-62. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf>>. Acesso em: out. 2017.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. **Oficina II – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial**. Guia do participante. Belo Horizonte, 2009. 56p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, S. M et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (sup 2), p. 2133-2144, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em fev 2018.

MOTTA, D. G; OLIVEIRA, M. R. M; BOOG, M. C. F. A Formação universitária em nutrição. **Pro-Posições**, v. 14, n. 1, p. 69-85, jan/abr. 2003. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643908/1499>>. Acesso em fev 2018.

NASCIMENTO, D. D. G; QUEVEDO, M. P; OLIVEIRA, M. A. C. O prazer no trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise dejouriana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e6380015.pdf>. Acesso em fev 2018.

NEIS, M. *et al.* A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. **Rev. de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 399-414, out. 2012. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2012v46n2p399/24191>>. Acesso em out. 2017.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. V. 3, n. 2, p. 5-21. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>>. Acesso em set. 2017.

OLISKOVICZ, K; PIVA, C. D. As estratégias didáticas no ensino superior: quando é o momento certo para se usar as estratégias didáticas no ensino superior? **Revista de Educação**, v. 15, n. 19, p. 111-127, 2012. Disponível em: <<http://pgskroton.com.br/seer/index.php/educ/article/view/1710/1635>>. Acesso em fev 2018.

OLIVEIRA, N. A. **O SUS e a Integração Ensino, Serviços de Saúde e Comunidade**. 2014. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2014/05/06/o-sus-e-a-integracao-ensino-servicos-de-saude-e-comunidade/>>. Acesso em fev 2018

PÁDUA, J. G; BOOG, M. C. F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 4, p. 413-424, jul/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n4/a01v19n4.pdf>>. Acesso em fev 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2 ed. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356p.

PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: _____. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 203-209.

PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>>. Acesso em set. 2017.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. 2011. 135 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PIMENTEL, V. R. M. *et al.* Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo. **DEMETRA**, v. 8, n. 3, p. 487-498, 2013. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/download/5632/7109> >. Acesso em fev. 2018.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Percepção de professores e estudantes em relação ao perfil de formação do nutricionista em saúde pública. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 5, p. 631-643, set/out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n5/a08.pdf> >. Acesso em out 2017.

PIZZINATO, A. *et al.* A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a25v36n1s2.pdf> >. Acesso em fev 2018.

RANGEL, M. **Métodos de ensino para a aprendizagem e a dinamização das aulas**. 2. ed. Papyrus Editora, s/d. 93p. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/T2-6SF/PPGEA/M%E9todos%20de%20ensino.pdf>>. Acesso em fev 2018.

RECINE, E. **Consenso sobre Habilidades e Competências do Nutricionista no Âmbito da Saúde Coletiva**. 64p. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição. 2013

RECINE, E; CARVALHO, M. F; LEÃO, M. **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. [Organização Conselho Federal de Nutricionistas], 3. ed, Brasília: 2015.

RECINE, E. *et al.* A Formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 21-33, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n1/a03v25n1.pdf>>. Acesso em ago. 2017.

RIGON, S. A; SCHMIDT, S. T; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-10, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/1678-4464-csp-32-03-e00164514.pdf>>. Acesso em fev 2018.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 257-265, set/dez. 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8033/5656>>. Acesso em fev 2018.

SANTOS, J. E. O. Políticas públicas na atualidade e seus desafios. In: XI SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA – I MOSTRA NACIONAL DE TRABALHOS CIENTÍFICOS. 2015, Santa Cruz do Sul/RS. **Artigos**. Santa Cruz do Sul/RS, 2015.

SANTOS, L. A. S. *et al.* Projeto pedagógico do programa de graduação em Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 105-117, jan/fev. 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2316/1/23512.pdf>>. Acesso em fev 2018.

SCHLEMMER, N; ROVEDA, P. O; ISAIA, S. M. A. Reflexão sobre as estratégias didáticas usadas pelos docentes da educação superior. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetinga, v. 3, n. 6, p. 224-248, 2016. Disponível em: <<http://itp.ifsp.edu.br/ojs/index.php/IC/article/view/469/468>>. Acesso em fev 2018.

SILVA, T. E. M. Josué de Castro e os estudos sobre a fome no Brasil. **Cronos**, Natal, v. 10, n.1, p. 51-77, jan/jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/viewFile/1767/pdf_18>. Acesso em fev 2018.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR – SEMESP. **Mapa do Ensino Superior no Brasil 2016**. Disponível em: <http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf>. Acesso em 18 set 2016.

SOARES, N. T; AGUIAR, A. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 895-905,

2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a19v23n5.pdf>>. Acesso em out 2017.

SOUZA, C. S; IGLESIAS, A. G; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/6_Estrategias-inovadoras-para-metodos-de-ensino-tradicionais-aspectos-gerais.pdf>. Acesso em fev 2018.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>>. Acesso em fev 2018.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina. V. 15, n. 4, p. 7-21, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20686/pdf_53>. Acesso em fev. 2018

STELMO, I. C. **Desafios de ser nutricionista na Atenção Básica**. Associação Paulista de Saúde Pública, 2016. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/95254-desafios-de-ser-nutricionista-na-atencao-basica/>>. Acesso em fev. 2018.

VASCONCELOS, C. P; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 531-562.

VASCONCELOS, F. A. G; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 605-617, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n4/v24n4a09>>. Acesso em set .2017.

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev Nutr**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n2/11829.pdf>>. Acesso em set. 2017.

VASCONCELOS, I. A. L; SOUSA, M. F; SANTOS, L. M. P. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 431-450, jul/ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v28n4/1415-5273-rn-28-04-00431.pdf>>. Acesso em fev. 2018.

WEIGERT, S. P; BELOTTO, M. R; SOUZA, S. J. P; PIEMONTE, M. R; GODOY, J. L. Estratégias de ensino em cursos de graduação: uma revisão sistemática. **Revista Gestão e Saúde**, v. 15, n.1, p. 6-17, 2016. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/revista/edicao15/Artigo%2015_01_02.pdf>. Acesso em fev. 2018.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE / PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PERSPECTIVA DE DOCENTES**

Eu, Larissa Baungartner Zeminian, estudante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “A formação do Nutricionista para Atuação na Atenção Básica na Perspectiva de Docentes” orientada pela Prof^ª Dr^ª Sueli Fatima Sampaio.

A busca por qualificação da formação do nutricionista no Brasil se dá desde a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em nutrição e as atribuições desse profissional por área estão descritas na Resolução CFN nº 380/2005. Dentro da área de Saúde Coletiva, a Atenção Básica (AB) é uma possível atuação do nutricionista, seja na promoção da saúde (através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) ou em sua assistência. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Desenvolve-se por meio de práticas de cuidado e gestão, a partir do trabalho em equipe, à populações de territórios definidos. Assim, a proposta desse estudo é analisar a formação do nutricionista na perspectiva de atuação na Atenção Básica.

Você foi selecionado (a) por ser docente de uma Instituição de Ensino Superior pública da região sudeste do Brasil, região onde o estudo será realizado, e por ministrar disciplinas relacionadas à Atenção Básica. Você será convidado (a) a responder um questionário com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho de ensino aos estudantes.

O questionário pode ser respondido no momento em que você considerar propício e deverá ser devolvido no prazo de 30 dias após o envio. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações, os participantes terão garantido o anonimato e a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Educação em Nutrição, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para a formação superior do nutricionista.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídos números, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (19) 9.9653-2002 com Larissa Baungartner Zeminian

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Larissa Baungartner Zeminian

Endereço: Avenida 46, 2200 – apto 02 – Rio Claro / SP

Contato telefônico: (19) 9.9653-2002 e-mail: larissab.nutricionista@gmail.com

Local e data: _____

Larissa Baungartner Zeminian

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE / PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Caracterização dos participantes

1. Codificação numérica:

2. Idade:

3. Gênero:

4. Local de trabalho atual (iniciais):

5. Tempo de atuação docente:

6. Tempo de atuação docente na área de Atenção Básica:

7. Disciplina (s) ministrada (s) na área de Atenção Básica:

8. Especialização (escolher a mais significativa)

8.1 Instituição:

8.2 Ano:

9. Mestrado

9.1 Área:

9.2 Instituição:

9.3 Ano:

10. Doutorado

10.1 Área:

10.2 Instituição:

10.3 Ano:

Questões

1. A partir de que referencial teórico você aborda a atuação do nutricionista na Atenção Básica?
2. Para a abordagem da atuação do nutricionista na Atenção Básica, quais temas são considerados?
3. Como desenvolve esses temas de forma teórica e prática?
4. Relacione os aspectos potentes e desafiadores para a abordagem da atuação do nutricionista na Atenção Básica, tendo como base seu contexto e vivência como docente.

ANEXO A
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da _____, informo que o projeto de pesquisa intitulado “A Formação do Nutricionista para Atuação na Atenção Básica na Perspectiva de Docentes” apresentado pela pesquisadora Larissa Baungartner Zeminian e que tem como objetivo principal “Analisar como os docentes dos cursos de graduação em Nutrição das IES de caráter público da região sudeste do Brasil abordam a formação do nutricionista para atuação na Atenção Básica”, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

(representante legal)