

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul

Adriana Machado Maestri Carvalho

**Orientador: Professor Dr. Cláudio Laks Eizirik
Co-orientadora: Professora Dra. Carmen Lúcia Bezerra Machado**

Porto Alegre, Novembro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**



DISSERTAÇÃO MESTRADO

Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul

Adriana Machado Maestri Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria.

Porto Alegre
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Carvalho, Adriana Machado Maestri
Tendências na formação do profissional
nutricionista nos cursos de graduação vinculados ao
Programa Nacional de Reorientação da Formação
Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do
Sul / Adriana Machado Maestri Carvalho. -- 2011.
146 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.
Coorientadora: Carmen Lúcia Bezerra Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,
Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Formação do Nutricionista. 2. Integralidade na
Saúde. 3. Diretriz Curricular Nacional. I. Eizirik,
Cláudio Laks, orient. II. Machado, Carmen Lúcia
Bezerra, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ao meu pai, José,
pelo esforço para me possibilitar
voar no mundo
da construção do conhecimento;
a minha mãe, Arildes,
por me ensinar à importância da curiosidade;
aos meus filhos, João Paulo e Pedro,
por existirem em minha vida
de maneira intensa;
ao meu enteado, Giovanni,
por me proporcionar desafios;
ao meu amor, Nilson,
por me acompanhar
no caminho.

Agradecimentos

Eu agradeço a Deus por me construir uma eterna aprendiz...

Ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria,
por confiar na proposta deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik, por aceitar me orientar e,
assim, possibilitar o meu crescimento profissional e pessoal.

A Prof^a Dr^a. Carmen Lúcia Bezerra Machado, minha co-orientadora, por me
conduzir no caminho das possibilidades, abrindo janelas, portas, transpondo
muralhas. Dividindo comigo suas experiências no mundo do conhecimento.
Alguém que espero poder algum dia retribuir toda a consideração
e carinho recebido.

Ao Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi por sua dedicação. Um ser humano
incansável na luta por uma proposta qualificadora.
Meu eterno carinho e reconhecimento.

A Prof^a Dr^a Jadete Lampert pelo apoio, esclarecimento e prontidão.

Aos professores da Faculdade de Medicina e Faculdade de Educação, integrantes
do projeto de Pós-graduação em Educação e Saúde, pelo empenho e competência
em construir espaços qualificados de reflexão e construção de conhecimento.
Em especial ao Prof. Dr. Paulo Belmonte-de-Abreu
pelo acolhimento e ajuda a mim prestados.

A funcionária Cátia, da secretaria do Pós-graduação em Psiquiatria,
pela paciência e dedicação.

Aos meus colegas, que no decorrer deste tempo passei a chamar de amigos: Luiz
Henrique, Moretto, Veralice, Luciana, Sandra, Cristiane, Paulo e Gládis. Juntos
dividimos, somamos e multiplicamos emoções, conhecimentos e sonhos.
E para eles minha gratidão e amizade.

Aos meus amigos que torcem por mim sempre.

Aos meus irmãos Selleta e Fábio, por me possibilitarem ser sempre a criança da
casa e em especial por me fazerem tia do Gauss,
da Natalia, da Thais e da Maria Eduarda.

A Minha enteada Giselle e minha cunhada Neiva, por estarem
sempre presentes em minha vida.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
2.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE E TRANSDISCIPLINARIDADE	20
2.3	AS DCN DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE	24
2.4	EIXOS CONCEPTUAIS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE	27
	2.4.1 Eixo 1 – Mundo do Trabalho	28
	2.4.2 Eixo 2 – Projeto Pedagógico	30
	2.4.3 Eixo 3 – Abordagem Pedagógica	35
	2.4.4 Eixo 4 – Cenários de Prática	38
	2.4.5 Eixo 5 – Desenvolvimento Docente	42
3	OBJETIVOS	48
4	METODOLOGIA	49
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1	ANÁLISE INDIVIDUAL DAS IES	56
	5.1.1 Escola 1	56
	5.1.2 Escola 2	61
	5.1.3 Escola 3	66
	5.1.4 Escola 4	72
	5.1.5 Escola 5	77
5.2	ANÁLISE CONJUNTA DO GRUPO DE IES	83
	5.2.1 Eixo 1 – Mundo do Trabalho	83
	5.2.2 Eixo 2 – Projeto Pedagógico	85
	5.2.3 Eixo 3 – Abordagem Pedagógica	87

5.2.4 Eixo 4 – Cenários de Prática	89
5.2.5 Eixo 5 – Desenvolvimento Docente	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
Artigo	104
Anexo 1 - Instrumento modificado para avaliar cursos de graduação da área da saúde visando mudanças na formação de acordo com as DCN	138
Anexo 2 - Termo de Autorização Institucional para Participação em Pesquisa	144
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	145

Abreviaturas e Siglas

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABENUTI.....	Associação Brasileira do Ensino da Nutrição
ASBRAN	Associação Brasileira de Nutrição
APS.....	Atenção Primária à Saúde
CAE	Conselho de Alimentação Escolar
Caem	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviços
CIRET	Centre International de Recherches et d'Études Transdisciplinaires
CFN	Conselho Federal de Nutrição
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONAES	Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPA	Comissão Própria de Avaliação
CRN2	Conselho Regional de Nutrição - Segunda Região
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNCGN.....	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Nutrição
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
IBAMA	Instituto Brasileiro do meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IES.....	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB.....	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC.....	Ministério da Educação

MS.....	Ministério da Saúde
NASF.....	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NDE	Núcleos Docentes Estruturantes
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS.....	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPI	Projeto Pedagógico Institucional
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REUNI.....	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RS	Rio Grande do Sul
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISVAN.....	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UAN	Unidades de Alimentação e Nutrição
UFRGS.....	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO.....	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde, aprovadas no início da última década, trazem consigo alterações relevantes quanto às concepções de formação e de processo ensino-aprendizagem, enfatizando a perspectiva da integralidade da assistência, as necessidades de saúde da população, a responsabilidade social e o compromisso com a cidadania. Assim, é importante monitorar as tendências na incorporação dos referenciais das DCN, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias neste sentido. Neste contexto, esta pesquisa buscou identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das instituições vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul. Para tanto, foram utilizados o instrumento e a metodologia sugeridos pelo Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde para o colegiado de atores sociais envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação de cada uma das instituições pesquisadas. O instrumento considera cinco eixos de relevância na construção e desenvolvimento dos programas curriculares para a educação/formação do profissional de saúde (mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática e desenvolvimento docente), os quais compreendem dezessete vetores que buscam distinguir, de maneira mais específica, os movimentos de mudança concernentes às determinações das DCN. Além disso, foram levadas em conta as observações realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, registradas sob a forma de *diário de campo*. Cinco das seis instituições vinculadas ao Pró-Saúde foram avaliadas, observando-se que todas se percebem em situação avançada ou em situação inovadora com tendência avançada, relacionadas ao potencial para produzir transformações no modelo de atenção. Entretanto, a avaliação conjunta das anotações em *diário de campo* e a análise da consistência teórica e política das justificativas e evidências apontadas pelos cursos desvelam situações em que o colegiado de atores sociais não conseguiu apresentar atributos consistentes, que balizassem a escolha de alternativas avançadas em alguns vetores, assim como demonstrou insegurança e desconforto com relação a conceitos e concepções que permeiam tais alternativas. Neste sentido, foi possível observar que em alguns momentos a percepção de situação avançada ou em situação inovadora com tendência avançada, por parte dos atores sociais envolvidos, foi determinada muito mais pela identificação ou pelo desejo de identificação com propostas mais progressistas, do que pela realidade objetiva referida pelo grupo.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines (*DCNs*), approved at the beginning of the last decade for healthcare related undergraduate degrees, include significant conceptual changes in the teaching-learning process and formation of healthcare professionals. The *DCNs* emphasize the perspectives of holism (*integralidade*) in healthcare services, which considers the healthcare needs of the population, social responsibility, and the commitment with citizenship. It is important to monitor the tendencies in the incorporation of the *DCNs'* guidelines, as well as to guide the process of the needed transformations. In this context, this research attempted to identify the tendencies in the undergraduate education of the professional nutritionist in the institutions linked to the National Program of Reorientation in the formation of Healthcare Professionals-Pro Health (*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde -Pró-Saúde*) in the state of Rio Grande do Sul. We used the tools and methodology suggested by the Project of Evaluation and Monitoring of the Changes in the Undergraduate Degrees in the Healthcare Field to evaluate the work of the social actors involved in the implementation of the Institutional Pedagogic Project (PPI) for the undergraduate degrees at each researched institution. The tool considers five points of relevancy in the construction and development of the curriculum for the education/formation of the healthcare professional (work's world, pedagogic project, pedagogic approach, practicescenery, and teacher's development), which comprehend seventeen vectors that seek to distinguish in a more specific way the movements of change related to the *DCN* guidelines. Moreover observations made during the research process were registered in the form of fieldnotes. Five of the six institutions linked to the Pro-Health were evaluated. All of them perceive themselves as advanced or innovative with advanced tendencies concerning the potential to produce transformation in the model of attention in healthcare. However, the joint evaluation of the field notes and the theoretic and political analysis of the justifications and evidences pointed in the undergraduate degrees studied, unveil situations in which the social actors failed to present consistent attributes that would frame the choice of advanced alternatives in some vectors. They also demonstrated insecurity and discomfort in relation to concepts and conceptions that permeate such alternatives. Therefore it was possible to observe that at certain moments the perception of advanced or innovative situations with advanced tendencies from the part of the social actors involved, was determined much more by their identification or desire to identify with more progressive alternatives than because of the objective reality referred by the group.

1 INTRODUÇÃO

Este documento busca cumprir os objetivos do projeto de pesquisa que originalmente se propunha a *Avaliar as Tendências da Formação dos Cursos de Graduação em Nutrição do Estado do Rio Grande do Sul (RS)*, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na linha de pesquisa Educação e Saúde.

Como afirmado no projeto original, esta proposta resulta das inquietações que têm marcado minha trajetória como nutricionista. Inserida em uma prática predominantemente voltada ao sistema público de saúde, em especial nas ações relacionadas à atenção primária, tenho vivenciado a complexidade das necessidades sociais em saúde, as quais demandam a incorporação de diferentes saberes e práticas que não se esgotam em um único núcleo profissional. Trata-se de uma realidade que desvela o desafio da formação dos trabalhadores de saúde, particularmente no que se refere à adequação dos programas de graduação e pós-graduação às dimensões sociais, econômicas e culturais de saúde da população. Desta forma, este trabalho traduz um ideal pessoal que percebe na produção e difusão de saberes a possibilidade de construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Acredito que toda pesquisa é marcada por fatos e conhecimentos socialmente forjados e apropriados conforme a intencionalidade dos sujeitos, constituindo um discurso coletivo que se materializa como o casaco de Arlequim¹. Neste sentido, como não poderia deixar de ser, a trajetória deste trabalho foi marcada por caminhos

¹ Personagem de Michel Serres (1993), Arlequim é um imperador fictício que, retornando de uma viagem à lua, afirma a seus súditos que tudo é igual em todas as partes. Inconformado, um dos súditos questiona sobre o casaco do soberano, feito de retalhos, argüindo que, “*se tudo em toda parte é igual aqui, quer que a gente acredite que sua capa é feita de uma mesma peça, tanto na frente quanto na traseira?*” Frente à contrariedade da platéia, a única saída para Arlequim é tirar o casaco que o contradiz. Ao se despir, entretanto, aparece outra vestimenta igual à anterior, a qual, ao ser retirada, desvela outra idêntica, e assim sucessivamente. Por fim, fica nu, mas seu corpo se mostra tatuado e tão multicolorido como os casacos largados no chão, desmentindo a pretendida unidade de suas palavras.

e escolhas dialógicas que emergirão ao longo do texto e do contexto. Por isso a opção de conjugar os verbos na primeira pessoa do plural, em vários momentos, nos parágrafos que se seguem.

Atualmente são registrados no RS cerca de mil novos profissionais nutricionistas por ano, conforme dados do Conselho Regional de Nutrição da 2ª Região – CRN2. Muitos destes profissionais são absorvidos diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou atuam em organizações onde, de alguma maneira, desenvolvem ações voltadas à saúde pública. Esta participação deve aumentar substancialmente nos próximos anos, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), em função da implementação dos chamados Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), como concretização legal de uma política de incentivo à ampliação das equipes de saúde que atuam nos territórios assistidos pela Estratégia de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2008). Estamos, portanto, frente a uma nova etapa no processo de consolidação do SUS, em que o Ministério da Saúde (MS) reconhece a necessidade de incorporação de outros saberes e práticas às equipes da ESF.

Neste contexto, torna-se mais do que nunca necessário discutir a formação dos profissionais de saúde, a qual, como aponta Lampert (2002), é marcada por uma histórica desvinculação entre o meio acadêmico e o processo de reorganização dos serviços e de redefinição das práticas de atenção à saúde.

Ao considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Brasileira de 1988 estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, a qual, historicamente, sempre esteve sob controle do Ministério da Educação (MEC). Segundo Lampert (2002), somente nos últimos anos tem surgido espaços de diálogo intersetorial entre o MS e o MEC, em função da implementação de ações inovadoras relacionadas ao processo de aceleração da descentralização e da municipalização, com destaque para a expansão da ESF. Inseridas neste novo contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino na área da saúde trouxeram um avanço, ao estabelecerem competências e habilidades na perspectiva do atendimento às necessidades sociais da população brasileira e da formação de um profissional

generalista, reflexivo e capaz de “reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da 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, 2001).

A implementação das DCN para o ensino na área da saúde, como aponta Lampert (2002), é permeada por contradições. Por um lado, encontra um contexto favorável nas reivindicações por uma atenção à saúde integral e mais humanizada, bem como nos altos custos e na ineficiência dos sistemas centrados na especialização. Por outro, enfrenta os obstáculos das tradições históricas e culturais dos serviços de saúde e das instituições de formação profissional. Estas instituições, de um modo geral, são modeladas por uma lógica fragmentada e compartimentada, conforme observado no documento que apresenta as Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI):

O sistema de educação superior brasileiro ainda conserva modelos de formação acadêmica e profissional superados em muitos aspectos, tanto acadêmicos como institucionais, e precisa passar por profundas transformações. Na verdade, prevalece no sistema nacional uma concepção fragmentada do conhecimento, resultante de reformas universitárias parciais e limitadas nas décadas de 60 e 70 do século passado. Essa organização acadêmica incorpora currículos de graduação pouco flexível, com forte viés disciplinar, situação agravada pelo fosso existente entre a graduação e a pós-graduação, tal qual herdado da reforma universitária de 1968 (BRASIL, 2007a, p. 7).

Buscando reafirmar os princípios das DCN e fomentar a integração ensino-serviço, assim como uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, o MS (através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do MEC, e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em meados da década passada (BRASIL, 2007b).

Não obstante estes esforços, as estratégias de implementação das diretrizes encontram-se em construção e ainda obedecem às características e peculiaridades

de cada Instituição de Ensino Superior (IES), permeável às percepções e questionamentos dos diferentes atores envolvidos no processo. Neste contexto, torna-se importante identificar e monitorar as tendências na incorporação dos referenciais preconizados pelas DCN nos cursos da área da saúde, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias. Para tanto se faz necessária à construção e a aplicação de instrumentos de avaliação e acompanhamento que funcionem como indicadores de rumos e de correções de percurso, tendo em mente uma percepção que, além de conhecer os conteúdos dos programas disciplinares e os aspectos técnicos inerentes ao aprendizado através de um determinado tipo de ensino didático, compreenda o processo educativo como uma experiência sócio-cultural que incorpora valores, atitudes e padrões de comportamento (LAMPERT, 2002).

Partindo desta perspectiva, esta pesquisa buscou identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das IES vinculadas ao Pró-Saúde no RS, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN). Para tanto, utilizamos o instrumento e a metodologia sugeridos por Lampert et al. (2009) no do projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras, que considera cinco eixos de relevância na construção e desenvolvimento dos programas curriculares para a educação/formação do profissional de saúde. Além disso, levamos em conta as observações realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, registradas sob a forma de *diário de campo*.

Este trabalho se justifica a partir das próprias DCN, que apontam a necessidade de avaliação permanente de sua implantação e seu desenvolvimento pleno. Em um cenário mais amplo, esperamos poder contribuir positivamente para a formulação de propostas e o desenvolvimento de estratégias que resultem na qualificação das políticas públicas de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

As pessoas têm de se reconstruir, redimensionar, redirecionar, elas mesmas: jamais podem ser destruídas, ou condenadas, acabando por tirá-lhes o pouco de valor que talvez possuam, sob o pretexto de que está tudo errado, tendo de largar tudo, para recomeçar desde a base. Uma pessoa não é como uma casa, que se pode destruir para depois reconstruir (SCHMITZ,1984).

O princípio maior deste trabalho repousa sobre a complexidade do *formar para o fazer saúde*. Assim, iniciaremos por abordar rapidamente os modelos explicativos do processo saúde-doença e a temática da promoção da saúde, por entender que se trata do marco referencial das reflexões que se sucedem.

Observamos intensos e férteis debates no campo das concepções e linhas teóricas que buscam desvelar a complexidade que perpassa o conceito de saúde e doença. As discussões trazem consigo novas abordagens, de modo que os trabalhadores envolvidos no campo da saúde encontram-se constantemente chamados a incorporar estas novas concepções teóricas e práticas ao seu cotidiano.

Como observa Cruz (2009), este assunto se faz presente desde os primórdios da sociedade, a partir da organização de diferentes modelos explicativos sobre o processo de saúde, doença e cuidado. Na Antiguidade, segundo a autora, predominou o modelo mágico-religioso ou xamanístico, em que as doenças eram explicadas como resultantes de transgressões de natureza individual e coletiva, em um universo que envolvia deuses e espíritos, e onde o cuidado à saúde era exercido por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs.

Ainda na Antiguidade, a medicina holística hindu e chinesa trouxe um novo modelo explicativo, onde a busca pela saúde compreendia o equilíbrio entre elementos e humores que compõem o organismo humano, e destes com o ambiente. De maneira semelhante, o modelo empírico-racional (hipocrático)

concebia que os elementos água, terra, fogo e ar estavam subjacentes à explicação sobre a saúde e a doença.

O modelo de medicina científica ocidental ou biomédica, predominante na atualidade, tem suas raízes vinculadas ao Método de Descartes², no contexto do Renascimento (CRUZ, 2009). Foi neste período, segundo a autora, que a explicação para as doenças começou a ser relacionada às situações ambientais; ou seja, o homem passou a ser visto como o receptáculo da doença, causada por fatores externos ao organismo. Destas elaborações teóricas firmou-se a teoria dos miasmas³, que foi a primeira proposta de explicação científica da associação entre o surgimento de epidemias e as condições do ambiente.

Conforme Barros (2002), o modelo biomédico - centrado na explicação da doença - passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico. Numa perspectiva crítica, Fritjof Capra (1982) destaca a concepção fragmentária do modelo biomédico, afirmando que este consiste num tipo de modelo da teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina: o médico, como mecânico, e a doença, o defeito da máquina. Neste modelo, segundo Foucault (1979), o cuidado está focado no controle dos corpos e do espaço social.

Quando em 1958 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde como o *estado de completo bem-estar físico, mental e social*, buscou romper com a visão biomédica e mecanicista da saúde, no sentido de uma visão abrangente e dinâmica do processo (CRUZ, 2009).

Na busca por explicações causais do processo saúde-doença surgiu, em meados da década de 70, o modelo da História Natural das Doenças, a partir das sistematizações de Leavell e Clark. Este modelo visa compreender e acompanhar as

² O Método de Descartes (sécs. XVI e XVII) definiu as regras do seu enfoque sobre o conhecimento: não aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal; separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-las; conduzir o pensamento de forma ordenada, partindo do simples ao mais complexo; efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento (CRUZ, 2009).

³ Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica que produziriam doenças quando absorvidos pelos seres vivos.

inter-relações do agente causador da doença, do hospedeiro e do meio ambiente, assim como o processo de desenvolvimento de uma doença, dividindo o mesmo em dois momentos seqüenciais: o pré-patogênico (que permite ações de promoção da saúde e a proteção específica) e o patogênico - de prevenção secundária e prevenção terciária (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Ainda no final da década de 1970, como contraponto à visão unidimensional e fragmentária do modelo biomédico, começou a ganhar força a concepção do processo saúde-doença a partir da perspectiva sistêmica, a qual considera a existência de múltiplos elementos relacionados dentro do ecossistema. Esta relação ocorreria de tal maneira que uma mudança no estado de qualquer elemento provocaria mudança no estado dos demais elementos; ou seja, cada vez que um dos seus componentes sofre alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes, num processo em que o sistema busca novo equilíbrio. (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

Como refere Cruz (2009), esta multiplicidade histórica de modelos explicativos desvela que o processo saúde-doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme o tempo, os lugares e as culturas. Segundo a autora, a relação entre saúde e doença pode ser visto como um processo dinâmico e multidimensional, compreendendo questões biológicas, sociais, culturais, psicológicas, econômicas, ambientais, políticas, constituídas individual e ou coletivamente ao longo da história.

Neste movimento de reformulações, um marco importante foi a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que passou a relacionar o binômio saúde-doença à noção de promoção da saúde, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Percebe-se, neste conceito, a inclusão de um novo aspecto na concepção de saúde, relacionando-a a um recurso aplicado a vida, e não um objeto da vida. Trata-se de uma perspectiva de inclusão individual e coletiva, onde são identificadas

aspirações que satisfazem necessidades, modificando favoravelmente o meio ambiente e compreendendo os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde. Ou seja, são incluídas nesta nova percepção questões como saneamento, educação, ambiente físico limpo e estilo de vida responsável, as quais podem ser resumidos na afirmativa de que promover saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade (CRUZ, 2009).

A promoção da saúde não possui como foco a doença. Suas ações objetivam proporcionar o bem-estar das pessoas e das populações, bem como a melhoria de suas condições de vida e de trabalho. Desta forma, não é uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, demandando ações intersetoriais apropriadas para cada realidade (BUSS, 2000). Diferentemente do conceito de prevenção da saúde, que engloba ações voltadas para prover o indivíduo ou as populações de mecanismos para que não desenvolvam a doença ou as complicações decorrentes da mesma, envolvendo prioritariamente atividades relacionadas ao setor saúde (CRUZ, 2009).

A idéia de promoção da saúde aponta para a necessidade de uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes e condicionantes da saúde, sendo que as ações de promoção buscam interferir neles. Neste sentido, Castellanos (1990, p. 25) contribui, ressaltando a importância dos determinantes sociais de saúde:

As concepções tradicionais de saúde e doença tiveram que abrir espaço para a confrontação com desenvolvimentos conceituais e metodológicos mais integrais, com maior capacidade de apreender a complexidade real dos processos determinantes, de superar a visão simples e unilateral, de descrever e explicar as relações entre os processos mais gerais da sociedade com a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais.

No Brasil, este movimento de transformação inovadora foi explicitada na Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, em 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

É importante ter claro que o planejamento e a implementação da promoção da saúde devem, com métodos e enfoques apropriados, estar fundamentados nas necessidades dos grupos sociais, por vezes demandando ações intersetoriais (BRASIL 2009).

A OPAS define intersetorialidade como o processo no qual os objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos de demais setores (BUSS, 2000). Observa-se nesta definição a defesa da implementação de uma política que supere o isolamento e a fragmentação da organização e da gestão do setor saúde. Para Buss (2000) , significa adotar uma *perspectiva global*, de forma integral, para o enfrentamento das questões de saúde, e não somente do setor saúde, onde outros setores são chamados a participar, incorporando o maior numero possível de conhecimento sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, que é o tema desta pesquisa.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E TRANSDISCIPLINARIDADE

È difícil abordar com objetividade um termo tão amplo e suscetível a diferentes entendimentos como *qualidade de vida*, pois é sabido que se trata de uma noção idealizada, construída e constantemente reformulada pelas influências de fatores sociais, culturais, religiosos e, mais atualmente, pelo conhecimento científico.

Segundo Berni (2009), o *bom* e o *belo* podem ser compreendidos como dimensões subjetivas que se manifestam de forma particular ou regional, muito influenciadas pela cultura. Ou seja, são dimensões de valores construídos socialmente, e que variam conforme o realidade social, econômica e cultural de cada sociedade ou território. Neste sentido, diferem da *verdade científica*, que propõe a dimensão de uma verdade objetiva, que deve ser incorporada como tal em qualquer parte do mundo, independente da cultura, religião ou modelo econômico. Este caráter marcante da ciência moderna tem proporcionado uma espécie de dominação sobre as demais dimensões sociais, reportando à dominação religiosa exercida sobre o mundo antes do advento científico.

Com o passar do tempo, segundo este mesmo autor, a ênfase na especialização dos conhecimentos foi assumindo um caráter cada vez mais reducionista, ignorando os diferentes diálogos. Assim, a pluralidade epistemológica foi substituída, gradativamente, por uma espécie de monismo lógico, característico do conhecimento científico. Este fenômeno passou a limitar a análise da realidade ao que podia ser objetivamente comprovado dentro de um empirismo sensório-motor, levando à fragmentação do conhecimento. Neste sentido, embora seja reconhecido o avanço científico proporcionado pelo isolamento disciplinar, este determinou, também, a perda da comunicação entre outras dimensões de saberes, tais como a religião, a tradição e as artes.

Desta forma, quando pensamos *qualidade de vida* para uma sociedade, devemos considerar para além do conhecimento científico, as suas construções subjetivas e sociais.

Na contramão da tendência reducionista das ciências, surge na década de 70 o pressuposto da transdisciplinaridade, na perspectiva de uma visão Integral do ser humano.

Como observa Sommerman (1999), o termo transdisciplinaridade foi empregado pela primeira vez em um seminário sobre interdisciplinaridade na Universidade de Nice (França) em 1970, quando Piaget afirmou que aquela etapa interdisciplinar deveria ser sucedida por uma etapa transdisciplinar. Segundo este autor, mesmo antes de Piaget o significado ou concepção de transdisciplinaridade já era utilizado por outros estudiosos há alguns anos, na busca de uma nova abordagem para suprir a necessidade que estava vindo à tona em relação ao diálogo que deveria existir entre as diversas áreas do saber. Depois de Piaget, o termo foi resgatado por vários pesquisadores, entre eles Edgar Morin, Stephane Lupasco, Basarab Nicolescu e Ubiratan D'Ambrosio. Atualmente este conceito vem sendo explorado principalmente no interior do *Centre International de Recherches et d'Études Transdisciplinaires* (CIRET), um dos mais importantes núcleos de estudos sobre a transdisciplinaridade.

No I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, realizado em 1994, foi produzida a *Carta da Transdisciplinaridade* (1994), onde é afirmado que a transdisciplinaridade não procura o domínio sobre várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa. Trata-se de uma abordagem científica que visa a unidade do conhecimento, considerando que existem verdades intrínsecas ao estudo disciplinar; intrínsecas ao estudo entre as disciplinas, portanto interdisciplinar; e que existem verdades para além das disciplinas, portanto transdisciplinar.

Para Rocha Filho et al (2009), a transdisciplinaridade é o caminho para abandonarmos o individualismo para o qual fomos treinados, adotando ao mesmo tempo uma atitude humilde perante os muitos saberes, e participativa e integradora em relação a nossa ação pedagógica. Os autores acrescentam que é fundamental que seja eliminada a *fragmentação do conhecimento*, pois dá poder a quem não sabe como maneja-lo adequadamente justamente porque não tem a consciência da

totalidade. Além disso, alertam que devemos rejeitar qualquer tipo de arrogância ou prepotência para com o outro ou o diferente, ressaltando a necessidade de se ter sobretudo atitudes de respeito e humildade em relação a mitos, religiões, sistemas de explicações e conhecimento. Desta forma, as ações transdisciplinares devem ser permeadas de sentimentos, tais como empatia e respeito, além do conhecimento ético e científico que construímos em nossos meios disciplinares especializados de formação acadêmica.

Partindo desta perspectiva, ousamos polemizar, a título de exemplo e em função de vivências da pesquisadora, algumas ações de combate à depredação do meio ambiente por parte do Instituto Brasileiro do meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Preocupado em manter o equilíbrio da natureza e fundamentado no conhecimento científico adquirido no meio disciplinar da biologia, o IBAMA aplica sanções às populações de alguns territórios, sem considerar os reflexos de suas ações em outras áreas, tais como saúde, educação e desenvolvimento econômico da região, bem como os possíveis conseqüências para o próprio meio-ambiente. Mesmo que nestas ações a verdade científica do núcleo da biologia esteja associado a outros saberes especializados, tais como biofísica, bioquímica e ecologia, dentro de uma perspectiva interdisciplinar, ainda permanece a restrição do campo disciplinar do conhecimento científico. Contudo, no cotidiano dos grupos sociais há conhecimentos historicamente constituídos para além da verdade científica, os quais determinam e condicionam comportamentos. Como observa Berni (2009), muitas vezes estes conhecimentos são passados de geração em geração, o que transcende a uma, duas, três, cinco, especialidades disciplinares reconhecidas cientificamente. Embora seja inquestionável a necessidade de ações coercitivas - muitas vezes severas - por partes de órgãos públicos para a preservação de um bem maior, acreditamos que as mesmas devem ser reservadas para situações extremas, posteriormente à adoção de ações que contemplem, entre outras, a educação permanente e o planejamento participativo para resolução de problemas, pois todos os cidadãos devem fazer parte de processos que dizem respeito a sua realidade, ao lugar onde vivem, trabalham, estudam e se divertem. Preservar a natureza não é uma atribuição de uma única pessoa, departamento, setor e ou órgão publico. Trata-se de uma responsabilidade que deve ser social,

pensando a *qualidade de vida* em uma perspectiva intersetorial, integral, transdisciplinar.

Embora a ciência contemporânea reconheça que a concepção mecanicista do universo não é mais defensável, mesmo sob o ponto de vista estritamente científico, a educação ainda privilegia a concepção individualista e mecanicista, ignorando a complexidade dos problemas que se apresentam. Neste sentido, embora não exista uma receita milagrosa para a superação desta fragmentação do saber, há questionamentos comuns que demandam uma nova atitude, uma maneira de ser diante do saber. Nesse contexto, a abordagem transdisciplinar pode significar uma contribuição importante para o advento de um novo tipo de educação.

Para tanto, existe o apoio de instituições ligadas à educação, pesquisas e projetos na área, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que busca colocar a transdisciplinaridade como ferramenta essencial na educação. No Brasil, as DCN enfatizam a importância dos *temas transversais* na educação, ou seja, reafirmam a importância da transdisciplinaridade para o bom desenvolvimento da atividade educacional.

2.3 AS DCN DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

A crítica ao modelo fragmentado de formação nas profissões de saúde encontra no debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde, aprovadas no início da última década, um marco importante. Gerados em um clima de ruptura com o modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de mudança na graduação propunham que a noção de *diretrizes* indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde.

Fruto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aprovada em 1996, as DCN têm como ideário básico uma flexibilização curricular, visando ao estudante enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho, buscando contemplar, para cada curso, o perfil acadêmico e profissional, as competências, as habilidades e os conteúdos nelas estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais (BRASIL, 2006, p. 13-14):

O perfil do profissional de saúde definido nas diretrizes é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Enfatiza-se a perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Desta forma, as diretrizes orientam para currículos que contemplem elementos de fundamentação essencial no seu campo do saber ou profissão, numa concepção de que o indivíduo deve aprender a aprender, engajado num processo de educação permanente. Propõe-se que os cursos de graduação sejam baseados em aprendizagem ativa, centrada no aluno, como sujeito da aprendizagem e no professor, como facilitador e mediador deste processo de ensino-aprendizagem. Enfoca-se o aprendizado baseado em competências, em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para a comunidade. A diversificação de cenários e ambientes de aprendizagem centra-se na prática e na inserção do estudante no sistema público de saúde vigente, já no início da sua formação.

As DCN trazem em seu conteúdo alterações importantes no que se refere às concepções de formação e de processo ensino-aprendizagem até então utilizadas pelas IES. Além disso, transparece na proposta a preocupação em formar um profissional voltado para as necessidades de saúde da população, de acordo com as especificidades e peculiaridades culturais, econômicas e sociais de cada região. Trata-se, segundo Soares (2007, p. 63), de uma nova concepção, em que o

"conteúdo principal não está mais centrado em matérias, duração e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional". Para Arruda & Campos (2001) este perfil deve acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, sem se limitar ao que se encontra sintetizado em algumas disciplinas.

Ressaltando o significado histórico das DCN para a formulação das políticas públicas em nosso país, Ceccin & Feuerweker (2004a, p. 1404) observam que

a mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas também correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões. Correspondeu, igualmente, ao engajamento pela melhor aplicação da LDB, tendo em vista a relevância social das instituições formadoras e sua capacidade de dar resposta às necessidades e direitos da população e viabilizar a melhor formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde.

Com relação especificamente às DCN para a área de nutrição, as mesmas começaram a ser discutidas logo após a aprovação da LDB, quando a Comissão de Especialistas de Ensino da Nutrição do MEC, juntamente com o Conselho Federal de Nutrição (CFN) e a Associação Brasileira de Nutricionistas (ASBRAN), promoveram o *I Seminário de Ensino: Novos Rumos para o Ensino da Nutrição*, em outubro de 1997. O objetivo era interpretar a LDB e elaborar sugestão para a formulação das DCNCGN e posterior avaliação da sua implementação (CFN, 2008). Na segunda versão do evento, em outubro de 1998, buscou-se discutir o processo de viabilização das recomendações do MEC sobre a implantação das diretrizes. Por fim, pela Resolução nº 5/2001, foram instituídas as DCNCGN (BRASIL, 2001, p. 1), pautando a formação de um profissional generalista, humanista e crítico,

capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.

O anseio de uma proposta que forme um profissional generalista, segundo Kopruszynski (2003), corresponde à busca incessante de uma formação integrada,

articulando ciclo básico e profissional, teoria e prática, conhecimentos biológicos e sociais. Entretanto, segundo este autor, faltaria às propostas curriculares maior clareza quanto ao significado de *profissional generalista*. Não obstante esta proposta de formação de um profissional generalista, o CFN estabeleceu como sete as grandes áreas de atuação do nutricionista: Unidade de Alimentação e Nutrição, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esportes e Marketing de Alimentos e Nutrição (CFN, 2008).

Considerada uma proposta inovadora do ponto de vista pedagógico da formação, as DCN são alvo de questionamentos. Ceccin & Feuerweker (2004a) observam que as diretrizes curriculares, mesmo reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que as universidades gozam de autonomia, conforme definido na LDB. Além disso, reconhecem que o desafio das mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade exige mais que declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Isto significa que, embora indispensável, a reconfiguração do projeto político-pedagógico, do currículo e das práticas de ensino não é suficiente para superar conceitos e práticas cristalizados dentro e fora das instituições formadoras. Para Soares (2007), os currículos praticados a partir da reforma da década de 70 não foram superados pelas recomendações das DCN, pois estas conservam orientações quanto à manutenção dos conteúdos de estudos e, portanto, o caráter de fragmentação do ensino, com prejuízo da formação que privilegie uma visão holística da saúde, preconizada pelas própria DCN. Nesta direção, Amorim (2001) aponta para a necessidade de que todos aqueles que pensam a educação de uma forma ampla, num mundo em que todos os fenômenos estão intrinsecamente relacionados, passem a conhecer os princípios do paradigma sistêmico ou holístico, reconhecendo no mesmo uma possibilidade a ser explorada.

De fato, a mudança na formação dos profissionais de saúde, visando uma aproximação das necessidades sociais, é polêmica e permeada de conflitos. Atualmente, iniciativas como a criação da Associação Brasileira do Ensino da Nutrição (ABENUTI), ainda em fase de estruturação, configuram uma tentativa de reunir em um mesmo espaço de discussão todos os profissionais envolvidos com o

ensino nesta área, como uma tentativa para tentar superar antigos problemas relativos à formação do profissional nutricionista no Brasil, em particular neste momento de crescimento exponencial do número de IES no Brasil.

Neste contexto, partindo de uma perspectiva que busca não ignorar as possibilidades e os limites das transformações preconizadas pela DCN, torna-se importante identificar e monitorar as tendências na incorporação dos referenciais preconizados pelas mesmas nos cursos da área da saúde, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias para que as práticas profissionais e a organização do trabalho se aproximem das concepções relativas à integralidade da atenção em saúde.

2.4 EIXOS CONCEPTUAIS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Em 2006, frente à necessidade de avaliar e acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo nas escolas médicas após movimentos que recomendam adequar a formação do profissional às demandas contemporâneas de saúde (em especial no Brasil, após a homologação das DCN), a Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) lançou o projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras (LAMPERT et al, 2009)

O projeto se baseou na utilização de um instrumento (anexo 1) baseado na proposta idealizada por Lampert (2002), a qual reúne cinco eixos conceptuais de relevância que permeiam a construção e a execução dos programas curriculares, a partir de estudos existentes na área de educação médica e considerando as discussões e reflexões sobre o tema. Os cinco eixos são: mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente. Cada um dos eixos é orientado por vetores que buscam distinguir, de maneira mais específica, os movimentos de mudança concernentes às determinações das DCN.

Tendo em vista a utilização do referido instrumento no desenvolvimento desta pesquisa, faremos a seguir uma reflexão crítica dos cinco eixos selecionados, que compreendem um total de 17 vetores.

2.4.1 Eixo 1 – Mundo do Trabalho

Para muitos de nós o objeto final de nosso trabalho é criar um mundo no qual os trabalhadores possam fazer sua própria vida e sua própria história, ao invés de recebê-las prontas de terceiros, mesmo dos acadêmicos (HOBSBAWM, 1984).

Segundo Lampert et al (2009), este primeiro eixo – mundo do trabalho – busca identificar a tendência da escola para mostrar e discutir, de forma crítica e dentro de uma visão global e ética, aspectos do mundo do trabalho, a partir de três vetores: carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços.

O primeiro vetor analisa se a escola considera a carência de profissionais para o atendimento das necessidades de saúde, assim como as possibilidades de emprego ou atividades remuneradas. O segundo discute se a escola explicita ou não a existência de uma prática liberal e uma assalariada, e a influência desse fato na formação profissional. Segundo a autora, por muito tempo prevaleceu o modelo de ensino ligado ao êxito profissional liberal; hoje, o exercício privado como prática liberal está extremamente reduzido e dominado pelos convênios, segundo as leis do mercado. Relacionado a este fenômeno, o terceiro vetor observa se a escola aborda de forma crítica a relação mediadora de seguradoras e planos de saúde na prestação de serviços de saúde, como fator de interferência na relação singular entre profissional e paciente, e seus reflexos na formação e no exercício da profissão.

Originalmente este eixo foi denominado, pela autora (LAMPERT, 2002), como mercado de trabalho, sendo posteriormente renomeado como mundo do

trabalho (LAMPERT et al, 2009). Entendemos que esta nova denominação não é uma simples troca de nomes, mas uma ampliação conceitual. Neste sentido, podemos nos reportar ao historiador Eric Hobsbawm (1984), o qual, partindo do pressuposto que as classes sociais, os conflitos de classe e a consciência de classe existem e desempenham um papel importante no mundo do trabalho, ressalta que os trabalhadores freqüentemente são dominados por outras formas de consciência que acabam por dividi-los, tais como a identificação com interesses de caráter nacional, religioso, racial ou corporativo. Neste contexto, percebemos que nos países capitalistas em desenvolvimento a educação superior foi historicamente encarada como uma forma de ascender socialmente, uma possibilidade real de mobilidade social. Assim, a educação sempre foi concebida como direito a um lugar na sociedade.

Não obstante, podemos observar que a educação brasileira vem sofrendo transformações, influenciadas por questões macroeconômicas, sociais e políticas. Quartiero e Bianchetti (2005) alertam que a academia está em crise, pois o modelo de escola de massa atual, uma conquista social dos ideais democráticos modernos, foi construído na base do princípio de ensinar a muitos como a um só, e sendo assim, cada vez mais não cumpre seu papel de agente de integração social e de emancipação. Segundo estes autores, é necessário especificar que tipo de formação está sendo proposto e que entendimento de universidade está em questão: formar profissionais voltados para um sistema capitalista empresarial gerido pelos interesses privados, ou segundo as orientações das políticas públicas voltadas para as necessidades de saúde da população em um sistema universal igualitário e gratuito de saúde. Ao mesmo tempo, alertam para o surgimento de universidades corporativas, em ascensão no mundo inteiro, colocando em pauta a discussão sobre a formação nas universidades acadêmicas e trazendo à tona o seguinte paradoxo: se por um lado a universidade acadêmica não está formando para o mundo empresarial, identificado pelo próprio argumento utilizado para a criação das universidades corporativas, por outro também não está formando para as necessidades do SUS, o que é constatado a partir da própria política pública brasileira.

2.4.2 Eixo 2 – Projeto Pedagógico

Este eixo, segundo Lampert et al (2009), trata de como o curso se percebe e se situa na sociedade e estabelece sua missão política e pedagógica, e como concebe saúde e doença e seus fatores determinantes, a partir de um enfoque intersetorial. Para tanto, utiliza os seguintes vetores: biomédico e epidemiológico-social, aplicação tecnológica, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente.

O primeiro trata do quanto a escola aborda o processo saúde-doença voltado para as causas biológicas e epidemiológico-sociais, desde um curso orientado para os aspectos biomédico até aquele que adota uma proposta mais avançada, que ressalta a importância dos fatores determinantes da saúde. A aplicação tecnológica se refere à ênfase dada pela escola ao aplicar a tecnologia, realçando as demandas nas necessidades de saúde da população. A produção de conhecimentos verifica se a escola referencia suas pesquisas apenas em aspectos demográficos e epidemiológicos, com destaque para ações curativas, ou se considera as determinações socioeconômicas; se utiliza o campo de atenção básica, das necessidades de saúde, da gestão do sistema e da interação escola-serviço-comunidade; e se inclui a participação discente. Por fim, o vetor relativo à pós-graduação e educação permanente se refere aos cursos de residências, especializações, mestrados e doutorados oferecidos pela escola, e do seu comprometimento com a educação permanente.

Segundo Veiga (2003), para a consolidação da educação superior como direito de todos os cidadãos, é necessário que a mesma seja um objetivo não somente do governo, mas de toda a sociedade brasileira. Para tanto, alerta que é preciso construir um projeto político-pedagógico de qualidade, comprometido com as múltiplas necessidades sociais e culturais da população, tendo em vista a tríplice função da educação, que é centrada na pessoa, na cidadania e no trabalho.

Neste sentido, o projeto pedagógico se constitui como um registro documental construído pelo coletivo envolvido com a formação nas IES, que reúne ações e propostas a serem desenvolvidas em um período de tempo previamente determinado, abordando como será formado cada profissional, como se dará o processo de ensino e aprendizagem; ou seja, define as estratégias/ferramentas a serem utilizadas, incluindo conteúdos, recursos financeiros e materiais, atividades, critérios e valores, que cada curso pretende utilizar para concretizar o que define como projeto. Para tanto, possui conteúdo político, pois deve estar inspirado em um marco teórico conceitual/filosófico que definirá qual o perfil de profissional que a IES quer formar, para trabalhar onde, com quem e de que maneira.

Para modificar sua própria realidade cultural, a instituição educativa deverá apostar em novos valores. Em vez da padronização, propor a singularidade; em vez de dependência, construir a autonomia; em vez de isolamento e individualismo, o coletivo e a participação; em vez da privacidade do trabalho pedagógico, propor que seja público; em vez de autoritarismo, a gestão democrática; em vez de cristalizar o instituído, inová-lo; em vez de qualidade total, investir na qualidade para todos (VEIGA, 2003, p. 279).

Atualmente, podemos observar a crescente preocupação do Estado em subsidiar a reforma das universidades, a partir de uma série de programas e projetos estrategicamente elaborados. Como exemplo podemos citar o REUNI, o Pró-saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que defendem a transformação da formação, traduzindo em seu marco teórico-conceitual a preocupação do MS e do MEC em formar profissionais voltados para a integralidade da saúde, com ênfase na atenção básica. Para isto, são discutidas mudanças na abordagem pedagógica atualmente utilizada para formar profissionais de saúde. Além disso, ao mesmo tempo em que o MS e o MEC reconhecem a importância das especialidades na construção do conhecimento, também demonstram uma preocupação crescente com o modelo de formação *flexineriano*, que tem se mostrado oneroso e pouco efetivo. Apontam, neste sentido, para a necessidade de se pensar alternativas com foco na qualidade da atenção à saúde prestada à população, buscando um equilíbrio entre a formação especialista e generalista.

As DCNCGN recomendam que o projeto pedagógico dos cursos deve ser construído coletivamente, centrado no aluno e apoiado pelo professor. O projeto deve prever, ainda, avaliações somativas e formativas, com base nos conteúdos curriculares e nas competências e habilidades. Ao mesmo tempo, deve buscar a formação integral e adequada do estudante, a partir de uma articulação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (CECCIN & FEURWEKER, 2004, p. 43).

Como observam Ceccin & Feurweker (2004), a integralidade, ao informar o campo das práticas, deve também informar uma formação que dê possibilidade a estas práticas. Segundo estes autores, existe um consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde de que a mesma é hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Admite-se ainda, que o modelo pedagógico de ensino dominante é focado em conteúdos que são organizados de maneira compartimentada, fragmentada e isolados, dissociando os conhecimentos das áreas básicas e da área clínica.

Assim, o MS traz para o cenário da formação o conceito de Educação Permanente em Saúde, que considera o processo dinâmico de aprender e ensinar como algo que deve ser incorporado ao cotidiano dos serviços, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009). Nesta proposta, a educação deve ser estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, sendo a atualização técnico-científica um dos aspectos da transformação das práticas, mas não seu foco central. Neste processo de atualização cotidiana, devem ser incorporadas novas concepções teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas, para a construção de relações e processos organizacionais, incluindo ações interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Para Celeste (2004), os espaços de educação permanente são fundamentais na reorientação da formação dos profissionais da área da saúde, onde, aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho e das organizações.

Para Ceccin & Ferla (2008, p. 451), trata-se de uma opção político-pedagógica, enquanto prática de ensino-aprendizagem, onde, a partir da realidade encontrada nos espaços de trabalho, seja ele docente ou assistencial, os atores envolvidos buscam encontram soluções e explicações teóricas para problemas reais práticos:

Projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional, eles atingem, sobretudo, as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua auto-estima, seu caráter, seu humor, seus hábitos; vão além do ambiente de trabalho ou da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida. O ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver

Campos (2006) defende a necessidade de entendermos a educação permanente como complementar, muito embora fundamental para a formação de profissionais voltados aos interesses SUS. Salienta que devemos avançar na educação permanente sem deixar de lado a educação continuada⁴, devido à crescente carência de profissionais capacitados a trabalhar nos serviços de saúde, principalmente nas ESF.

Por fim, cabem algumas rápidas considerações sobre a aplicação de tecnologias em saúde. Embora Lampert 2009 et al (2009) não explicitem, a concepção de tecnologia adotada originalmente no instrumento de avaliação das escolas se aproxima muito da noção de *tecnologia dura*, formulada por Merhy (1997). Acreditamos, entretanto, que o vetor correspondente à aplicação tecnológica deve ser compreendido a partir de uma concepção ampliada das tecnologias em saúde. Assim, segundo Merhy (1997), há três tipos de tecnologias envolvidas no

⁴ A educação continuada se refere a um processo que inclui as experiências posteriores à formação, com finalidades mais restritas de atualização e aquisição de novas informações, que ajudem o profissional a aprender competências importantes para o seu trabalho. A discussão sobre este conceito será aprofundada adiante, no vetor correspondente à atualização técnico-científica (eixo V, desenvolvimento docente).

trabalho em saúde: as leves (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados como a clínica médica, clínica psicanalítica, epidemiologia) e duras (os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais). Para Merhy e Franco (2003), historicamente a formação para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras, visto que se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. Estes autores defendem uma mudança do modelo assistencial, caracterizada por uma *transição tecnológica*, capaz de produzir saúde com base nas tecnologias leves, relacionais, e uma produção do cuidado de forma integralizada, operando em *linhas de cuidado* por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

2.4.3 Eixo 3 – Abordagem Pedagógica

Este eixo procura analisar o quanto as IES estão identificadas com as pedagogias e metodologias que buscam a superação do ensino tradicional, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno e se faz uso ou não de tutorias (LAMPERT et al, 2009). Compreende três vetores: estrutura curricular, orientação didática, e apoio e tutoria.

O primeiro vetor analisa se a estrutura curricular é fragmentada e fracionada em ciclos (básico e profissionalizante), ou se apresenta atividades em grande parte integradas, ou ainda se conta com áreas de prática real, com conteúdos integrados. A orientação didática verifica o quanto o curso enfatiza as aulas teóricas expositivas, com práticas demonstrativas centradas nos docentes e avaliações escritas que valorizam a memorização, ou se já promove alguma integração multidisciplinar, oferecendo práticas que avaliem habilidade, ou se avançou para uma abordagem que trabalha a solução de problemas em pequenos grupo, a partir da realidade dos serviços e espaços comunitários, com abordagem interdisciplinar e avaliação interativa. Por fim, o último vetor deste eixo considera as condições de apoio (biblioteca, salas, laboratórios, recursos audiovisuais, etc.) e se existe a valorização da autoaprendizagem e do estudo independente, com análise e solução de problemas baseados em situações reais, realizado sob a facilitação de tutores capacitados para esta tarefa.

Para Almeida Filho (2011), o modelo *flexineriano* determina currículos especializados, o que provoca a alienação das diferentes profissões, dificultando o trabalho em equipe e estudos mais gerais, necessários na construção de uma visão ampla e humanizada da doença e de cuidados em saúde.

Segundo Silva (1999), é fundamental considerarmos as implicações da estrutura curricular na formação da subjetividade e identidade dos sujeitos, já que reflete a opção pela construção de um saber em detrimento de outros, considerados como menos importantes. Para o autor, a teoria conhecida como tradicional possui ênfase na eficiência, produtividade, organização e desenvolvimento de recursos

humanos essencialmente técnicos, sendo a formação vista como um processo de moldagem, uma linha de produção industrial.

Como afirmamos anteriormente, observa-se uma crescente preocupação do Estado em subsidiar a reforma das universidades, tendo no Programa Pró-saúde a base de sustentação desta reforma.

Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Desta forma, o Pró-Saúde visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde/doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007b).

Neste panorama, surge a necessidade de incorporação de novas formas de pensar o fazer cotidiano do trabalho da educação em saúde. Ou seja, é preciso refletir sobre a orientação didática.

Para Libâneo (1994), a didática é a mediação entre as dimensões teórico científica e a prática docente. Para o autor, ensinar e aprender são duas facetas do mesmo processo, que envolve os conteúdos a serem ensinados sob a direção/ mediação do professor. Assim, frente à aparente simplicidade do processo, nos deparamos com a complexidade da atividade docente. Desta forma, para que possamos construir um processo de ensino e aprendizagem, devemos considerar a influência de fatores internos e externos - econômicos, sociais e socioculturais - que afetam a atividade didática direta e inegavelmente. O autor acrescenta que a qualidade do ensino é determinada pela forma do fazer docente e propõe objetivos para a atuação do educador: a) proporcionar ao aluno domínio duradouro e seguro dos conhecimentos; b) criar condições para o desenvolvimento de capacidades e habilidades visando a autonomia na aprendizagem e independência de pensamento; c) orientar as tarefas do ensino para a formação da personalidade. Contudo, partindo-se da concepção de didática enquanto processo, os objetivos devem ser entendidos como partes integrantes e integrados deste.

O Pró-saúde (BRASIL, 2007b) define que o ensino deve ser baseado, principalmente, na problematização em pequenos grupos, e deve ocorrer em ambientes diversificados, com atividades estruturadas a partir das necessidades de saúde da população.

Como relação à necessidade de compreendermos a importância de pensarmos os indivíduos em sua dimensão grupal, Zimerman (2007) afirma:

No futuro, os estudiosos da sociologia e da psicologia do ser humano perguntar-se-ão perplexos: 'Como é que há mais tempo nós não nos interessamos por grupos, se na maior parte de nossas vidas, vivemos e convivemos em uma permanente, intensa, extraordinária e complexa relação do indivíduo com o seu mundo?'

Neste contexto, a tutoria, enquanto método a ser implantado, deve estar inspirado em metodologias de ensino que envolvam situações diversas, como a resolução de problemas, estudo de casos, simulações, etc. Para tanto, tais atividades de ensino-aprendizagem devem se dar em diferentes espaços, onde deve ser estimulada a discussão crítica e reflexiva sobre as práticas, por todos os participantes no processo (professores, profissionais dos serviços, estudantes, usuários), visando à transformação da própria prática e da gestão das organizações envolvidas.

Para Botti & Regol (2008), o tutor é caracterizado pela figura do professor preocupado em ensinar o aluno a aprender a aprender, como um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno. Na língua portuguesa, tutor é aquele que mantém outras pessoas sob sua vista, que olha, encara, examina, observa e considera; é o que tem a função de amparar, proteger e defender, é o guardião, ou aquele que dirige e governa. Contudo, os autores defendem a figura do tutor para além desta, pois também possui a missão de ensinar, ajudar na busca de conhecimento e como avaliador. Podendo estar comprometido com um único aluno ou com um pequeno grupo de alunos.

O Pró-Saúde (BRASIL, 2007b) refere ainda que devemos optar pela avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades). Segundo Zabala (1998), quando optamos

pelo ensino para a formação integral da pessoa, em consonância com o que determinam os estudiosos da teoria crítica da formação progressiva, a avaliação tem que ser formativa, para que o processo que avalia seja parte de uma intervenção estratégica maior, rompendo-se com a concepção de avaliação centrada nos resultados obtidos pelos alunos de maneira pontual.

Neste sentido, segundo este autor (ZABALA, 1998, p. 201), é necessário

[...] conhecer qual é a situação de partida, em função de determinados objetivos gerais bem definidos (avaliação inicial); um planejamento da intervenção fundamentado e, ao mesmo tempo, flexível, entendido como uma hipótese de intervenção; uma atuação nula, em que as atividades e tarefas e os próprios conteúdos de trabalho se adequarão constantemente (avaliação reguladora) às necessidades que vão se apresentando para chegar a determinados resultados (avaliação final) e a uma compreensão e valoração sobre processo seguido, que permita estabelecer novas propostas de intervenção (avaliação integradora).

2.4.4 Eixo 4 – Cenários de Prática

O cenário desejado será sempre a 'utopia futura', a síntese entre o presente e os graus de liberdade que as circunstâncias futuras e desconhecidas condicionarão nossos planos, projetos e desejos. (TONI, 2006)

Lampert et al (2009) declaram que este eixo busca identificar a tendência para o ensino da prática dentro da diversidade de cenários (locais), e as oportunidades que a escola proporciona aos discentes de forma orientada para o aprendizado das práticas, nos seguintes vetores: local de prática, participação discente e âmbito da prática inicialmente denominado âmbito escolar.

O primeiro vetor refere-se aos locais que a escola utiliza para o ensino da prática, observando se a mesma compreende todos os níveis de atenção, dentro de uma perspectiva de rede, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência. A participação discente considera o espaço que a escola proporciona ao

estudante para a orientação e prática efetiva de atividades indispensáveis ao exercício da profissão, analisando se esta participação coloca o estudante no papel de observador ou se oportuniza diferentes níveis de participação nos vários cenários de prática. Com relação ao âmbito escolar, verifica se as práticas oferecidas se restringem aos departamentos e às disciplinas ou se cobrem vários programas de forma estanque, ou, ainda, se ocorrem ao longo de todo o curso, com uso de serviços de forma integral.

Blank (2006), ao citar fragmentos de textos do reconhecido ator, educador e escritor Konstantin Stanislavski, chama-nos a uma reflexão poética sobre os termos atores sociais e cenários de prática, relacionando-os ao contexto do trabalhador da área da saúde, mais especificamente no SUS:

Para chegar ao apogeu da fama, um ator precisa de algo mais do que apenas seu talento artístico: ele deve ser também um ser humano ideal, [...] capaz de avaliar as questões fundamentais de sua época e de entender o valor representado pela cultura na vida de seu povo, [...] bem como de refletir as inquietações do espírito de seus contemporâneos (STANISLAVSKI 1988 APUD BLANK, 2006, p. 28).

O texto nos remete ao princípio da integralidade, quando nos alerta para necessidade de compreensão da subjetividade dos sujeitos, das populações, do comportamento humano, e acrescenta:

Não importa se o cenário é convencional, estilizado ou realista, [...] pois receberemos com agrado qualquer cenário, desde que o mesmo seja apropriado. A vida, em si, é tão complexa e diversificada, que não há variações suficientes de inventividade cênica para fazer frente a todos os seus aspectos (STANISLAVSKI 1988 APUD BLANK, 2006, p. 28).

Assim, o autor, em sua inventividade poética, faz lembrar a importância da apropriação dos cenários, a necessidade de dispormos de locais apropriados para as atividades práticas na formação, onde os acadêmicos possam vivenciar o cotidiano do trabalho, aprender fazendo e refletir sobre o fazer saúde.

Um ator cresce ao longo do desenvolvimento do seu trabalho. [...] Depois de alguns anos de estudo, aprende a seguir por si mesmo o curso de ação ideal [...], e, tendo aprendido a realizar adequadamente o seu trabalho, torna-se senhor de sua arte (STANISLAVSKI 1988 APUD BLANK, 2006, p. 28).

O documento do Pró-Saúde (BRASIL, 2007b) afirma que as simulações da prática devem estar dirigidas para a progressiva desinstitucionalização, ocorrendo em locais como ambulatórios, na comunidade e até mesmo nos domicílios. Para tanto, os locais em que se dá o aprendizado deve ser diversificado, para além dos equipamentos, investindo em componentes educacionais e comunitários. Ao mesmo tempo, define que as atividades práticas dos alunos devem ocorrer desde o início da formação, proporcionando uma interação ativa com os profissionais da rede de saúde e os usuários, garantindo, desta maneira, a experiência de trabalhar sobre a resolução de problemas reais, com responsabilidade crescente, prestando cuidado a população.

Ainda, segundo este documento, devemos trabalhar na defesa da efetiva integração ensino-serviço, que envolve todos os níveis de atenção à saúde⁵, aproveitando ao máximo a capacidade instalada da rede de serviços, complementada pelos serviços das IES funcionalmente integrados ao SUS. Para tanto, estes devem estar inseridos no sistema de referência e contra-referência dos municípios onde estão situadas as IES. O documento recomenda a interação entre os gestores dos sistemas educacional e os do SUS, para que sejam aproveitadas ao máximo as capacidades dos dois sistemas, com vistas à qualificação técnica da assistência e do processo ensino-aprendizagem.

Neste contexto, deve ser garantida a participação plena do discente nos vários cenários de prática, para além da condição de observador. Com relação ao tema da participação, consideramos pertinente recorrer a Bordenave (1995), que realiza uma discussão teórica e prática sobre o termo, a partir de uma reflexão epistemológica.

⁵ O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona como uma rede que deve estar integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo o indivíduo acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde de acordo com suas especificidades. O sistema inicialmente organizado como uma pirâmide contém a atenção básica (ou nível primário) na base, sendo ela considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema. O nível secundário estaria localizado na parte intermediária composta por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas. Finalmente, no topo da pirâmide, tem-se o nível terciário de atenção que abrange as hospitalizações e procedimentos de alta complexidade.

Segundo este autor, participação é derivada da palavra *parte*: fazer parte de algo, ter parte, fazer diferença, contribuir para construção de um futuro melhor para nós e para as gerações que nos sucederem. Assim, pensamos sempre em uma abordagem da participação ativa e nunca passiva, pois é o caminho para o ser humano realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo. Sua prática proporciona a satisfação humana de interação com seus semelhantes, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, e, ainda, o reconhecimento pelos outros. No entanto, é possível fazer parte sem tomar parte, e esta é a diferença entre a participação passiva e a participação ativa, a distância entre o aluno inerte e o aluno engajado. Mas, mesmo entre os que participam ativamente, ou seja, entre aqueles que fazem parte, observamos diferenças entre os que se consideram como tendo parte, dedicando-se lealmente e com responsabilidade à proposta, e aquele que, mesmo ativos, não se comprometem tanto e facilmente se envolvem com outra proposta mais tentadora. Assim, para dimensionarmos a participação, não devemos considerar o quanto o aluno toma parte, mas como ele toma parte do trabalho educativo proposto.

Para Bordenave (1995), a participação macrossocial é aquela que intervém constituindo ou modificando a sociedade. E as microparticipações (na família, na escola, no trabalho, no esporte, na comunidade) constituem a aprendizagem, o caminho a ser percorrido para a participação em nível macro, possibilitando, desta forma, a construção de uma sociedade onde não existam mais setores ou pessoas marginalizadas. Assim, cabe aos sistemas educativos o desenvolvimento de mentes participativas, através da prática constante e refletida da participação. O autor ressalta que a educação é a base das transformações sociais, principalmente a partir da escola e da universidade, e que estas instituições têm feito pouco uso de sua função emancipadora. Para o autor, não poderemos efetivar o sonho de uma sociedade participativa sem sairmos de nossa zona de conforto, de seguridade funcional individual. Assumir o bem comum, tomando parte, partilhando algo. E esse partilhar não se dá de qualquer maneira, resultando de associações pelo sentimento de compartilhar.

Esta concepção de participação humanitária tem como fundamento a melhoria da qualidade de vida de todos, onde todos participam na produção e todos

usufruem. Para que isso aconteça, é necessária uma mudança de paradigma, consolidar o paradigma da integralidade. Esta transformação da realidade brasileira é uma responsabilidade social de todos e dever ser assumida principalmente pelas escolas e universidades, por serem as maiores formadoras de opinião, condutoras e construtoras de uma sociedade mais justa, mais humana (BORDENAVE, 1995).

Por fim, com relação ao que Lampert (2009) chama de âmbito da prática ou escolar e reforça a necessidade das escolas e serviços planejarem em conjunto as atividades praticas dos alunos, reportamo-nos a Abreu (2009). Segundo este autor, o ensino tradicional caracteriza-se pelos currículos organizados por disciplinas geralmente ministradas por departamentos com estrutura autônoma. Desta maneira, a precária comunicação entre os departamentos e os serviços gera repetições e desperdícios de conteúdos, tempo, entre outros, não possibilitando a integração.

2.4.5 Eixo 5 – Desenvolvimento Docente

Nenhum aprendizado dispensa a viagem. Sob a orientação de um guia, a educação empurra para fora. Parte, sai. Sai do ventre de tua mãe, sai do berço, sai da sombra oferecida pela casa do pai e pelas paisagens juvenis. Ao vento, sobre a chuva: do lado de fora faltam abrigos. Tuas ideias iniciais só repetem palavras antigas (SERRES, 1993, p. 15).

Neste eixo, Lampert et al (2009) ressaltam a necessidade de que processo formador do profissional docente seja permanente no cotidiano das atividades acadêmicas, buscando identificar a tendência da escola em investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos e de inter-relação, visando a gestão da própria escola e as parcerias com os serviços de saúde. Quatro eixos são considerados: formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica, participação nos serviços da assistência e capacidade gerencial.

A formação didático-pedagógica verifica se a escola oferece ou promove cursos de orientação didático-pedagógica de forma esporádica ou permanente, como parte da política institucional, permitindo o acompanhamento e o desenvolvimento da capacitação docente no cotidiano das tarefas didático-pedagógicas (apoio institucionalizado). De maneira semelhante, a atualização técnico-científica indaga de que modo a escola estimula, apoia ou promove a

atualização técnico-científica dos professores. A participação nos serviços de assistência observa se os docentes da escola são estimulados e apoiados a participarem da avaliação e do planejamento dos serviços e sistema de saúde. Finalmente o vetor da capacitação gerencial visa identificar o quanto a escola promove a capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos/diretivos e se busca o desenvolvimento de um estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo.

Ao buscarmos dissertar sobre a importância da formação docente, chamamos à discussão uma antiga fonte de inspiração, Michel Serres (1993), filósofo que nos traz a ideia de que todo processo de conhecimento é mestiçagem, envolvendo mestre, aprendiz e o próprio conhecimento. Neste processo incessante, não existe conhecimento puro e estável. O autor salienta que quanto mais aprendemos, mais receptivos nos tornaremos ao novo, ao outro. Assim, chegamos ao ponto de não mais pertencermos a um único domínio ou núcleo de saberes e práticas⁶, mas que todos eles fazem nossos casacos de Arlequim⁷. Segundo este autor, o sistema educacional tradicional revela-se intensamente fragmentado, ensinando ciências naturais que silenciam sobre os homens, paralelamente a ciências humanas que jamais falam sobre o mundo. Para Serres (1993), esta dicotomia acaba por formar pessoas cultas ignorantes e especialistas totalmente sem cultura, capazes de produzir a barbárie.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) para o exercício da docência no ensino superior, sancionada em 1996, define que a preparação para o magistério superior deve ser feita em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado (BRASIL, 1996). Contudo, de um modo geral os programas estão voltados para a formação de pesquisadores em campos específicos e especializados do conhecimento, o que permite a suposição que a pedagogia da formação não é priorizada.

Recentemente a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) publicou uma resolução que normatiza a criação dos Núcleos Docentes

⁶ Conceitos apresentados por Gastão Wagner de Souza Campos (2000).
⁷ Ideia anteriormente apresentada.

Estruturantes (NDE) nos cursos de graduação (BRASIL, 2010). Trata-se de um grupo de docentes com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, atualização contínua e consolidação do projeto político-pedagógico do curso. Ou seja, um espaço de educação permanente a ser implementado, construído, tornando legítimo o tempo destinado à reflexão sobre a prática cotidiana.

Supostamente, esta iniciativa política traz em si a finalidade de possibilitar, para os docentes, um espaço que não seria possível de ser concebido de outra forma, pois muitas IES não incentivam, proporcionam ou apoiam a capacitação e o desenvolvimento da formação didática, pedagógica, técnico-científica e gerencial de seus docentes.

Segundo Zabalza (2004), as demandas por uma transformação na lógica da formação estão pressionando os docentes a revisarem seus enfoques e suas práticas. O autor salienta que muitos fazem de maneira voluntária, no entanto a maioria impõe resistências, agindo somente sob pressão. Refere ainda que, mesmo frente aos diferentes movimentos de mudanças que estão surgindo, a estrutura do trabalho do docente tem se mantido estável, constituindo o que o autor denomina de *fenômeno da resistência cultural*. Mesmo frente às diferentes pressões, os docentes nas universidades permanecem *petrificados* em uma ação que não transcende o território seguro/conhecido e privado, que podemos chamar de *território de acomodação*. Segundo o autor, este fenômeno pode ser explicado por características historicamente construídas, tais como: individualismo, a fragmentação curricular, a defesa da liberdade de cátedra (departamentalização) e a *opacidade* da prática docente, o que acaba proporcionando espaços privados de atuação.

Para Grillo e Mattei (2005), os professores universitários se deparam com muitas inquietações e questionamentos, e em alguns casos *dormem* profissionais e *acordam* professores. Assim, sem uma formação pedagógica prévia específica para o exercício da função, recorrem a seus próprios referenciais do que é ser um bom professor, resultado do cruzamento das dimensões sociais e pessoais (história de vida, valores, visão de mundo). As autoras alertam que conhecer os conteúdos é

fundamental, mas não é suficiente e não garante competência docente. Assim, a prática docente exige um equilíbrio entre o conhecimento específico, os conhecimentos oriundo da prática profissional e o saber pedagógico. Para autora. para ser docente é necessário uma preparação e uma reflexão pedagógica contínua e permanente.

Tardif (2002) acrescenta que a docência é uma arte, e o agir docente se baseia em experiências vividas. Em um processo de avaliação, não poderíamos impor uma comparação entre docentes, pois para o autor, o agir conforme as normas e exigências do meio em que vivem e trabalham, exige competências diferentes e que não são mensuráveis. Ressalta que o objetivo principal do professor deve ser formar pessoas que não necessitem mais de professores, pois serão capazes de buscar os sentidos de sua vida e a ação profissional autonomamente.

Um aspecto importante da formação docente diz respeito à atualização técnico-científica, capaz de garantir a incorporação de novos saberes/competências fundamentais para a realização do seu trabalho. Trata-se, assim, de uma necessidade que nos remete à discussão sobre educação continuada.

Segundo Zabalza (2004), o conceito de educação continuada surgiu em Roma, em um encontro sobre formação, realizado em 1994. Em linhas gerais, o conceito apresentado se referia ao desenvolvimento do potencial humano a partir da aquisição de conhecimentos, valores e habilidades, visando à aplicação dos mesmos em diferentes circunstâncias e ambientes.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a educação continuada se refere a um processo que inclui as experiências posteriores à formação, com finalidades de atualização e aquisição de novas informações, que ajudem o profissional a aprender competências importantes para o seu trabalho.

Monteiro (2009) propõe quatro dimensões de saberes necessários à formação dessas competências, que devem estar sempre sendo revisadas, na dinâmica da geração de novos conhecimentos incorporada à formação técnica e profissional do professor. A dimensão conceitual se refere ao conteúdos focados das

pesquisas, possibilitando ao indivíduo se distanciar do senso comum; a dimensão técnica é a dimensão do fazer, articulado com os conteúdos e a reflexão; a dimensão ética corresponde ao conjunto de valores como solidariedade, colaboração, cooperação e respeito, que devem permear as atitudes no exercício da profissão; a dimensão política diz respeito à construção de sujeitos atuantes na sociedade em que vivem.

Segundo Campos (2006), a integração das IES com os serviços de saúde em espaços de gestão é fundamental para a garantia dos interesses públicos e sociais, pois a autonomia das universidades traz o equilíbrio necessário para a construção do que é prioridade, na conquista da qualidade em saúde, de maneira crítica e estratégica. O autor enxerga nesta integração a possibilidade de enfrentamento dos propósitos eleitoreiros e imediatistas de alguns gestores públicos, os quais dificultam a participação dos trabalhadores em processos longos de formação, por entenderem que provocam o afastamento do profissional dos serviços. A perspectiva adotada por estes gestores, segundo o autor, faz com que os mesmos percebam as atividades de formação como fator de diminuição da produção e como uma possibilidade de futuros movimentos reivindicatórios por melhores salários e condições de trabalho, em função da qualificação dos profissionais. Assim, o autor alerta que muitas vezes o gestor tende a representar os interesses do governo e não as reais necessidades de saúde da população, o que justifica a necessidade de participação das instituições de ensino e da própria população nos espaços de decisão e gestão.

Para Ceccin & Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais da área da saúde tem se mantido fora dos espaços de gestão nos diferentes setores, omitindo-se, desta forma, do debate crítico, propositivo e pactuado com o controle social, na busca pela consolidação do sistema de saúde brasileiro. Para os autores, é papel do SUS e das IES a constatação da realidade e a produção de sentidos, a partir da coleta, sistematização, análise e interpretação das informações, problematizando os processos de trabalho, tanto nas intuições de ensino como nos serviços de saúde, e construindo soluções viáveis coletivamente. Os autores defendem a ideia de que as IES devem demonstrar a relevância pública de seu projeto pedagógico, permitindo, desta maneira, que a sociedade avalie seu comprometimento público e social. Tal

postura reconheceria o direito de controle da sociedade sobre a gestão do ensino, sem a perda de sua necessária autonomia. Assim, os autores propõem o conceito de quadrilátero da formação, que preconiza a pactuação das instâncias de ensino, gestão, atenção à saúde e controle social, como fundamental na construção de transformações na formação e de sentidos aos serviços de saúde.

Para finalizar a discussão deste eixo, cabem algumas palavras sobre o vetor relacionado à capacidade gerencial. Segundo Lampert et al (2009), a qualificação das IES passa pela capacitação gerencial dos docentes, os quais devem assumir cargos na estrutura administrativa da organização, promovendo e proporcionando a participação ativa e a responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais.

Há mais de 15 anos atrás o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995) já referia a preocupação com os modelos da burocracia tradicional, propondo a adoção de um novo paradigma gerencial fundamentado nos princípios da confiança, da descentralização da decisão e de funções, da horizontalização das estruturas e de incentivos à criatividade.

Estudando as configurações de diferentes organizações complexas, Mintzberg (2003) desenvolveu uma tipologia que leva em conta, principalmente, a divisão do trabalho e os mecanismos de coordenação. Nesta tipologia, as instituições de ensino – assim como as organizações da saúde - foram tipificadas como *organizações profissionais*, caracterizadas pelo predomínio da padronização das habilidades, da dependência de profissionais treinados/especializados e com considerável autonomia sobre seu trabalho, pela reduzida importância da tecnoestrutura (visto que a padronização principal ocorre como resultado do treinamento que acontece fora da organização) e pelo conhecimento domiciliado no núcleo operacional da organização. Segundo o autor, neste tipo de organização a autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos com interesse divergentes, o que explica a dificuldade de fazer mudanças ao nível da organização como unidade. Ao mesmo tempo, o trabalho é difícil de ser formalizado e controlado, de modo que centralização e burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de bom nível.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN).

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar a formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação.

Identificar a percepção dos atores sociais dos cursos de Nutrição quanto às tendências de mudanças decorrentes das DCNCGN.

Contribuir para o processo de avaliação da implementação e desenvolvimento das DCNCGN, com perspectivas à consolidação do SUS.

4 METODOLOGIA

Foram convidadas a participar da pesquisa as seis IES que oferecem o curso de graduação em Nutrição e que estão vinculadas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no Rio Grande do Sul.

Para atender aos objetivos do estudo utilizamos a metodologia e o instrumento sugeridos por Lampert et al. (2009), dentro do projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras, que considera cinco eixos de relevância na construção e desenvolvimento dos programas curriculares para a educação/formação profissional. Estes cinco eixos compreendem: I) mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários de prática e V) desenvolvimento docente. Além disso, levamos em conta as observações realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, registradas sob a forma de *diário de campo*.

Segundo Lampert (2002, 2009), a maneira como estes eixos são percebidos na implementação do programa curricular permite abalzar tendências de mudanças nas escolas ao se deslocarem de um modelo tradicional para configurações que se aproximem da linha das recomendações dos fóruns de educação na área da saúde e das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Cada eixo é constituído por vetores que buscam distinguir, de maneira mais específica, os movimentos de mudança concernentes às determinações das DCN. No instrumento utilizado, os cinco eixos conceptuais referidos compreendem um total de dezessete vetores, apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Os cinco eixos conceptuais e seus vetores

Eixo	Descrição	Vetores
Mundo do trabalho	- Busca identificar a tendência da IES para mostrar e discutir, de forma crítica, aspectos do mercado de trabalho onde o nutricionista deverá inserir-se para prestar serviços de saúde, procurando, de forma comprometida, acompanhar e discutir criticamente a dinâmica do mercado de trabalho e a organização dos serviços, visando ao atendimento qualificado da saúde da população e à orientação dos futuros profissionais.	- Carência de profissionais e emprego - Base econômica da prática profissional - Prestação de serviços
Projeto pedagógico	- Busca identificar, na orientação teórica da IES, a tendência de dar ou não um enfoque intersetorial com mais ênfase à saúde e/ou à doença.	- Biomédico e epidemiológico-social - Aplicação tecnológica - Produção de conhecimentos - Pós-graduação e educação permanente
Abordagem pedagógica	- Busca identificar a tendência do processo ensino-aprendizagem e do processo avaliativo, bem como a orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no aluno, com o uso ou não de tutorias.	- Estrutura curricular - Orientação didática - Apoio e tutoria
Cenários de prática	- Busca identificar a tendência para o ensino centrar-se na rede do sistema, unidades básicas de saúde, domicílios/famílias/comunidades, identificando a diversificação de cenários (locais) e as oportunidades que a IES proporciona aos alunos para o aprendizado da prática profissional.	- Local de prática - Participação discente - Âmbito da prática ou escolar
Desenvolvimento docente	- Busca identificar a tendência para investir nos aspectos didático-pedagógicos, técnico-científicos e de interação com os serviços, caracterizando as políticas da IES em relação ao corpo docente, o agente que orienta a formação profissional e serve como modelo em serviço.	- Formação didático-pedagógica - Atualização técnico-científica - Participação nos serviços de assistência - Capacidade Gerencial

Fonte: Lampert et al (2009)

Para cada um dos vetores há três situações alternativas, caracterizando: alternativa 1 - situação tradicional do modelo flexneriano; alternativa 2 - situação de

inovação, intermediária (paradigma de Leavel e Clarck); e alternativa 3 - situação avançada para o modelo da integralidade.

Em consonância com o Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde (CAEM/ABEM, 2007), o instrumento de coleta de dados (Anexo 1) foi aplicado à Comissão Própria de Avaliação (CPA) ou ao colegiado de atores sociais (docentes, discentes, técnico-administrativos, outros) envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação de cada uma das IES pesquisadas.

A aplicação do instrumento ocorreu em no máximo duas reuniões, obedecendo aos seguintes passos: (a) explanar sobre mudanças de modelo/paradigma na educação em saúde, abordando as DCN, o processo de auto-avaliação e o método proposto; (b) distribuir o instrumento aos participantes, com os cinco eixos (mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários de prática, e desenvolvimento docente) e expor, um a um, os vetores de cada eixo, com leitura das três alternativas em cada um deles; (c) colocar em discussão cada vetor, buscando consenso sobre quais das três alternativas oferecidas predomina na prática cotidiana do curso de graduação da escola (alternativa 1 - situação tradicional do modelo *flexneriano*; alternativa 2 - situação de inovação, intermediária (paradigma de Leavel e Clarck); e alternativa 3 - situação avançada para o modelo da integralidade) ; (d) solicitar que o grupo identifique a justificativa (o porquê da alternativa predominante) a partir da identificação de políticas, cultura institucional e/ou valores, etc; (e) solicitar que o grupo identifique uma ou mais evidências passíveis de averiguação e constatação (exemplos concretos, documentos ou ações) que confirmem a alternativa escolhida como predominante nas práticas da escola; (f) preencher apenas um instrumento, com o consenso ou percepção predominante no grupo.

Os resultados foram discutidos no conjunto das escolas e analisados individualmente. Na análise individual, apresentam-se os resultados da aplicação do instrumento de pesquisa na figura de uma roda com perfil radial (figura 1). Os cinco eixos com seus vetores se dirigem, nesta figura, do centro para a periferia, ou seja, de uma posição considerada conservadora, tradicional (primeira alternativa

apresentada no instrumento no círculo mais interno), para uma intermediária, inovadora (segunda alternativa) e logo para uma mais avançada (terceira alternativa). À medida que as escolas se percebem, nas alternativas, em posições mais avançadas em direção ao preconizado pelas DCN, uma área maior do círculo é coberta, podendo ser quantificada em percentuais. Para tanto, atribui-se um peso de 20 para cada eixo, sobre um todo de 100%. Dentro de cada eixo também são atribuídos pesos para cada vetor, os quais, somados, conferem 100% do valor do eixo. Portanto, a quantificação da cobertura da área do círculo pode variar de 33%, correspondendo à percepção de todos os eixos na primeira alternativa conservadora e tradicional, a 100%, com a percepção de todos os eixos na terceira alternativa.

Os resultados apresentados - descritivos e na figura resultante quantificada - conferem uma tipologia, contida entre o perfil mais avançado e o perfil mais tradicional. O perfil mais avançado se identifica no conjunto dos cinco eixos com a alternativa três na maioria ou na totalidade dos vetores, enquanto o perfil tradicional se percebe identificado predominantemente com a alternativa de número um. A posição intermediária entre estes dois perfis, que corresponde a uma posição intermediária, pode apresentar tendência avançada ou tendência ao tradicional. Assim, a tipologia do perfil de tendências da escola pode ser identificada basicamente como:

A – Avançada: Alternativa três na maioria ou na totalidade dos vetores.

la – Inovadora com tendência avançada: Alternativa dois na maioria dos vetores, com predominância da alternativa três nos vetores restantes.

It – Inovadora com tendência tradicional: Alternativa dois na maioria dos vetores, com predominância da alternativa um nos vetores restantes.

T – Tradicional: Alternativa um na maioria ou na totalidade dos vetores.

As tipologias **T** e **It** correlacionam-se com o nível de inovação com características funcionais sistêmicas. Já as tipologias **la** e **A** correlacionam-se com o

nível das mudanças – com potencial para produzir uma mudança do modelo de atenção. Por fim, o nível das transformações seria atingido pelas escolas de tipologia **A**, à medida que efetivem verdadeira articulação entre o biológico, o psicológico, o social e o ambiental, focando a saúde de forma integrada, com base em seus determinantes histórico-sociais, utilizando uma abordagem intersetorial e transdisciplinar, e integrando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Figura 1: Modelo radiado, com três círculos em tons distintos, representando os níveis 1, 2 e 3, referentes às alternativas de cada vetor que compõem os cinco eixos conceptuais relevantes, para representar a percepção do colegiado, captada na aplicação do instrumento de pesquisa



Cabe observar, por fim, que para além da objetividade das escolhas de alternativas por cada colegiado reunido, este trabalho contemplou ainda, a análise conjunta das anotações em *diário de campo*, constituído por registros de observações, comentários e reflexões, motivados por falas, atitudes e comportamentos individuais e coletivos que emergiram do debate, em cada grupo, durante o processo de avaliação das escolas. Bem como a consistência teórica, política e ideológica das justificativas e evidências, apontadas pelos cursos em cada vetor.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFRGS e cadastrada com o número 2008122 e não envolveu qualquer tipo de intervenção em seres humanos. Sua execução obedeceu aos princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a coleta de dados foi utilizado um Termo de Autorização Institucional para participação na pesquisa (anexo 2), e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3) que garante à IES e aos participantes da pesquisa não serem identificados nas publicações e terem mantido o caráter confidencial das informações, bem como receberem as informações sobre os resultados da análise dos dados.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das seis IES convidadas para participarem da pesquisa, uma apresentou dificuldades de ordem administrativa e burocrática para a participação no período proposto, que compreendeu novembro de 2009 a julho de 2010.

As cinco instituições que participaram deste estudo – tratadas a partir daqui pelos números 1 a 5 - oferecem, anualmente, 360 vagas (quadro 2), sendo que apenas uma não disponibiliza duas entradas de alunos por ano. Duas instituições são públicas, vinculadas à esfera federal, e três são do setor privado. Quanto à localização regional, uma é da capital e quatro são do interior do estado. Observamos uma relação direta entre a idade da escola e o número de vagas oferecidas, sendo que a mais antiga, com 36 anos de idade, responde por quase 28% dos ingressos das cinco instituições avaliadas.

Quadro 2 - Características das IES que participaram do estudo

IES	Instituição	Local	Idade em anos	Entrada anual de alunos	Número de vagas anuais
01	Pública Federal	Interior	36	Duas	100
02	Pública Federal	Capital	11	Duas	60
03	Privada	Interior	13	Duas	80
04	Privada	Interior	08	Uma	40
05	Privada	Interior	13	Duas	80

5.1 ANÁLISE INDIVIDUAL DAS IES

5.1.1 Escola 1

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a escola se percebe na situação intermediária - de inovação - nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Refere considerar as possibilidades de emprego/trabalho para a construção do projeto pedagógico, sem levar em conta a falta de profissionais para a rede básica de saúde. Justifica e evidencia esta tendência a partir da distribuição igualitária da carga horária entre as três áreas de atuação do nutricionista (nutrição em unidades de alimentação e nutrição, nutrição clínica e nutrição social), assim como pelo projeto político-pedagógico da instituição e a participação em iniciativas como o Pró-Saúde, REUNI e PET-Saúde. Também reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada, lançando mão de relatos e palestras de profissionais convidados. Admite, entretanto, a falta de uma discussão mais aprofundada sobre a influência desta prática sobre a formação do nutricionista e a necessidade de incluí-la no projeto pedagógico. Ao mesmo tempo, refere abordar nos espaços de sala de aula e nos estágios a intermediação de seguradoras e planos de saúde entre prestadores e usuários de serviços, sem analisar criticamente, contudo, a influência da mesma sobre a relação do profissional com o usuário e sem proporcionar exercício didático-pedagógico do problema em equipe multidisciplinar.

No eixo II, do projeto pedagógico, a instituição se reconhece em situação intermediária no que se refere ao biomédico e epidemiológico-social e à produção de conhecimentos, e em situação avançada para o modelo da integralidade na aplicação tecnológica e na pós-graduação e educação permanente.

Afirma buscar a superação do modelo biomédico, a partir de um equilíbrio entre o biológico e o social, apesar de ainda não ter alcançado uma efetiva participação discente neste processo, assim como uma interação consistente com comunidade e serviços de saúde. Como evidências, aponta as atividades práticas em hospitais universitários, serviços privados, ambulatoriais e unidades básicas de saúde vinculadas à universidade (a participação em serviços municipais é prejudicada pela relação conflituosa entre a universidade e o gestor municipal). No campo da pesquisa e extensão, desenvolve projetos que buscam se referenciar nas necessidades de saúde, com base nos aspectos epidemiológicos, demográficos e sócio-econômicos; neste quesito, o colegiado considera necessário uma politização mais efetiva do processo e uma participação discente mais satisfatória, não obstante a inserção de docentes e discentes voluntários em pesquisas de outros programas de pós-graduação. Refere analisar de forma ampla e crítica a aplicação tecnológica, enfatizando a atenção básica de saúde, apontando como evidências para esta opção a pós-graduação na área de nutrição e alimentos, assim como a adesão ao PET-Saúde e ao Pró-Saúde. Oferece pós-graduação articulada com o SUS – especialização, residência multiprofissional em oncologia e mestrado em nutrição e alimentos - e educação permanente aos profissionais da rede, visando às necessidades de saúde. Entretanto, em nenhum momento os integrantes do colegiado mencionaram se o projeto pedagógico busca a integração entre pós-graduação, pesquisa e extensão.

No eixo III, da abordagem pedagógica, o colegiado reconhece a existência de uma estrutura curricular tradicional e uma situação de inovação, intermediária, no que se refere à orientação didática, bem como ao apoio e tutoria.

Assume que o curso foi criado a partir de unidades curriculares, mas as reformas posteriores levaram a uma fragmentação que rompeu com a integração originalmente proposta, de tal modo que hoje o currículo apresenta ciclo básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas. Com relação à orientação didática, o curso tem buscado superar a atual situação, marcada por aulas teóricas e práticas centradas em habilidades clínicas, na direção de uma maior integração multidisciplinar e atividades práticas direcionadas para os serviços e espaços comunitários, tanto na saúde pública quanto em serviços de

alimentação. Não apresenta qualquer movimento, entretanto, direcionado à utilização de métodos de aprendizagem ativos. No que se refere ao apoio e tutoria, a escola proporciona condições razoáveis de apoio e oferece ensino realizado em pequenos grupos, mas não trabalha com tutoria.

No eixo IV, referente aos cenários de prática, a escola se percebe em situação intermediária no vetor da participação discente e em situação avançada nos vetores âmbito escolar e local de prática.

A instituição promove práticas de estágio nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção, observando que inexistem fluxos efetivos de contra-referência na rede. O colegiado aponta como evidências relacionadas a esta opção a disciplina de administração em saúde pública - que vincula o sistema nos três níveis - e as atividades práticas de estágio, também inseridas nos três níveis. A escola busca proporcionar ao aluno participação supervisionada ao longo de todo o curso, referindo, entretanto, que esta ainda não atinge todas as disciplinas e alunos nos múltiplos campos de prática.

No desenvolvimento docente, eixo V, os vetores de formação didático-pedagógica e atualização técnico-científica foram identificados com a situação tradicional do modelo flexneriano, enquanto a participação nos serviços de assistência e a capacidade gerencial foram percebidas como em situação intermediária, de inovação.

A IES não oferece capacitação didático-pedagógica e atualização técnico-científica ao corpo docente, ou raramente o faz, ficando as mesmas a cargo da iniciativa individual dos interessados. Por outro lado, apresenta alguma integração entre docentes e serviços de saúde, com carga horária prevista para estas atividades, embora apenas eventualmente os profissionais dos serviços participem na docência. Por fim, a instituição não promove, mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes em cargos administrativos institucionais, os quais buscam assessorar-se de acordo com as necessidades identificadas. De acordo com o colegiado, a própria formação do profissional nutricionista inclui a discussão sobre ciências administrativas.

A representação gráfica desta escola (figura 2) apresenta duas expansões avançadas no eixo referente ao projeto pedagógico, já que a mesma se percebe oferecendo pós-graduação articulada com o SUS e educação permanente aos profissionais da rede a partir das necessidades de saúde, analisando de forma ampla e crítica a aplicação tecnológica. Também apresenta duas expansões avançadas o eixo referente aos cenários de prática, por promover práticas de estágio nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção, de forma integral, e por proporcionar ao aluno participação supervisionada nestes espaços ao longo de todo o curso.

Por outro lado, observamos três vetores com expansão mínima: dois no eixo de desenvolvimento docente, por não oferecer capacitação didático-pedagógica e atualização técnico-científica ao corpo docente, e um no eixo de abordagem pedagógica, em função de um currículo que apresenta ciclo básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas

Embora sem a participação efetiva de todos os envolvidos nas diferentes áreas do curso, o grupo colegiado presente legitimamente composto permitiu uma análise coletiva, considerando as diferentes percepções dos atores sociais presentes, envolvidos com a formação do nutricionista nesta IES. Assim, a partir das alternativas predominantes observados no instrumento utilizado, é possível afirmar que o colegiado percebe a instituição no limite inferior da tipologia **la** (inovadora avançada).

Figura 2: Representação gráfica da escola 1



5.1.2 Escola 2

No eixo número um, do mundo do trabalho, a escola se percebe em situação intermediária em relação ao vetor carência de profissionais e emprego, e em situação avançada para o modelo da integralidade no que se refere à base econômica da prática profissional e à prestação de serviços.

A instituição considera as possibilidades de emprego e trabalho para a construção do projeto pedagógico, ao permitir o contato dos acadêmicos com as três grandes áreas que compreendem o mercado de trabalho do nutricionista (nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação) ao longo de estágios obrigatórios e facultativos. Oferece, também, disciplina que trata da prática de atuação profissional e promove a inclusão precoce dos estudantes em atividades de pesquisa e extensão. Neste contexto, entretanto, não é ressaltada a falta de profissionais para a atenção básica de saúde, a qual não considera como sendo a fonte empregadora predominante para os futuros profissionais nutricionistas. Trata-se, de fato, de uma percepção equivocada. Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) de janeiro de 2009, das 1117 nutricionistas cadastradas no estado, aproximadamente um terço encontrava-se atuando na atenção básica. Atualmente, constatamos que esta participação aumentou para aproximadamente 50%. Assim, podemos afirmar que o nível primário de atenção à saúde, no estado do RS, é o principal empregador do profissional nutricionista no SUS.

Ainda neste eixo, promove análise crítica quanto à influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista, a partir de práticas pedagógicas que permeiam transversalmente as atividades do curso, como disciplinas relacionadas a práticas de atuação e ética profissional, além de seminários com profissionais convidados. Ao mesmo tempo, aborda e analisa criticamente a influência da intermediação das seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. Como evidências, o colegiado aponta a disciplina de práticas profissionais, os internatos, o Pró-Saúde II e o PET-Saúde. Reconhece,

entretanto, a necessidade de construir mais oportunidade para o exercício didático-pedagógico referente a este tema.

No que se refere ao eixo dois, do projeto pedagógico, a instituição se considera em situação intermediária na pós-graduação e educação permanente, e avançada nos vetores biomédico e epidemiológico-social, aplicação tecnológica e produção de conhecimentos.

A instituição enfatiza os fatores determinantes da saúde, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com destaque para a atenção básica. O colegiado justifica que o projeto pedagógico do curso determina a inserção precoce dos estudantes nos serviços das diferentes áreas de atuação, apresentando como evidências as ações de um centro colaborador em alimentação e nutrição escolar, além do desenvolvimento de trabalhos junto a comunidades e serviços públicos de saúde. Entretanto, não é identificado o estímulo à participação dos alunos em reuniões dos diferentes conselhos gestores locais (Saúde, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional). Ao mesmo tempo, refere promover a análise crítica da incorporação tecnológica, com ênfase para atenção básica, a partir de aulas práticas e vivências no serviço de atenção primária vinculada à IES, embora não tenham sido mencionadas as DCN e a existência de uma política institucional de utilização das diferentes tecnologias. No campo da pesquisa, evidencia a criação de um centro de estudos na área de alimentação e nutrição, o desenvolvimento de vários trabalhos de conclusão de curso voltados às diversas áreas da nutrição, a participação em projetos voltados para a saúde coletiva e a apresentação dos mesmos em eventos científicos. Por fim, a instituição oferece diversos programas de pós-graduação nas áreas de educação, agronegócio, educação e alimentos, mas reconhece que a educação permanente ainda é um processo que necessita ser aperfeiçoado.

No eixo três, da abordagem pedagógica, o colegiado percebe a instituição em situação intermediária, de inovação, nos três vetores considerados (estrutura curricular, orientação didática, apoio e tutoria).

A estrutura curricular obedece à concepção da universidade: disciplinas básicas e atividades integradoras complementares ao eixo estruturante ao longo dos primeiros anos, mantendo a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas. O curso enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar, mas as práticas não estão centradas em conhecimentos e habilidades clínicas no âmbito hospitalar, demonstrando certo grau de evolução em relação à situação avançada. Apresenta como evidências desta situação as avaliações das disciplinas, a proporcionalidade das cargas horárias teórica e prática, e a auto-avaliação disponível aos discentes no *site* da IES. Ao mesmo tempo, a instituição refere proporcionar condições razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferecer ensino realizado em pequenos grupos em rodízio, embora não ofereça tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais. Esta carência é justificada pelo argumento de que o curso necessita ainda melhorar a estrutura física e de recursos humanos para expandir suas atividades pedagógicas. Contudo, o colegiado não demonstra envolvimento com os conceitos que permeiam a discussão em torno das metodologias ativas e contesta alguns ideais *freireanos*. Ao mesmo tempo, foi perceptível um certo desconforto na discussão sobre tutoria.

Quanto ao quarto eixo – cenários de prática, a instituição se considera em situação avançada nos locais de prática e em situação intermediária no âmbito escolar e na participação discente.

O colegiado refere que a escola utiliza unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência. Entretanto, embora o grupo apresente as atividades práticas de internato nos três níveis do sistema como evidência desta afirmação, não fica claro se o grupo compreende a concepção e o funcionamento dos níveis de atenção e do sistema de referência e contra-referência do município. A escola oferece atuação em diferentes cenários de prática, mas em alguns espaços a participação discente se restringe à observação de atendimentos e sugestões de condutas, que muitas vezes não são consideradas pelos profissionais dos serviços. Ao mesmo tempo, o colegiado refere o desenvolvimento de disciplinas e práticas que cobrem vários programas de maneira estanque, sem a necessária integração de conteúdos,

apontando a necessidade de maior integração vertical e horizontal entre disciplinas, conteúdos e atividades práticas, sem discutir a possibilidade de utilização de metodologias ativas que possam romper com esta fragmentação.

Por fim, no último eixo, referente ao desenvolvimento docente, a escola de percebe em situação avançada no que diz respeito à participação nos serviços de assistência, e em situação tradicional nos vetores relacionados à formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacidade gerencial.

Segundo os participantes do colegiado, a instituição estimula e apóia a participação dos docentes no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência, assim como garante a participação dos profissionais dos serviços na docência. Contudo, não foram apresentadas evidências consistentes relativamente à afirmação. Por outro lado, não existe uma proposta institucional de formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacitação gerencial.

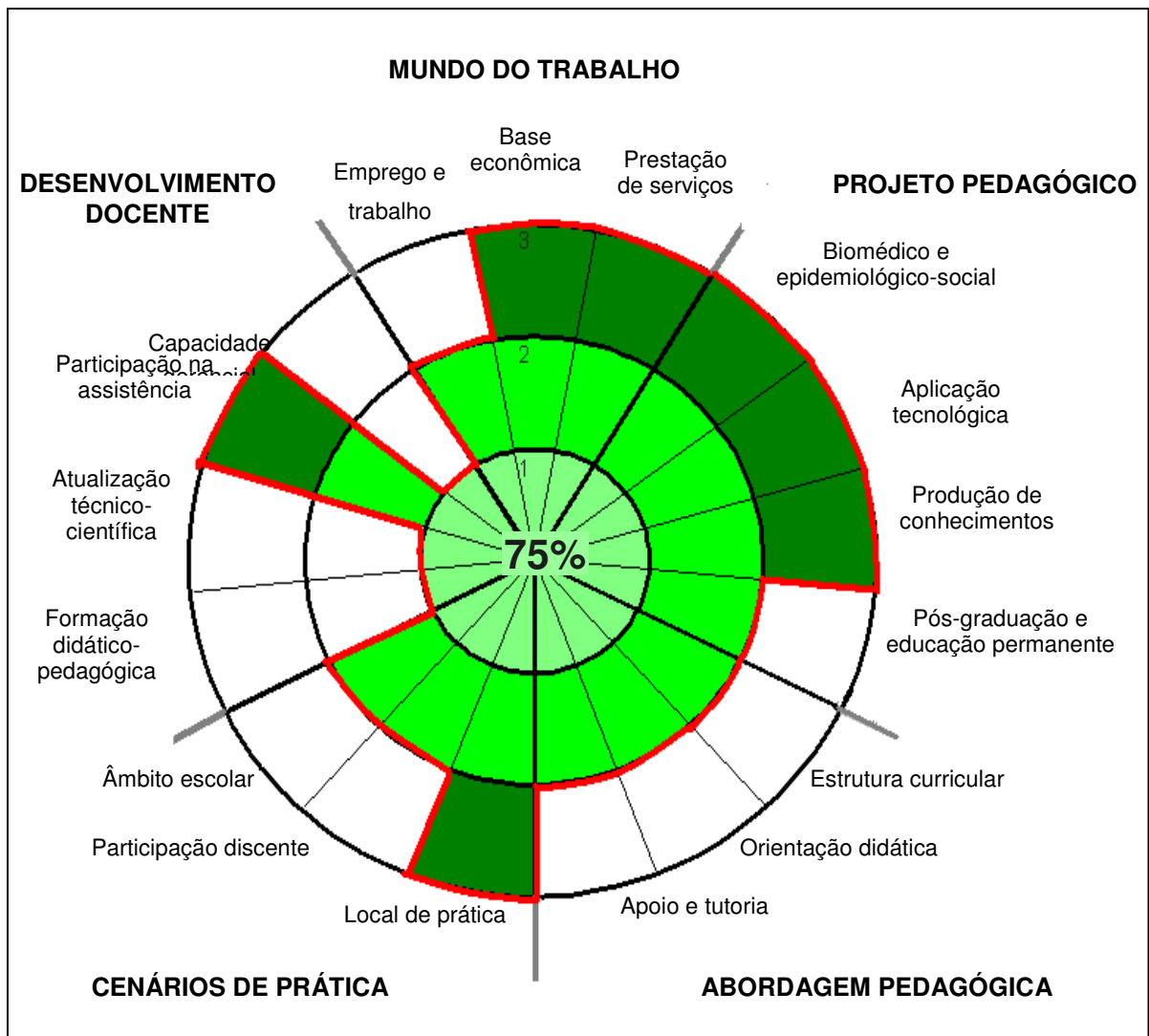
A análise desta escola permite sua representação gráfica na figura 3. Nela, é possível observarmos sete expansões significativas: três no eixo do projeto pedagógico, duas no mundo do trabalho, uma em cenários de prática e uma em desenvolvimento docente. Ou seja, é uma escola que busca promover a análise crítica da incorporação tecnológica e se envolver em projetos de pesquisa que destaquem os fatores determinantes da saúde, interagindo com os serviços de saúde e a comunidade na perspectiva de rede e articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, com ênfase no nível primário de atenção. Ao mesmo tempo, reconhece e promove análise crítica quanto às influências da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista e da intermediação das seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. Por fim, refere estimular a participação docente no planejamento do sistema de saúde em sua área de influência, assim como garantir a participação dos profissionais dos serviços na docência.

Por outro lado, a mesma figura mostra três vetores minimamente expandidos no eixo relativo ao desenvolvimento docente, evidenciados pela inexistência de uma

proposta institucional de capacitação gerencial, atualização técnico-científica e formação didático-pedagógica.

Cabe observar que o grupo colegiado que participou da aplicação do instrumento de pesquisa contou com docentes e discentes, estando ausentes os representantes técnico-administrativos do curso. Acreditamos que esta composição não afetou a legitimidade das escolhas de alternativas referentes a cada vetor pesquisado, as quais apontam que o colegiado percebe a instituição entre a tipologia **Ia** (inovadora avançada) e **A** (avançada).

Figura 3: Representação gráfica da escola 2



5.1.3 Escola 3

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a instituição se percebe em situação avançada para o modelo da integralidade nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Após uma discussão muito sucinta, os membros do colegiado definiram que o projeto pedagógico da escola considera as possibilidades de emprego e trabalho, assim como a carência de profissionais para a atenção básica. Também prevê e estimula práticas de contextualização que contemplam a análise crítica sobre a influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista, que se materializam em disciplinas envolvidas com a prática nos serviços, assim como em vivências observacionais e discussões realizadas após a realização de visitas técnicas. Com relação ao vetor três (prestação de serviços), o grupo apresenta como evidências pela opção da alternativa mais avançada a realização de semana integradora de saúde, os projetos de pesquisa e extensão, a criação de disciplinas de caráter multidisciplinar e os serviços integrados em saúde, desvelando que o olhar sobre o vetor ignorou a influência da intermediação da relação profissional/usuário pelos planos de saúde, limitado-se ao assunto da multidisciplinaridade.

No segundo eixo, do projeto pedagógico, a instituição se percebe em situação avançada em três eixos (biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente) e em situação intermediária na aplicação tecnológica.

No que se refere à aplicação tecnológica, a discussão realizada pelo grupo foi breve e, de certa forma, superficial, sendo apresentada como evidência para a escolha da alternativa intermediária a realização de disciplinas que criam tecnologias de baixo custo. Com relação ao vetor biomédico e epidemiológico-social, a opção pela alternativa mais avançada foi justificada pelo fato de que a própria IES é

comunitária, proporcionando uma forte integração entre ensino, serviço e comunidade; esta realidade estaria evidenciada nos projetos de pesquisa e extensão, nos projetos com participação de voluntários, nos eventos realizados, nas práticas de estágio e no atendimento da comunidade regional. Neste quesito, é ressaltada a participação das inúmeras empresas da área de produção de alimentos existentes na região, as quais proporcionam um grande campo para estágios, discutindo com a IES as particularidades dos mesmos. Por outro lado, é referida a carência de profissionais na rede pública, prejudicando a atuação da IES na mesma. Na produção de conhecimentos, a escolha da alternativa número três foi novamente justificada pelo fato da IES ser comunitária, levando ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão a partir dos campos de práticas, com concessão de bolsas para a participação discente. Por fim, o grupo não conseguiu apresentar evidências consistentes para a escolha da alternativa avançada no vetor correspondente à pós-graduação e educação permanente.

Na discussão referente ao eixo número três – abordagem pedagógica, o colegiado identifica uma estrutura curricular em situação tradicional, em oposição à situação percebida como avançada na orientação didática, bom como no apoio e tutoria.

A opção pela alternativa mais elementar no vetor correspondente à estrutura curricular foi justificada pelo colegiado a partir da falta de disciplinas e atividades integradoras. Paradoxalmente, entretanto, o colegiado reconhece a realização de práticas na atenção a adultos, à população materno-infantil e em saúde da família. Quanto à orientação didática, a escolha pela alternativa avançada foi justificada a partir da proximidade do discente com teoria e prática, das avaliações das disciplinas e da auto-avaliação da universidade, sendo apresentadas como evidências os estágios vivencias, as práticas e as disciplinas oferecidas, a participação no PET-Saúde e no Pró-Saúde, assim como os trabalhos de conclusão de curso. Em nenhum momento, porém, são feitas referências à utilização de métodos de aprendizagem ativos, os quais são criticados pela maioria dos educadores presentes à reunião. Quanto ao apoio e tutoria, a opção pela alternativa avançada não foi sustentada por qualquer justificativa ou evidência coerente, tanto que o curso não trabalha com tutoria.

Nos três vetores correspondentes ao eixo dos cenários de práticas (local de prática, participação discente e âmbito escolar) a IES se percebe em situação avançada.

A escolha pela alternativa avançada para o vetor do local de prática foi justificada e evidenciada pela existência de bolsas para discentes e crédito para docentes participarem de projetos integrados aos diferentes níveis de assistência. Já a afirmativa de que a IES proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática foi fragilmente evidenciada pela existência de feiras de saúde e pela discussão e acompanhamento nos estágios. Quanto ao âmbito escolar, a opção pelo item mais avançado foi novamente justificada e evidenciada pela existência de projetos e serviços integrados de saúde.

Por fim, no eixo correspondente ao desenvolvimento docente, o colegiado optou pela alternativa mais avançada nos quatro vetores compreendidos (formação didático pedagógica, atualização técnico-científica, participação nos serviços de assistência e capacidade gerencial).

No que se refere à formação e desenvolvimento pedagógico, a instituição promove cursos de capacitação, discussões nas reuniões de colegiado, além de estimular o docente para o plano de carreira. Situação semelhante é observada nos vetores de atualização técnico-científica e capacidade gerencial, já que a universidade apoia financeiramente os docentes para atividades neste sentido. Quanto à participação nos serviços de assistência, a instituição considera importante e exige a participação docente e discente nos conselhos, além de promover a participação dos profissionais dos serviços de saúde na docência.

A representação gráfica da análise desta escola está apresentada na figura 4. Nela, é possível observar a existência de expansões avançadas em todos os vetores correspondentes aos eixos do mundo do trabalho, cenários de práticas e desenvolvimento docente. Ou seja, no mundo do trabalho o colegiado considera que o projeto pedagógico da escola leva em conta as possibilidades de

emprego/trabalho e a carência de profissionais para a atenção básica, assim como promove a análise crítica sobre a influência da prática liberal e/ou assalariada na formação do nutricionista e a intermediação das seguradoras e planos de saúde, além de incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar. No eixo dos cenários de práticas, o colegiado entende que a existência de bolsas para discentes e crédito para docentes participarem de projetos integrados aos diferentes níveis de assistência, assim como a promoção de feiras de saúde e a discussão/acompanhamento nos estágios, colocam a instituição em nível avançado nos vetores correspondentes ao local de prática, participação discente e âmbito escolar. Quanto ao eixo do desenvolvimento docente, a instituição promove cursos de capacitação e apoia financeiramente os docentes para atividades de formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica e capacitação gerencial, assim como exige a participação docente e discente nos conselhos, além de promover a participação dos profissionais dos serviços de saúde na docência.

No eixo do projeto pedagógico também são observadas expansões avançadas nos vetores biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente. Para os três primeiros vetores a opção pela alternativa avançada foi justificada e evidenciada pelo fato da IES ser comunitária, levando ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão a partir dos campos de práticas, com concessão de bolsas para a participação discente. Já para a expansão referente à pós-graduação e educação permanente não foram apresentadas justificativas e evidências consistentes. O mesmo foi observado com relação às expansões avançadas nos vetores orientação didática, e apoio e tutoria, referentes ao eixo da abordagem pedagógica.

Por outro lado, a figura mostra apenas um vetor com expansão mínima, relativo à estrutura curricular, no eixo da abordagem pedagógica, em função da falta de disciplinas e atividades vistas como integradoras pelo colegiado.

É importante observar que o grupo colegiado que participou da aplicação do instrumento de pesquisa não contou com participação discente e que a aplicação do instrumento começou com muito atraso em relação ao horário previsto. Além disso, o instrumento foi respondido em 1 hora e 25 minutos, período considerado

insuficiente pela autora do instrumento (LAMPERT, 2002) que define como duas horas o tempo desejável para a qualificação das respostas. Acreditamos que estes fatores possam ter influenciado negativamente a reflexão e a discussão sobre os temas abordados. Neste contexto, foi perceptível que a escolha de alternativas avançadas para alguns vetores – particularmente nos eixos do mundo do trabalho, projeto pedagógico e abordagem pedagógico – foi determinada muito mais pela identificação ou pelo desejo de identificação com propostas mais avançadas, por parte dos atores sociais envolvidos, do que propriamente pela evidências concretas relativas às opções. Não obstante estas considerações, e considerando as alternativas escolhidas pelo colegiado, podemos afirmar que o mesmo identifica a instituição dentro da tipologia **A** (avançada).

Figura 4: Representação gráfica da escola 3



5.1.4 Escola 4

No primeiro eixo, do mundo do trabalho, a escola se percebe em situação avançada nos três vetores considerados (carência de profissionais e emprego, base econômica da prática profissional e prestação de serviços).

Com relação ao primeiro vetor, o colegiado observa que até meados desta década o projeto pedagógico considerava as possibilidades de mercado, e que posteriormente (principalmente após 2009) passou a dar ênfase para a carência de profissionais para a atenção básica. Aponta como evidências deste redirecionamento a matriz curricular, os estágios oferecidos, a participação do curso no Pró-Saúde II e no PET-Saúde, assim como a existência de um centro de saúde coletiva dentro da universidade. Já a opção pela alternativa avançada no segundo vetor, que aponta o reconhecimento da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do profissional, foi precedida por uma certa hesitação e seguida por algumas dificuldades no apontamento de justificativas e evidências, as quais se resumiram a atividades pontuais envolvendo o CRN2 e palestras de egressos dos cursos. No vetor relativo à prestação de serviços, o colegiado ressalta a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar, apontando como evidências os estágios, as visitas domiciliares, as aulas práticas, os projetos de pesquisa e extensão, e a empresa júnior. Não é feita referência, entretanto, à repercussão da mediação de seguradoras e planos de saúde sobre a relação entre prestadores e usuários.

No eixo do projeto pedagógico a escola se reconhece em situação avançada no vetor de aplicação tecnológica, e em situação intermediária nos vetores biomédico e epidemiológico-social, produção de conhecimentos, e pós-graduação e educação permanente.

Na aplicação tecnológica, a opção pela alternativa avançada é justificada pelo incentivo à utilização de metodologias e equipamentos de acordo com a realidade de cada local, e as evidências apontadas são as atividades integradas em sala de aula,

assim como os estágios e os materiais didáticos das atividades complementares do currículo, sem que seja realizada, entretanto, uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Nos vetores biomédico e epidemiológico-social, e produção de conhecimentos, a opção pela alternativa intermediária se deve à insipiência da interação escola-serviço-comunidade, em função da carência profissionais nos serviços de saúde. Nesta discussão, são evidenciadas algumas dificuldades de inserção da IES dentro dos serviços. Já na pós-graduação e educação permanente, o grupo faz referências aos cursos de especialização e aos eventos realizados, mas demonstra dúvidas quanto aos conceitos de educação permanente e educação continuada.

No que se refere ao terceiro eixo – abordagem pedagógica, a escola se percebe avançada na orientação didática e em situação intermediária na estrutura curricular, assim como no apoio e tutoria.

Embora o grupo tenha optado pela alternativa avançada na orientação didática, apresentando como evidências as feiras de saúde, as visitas domiciliares, as visitas técnicas, a matriz curricular, assim como o acompanhamento e realização de estágios, parece não haver muita clareza quanto às noções de metodologias ativas e avaliação interativa e processual. Com relação à estrutura curricular, o grupo reconhece a necessidade de uma matriz curricular integrada, citando a oferta das disciplinas de estudos integrados em nutrição e os estágios, mas reconhece as dificuldades práticas de integração e não faz menção ao currículo por módulos ou ciclos de vida. Quanto ao apoio e tutoria, a escola justifica a alternativa escolhida pelo fato de integrar Pró-Saúde II e estar aguardando aprovação de projeto no PET-Saúde/Vigilância em Saúde, com a participação de um discente na tutoria.

No eixo número quatro, dos cenários de prática, o colegiado optou pela alternativa referente à situação de inovação no local de prática, e à alternativa mais elevada nos vetores da participação discente e do âmbito escolar.

A opção pela alternativa intermediária no local de prática é justificada pela ausência do NASF no município e a carência de profissionais nutricionistas na atenção básica, dificultando a referência e contra-referência. Quanto aos vetores da

participação discente e do âmbito escolar, o colegiado sustenta que os discentes participam de diversas atividades em diferentes áreas de atuação do nutricionista, apontando como evidências as atividades práticas (feiras de saúde), os estágios, a organização de eventos, os trabalhos de conclusão de curso, a empresa júnior e os projetos de extensão. Entretanto, na opção referente ao âmbito escolar, observamos uma certa hesitação na discussão referente à oferta de práticas em todos os níveis de atenção de forma integral.

No último eixo – desenvolvimento discente – a escola se percebe em situação intermediária nos quatro vetores considerados (formação didático-pedagógica, atualização técnico-científica, participação na assistência e capacidade gerencial).

Com relação à formação didático-pedagógica, o colegiado reconhece a importância da mesma, embora não existam reuniões pedagógicas no curso, o que é explicado pelo grupo a partir da composição restrita do corpo docente específico de nutricionistas. Quanto à atualização técnico-científica, o colegiado manifesta sua insatisfação com a falta de apoio institucional sistemático neste sentido, apesar de entender que a liberação do ponto para a participação em eventos científicos é um atenuante nesta situação. Já com relação à participação nos serviços de assistência, o curso entende a necessidade e a importância da participação junto às políticas municipais de saúde, bem como do envolvimento dos profissionais dos serviços na docência; como evidências, são apontadas as participações na Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviços (CIES), no Conselho de Alimentação Escolar (CAE) do município, no Pró-Saúde II, assim como a presença de nutricionistas do serviço na docência do curso. Por fim, no vetor da capacidade gerencial, a instituição considera a necessidade da formação de gestores (diretor, coordenador), promovendo esporadicamente encontros de capacitação de coordenadores de cursos.

Na representação gráfica da análise desta escola (figura 5) observamos a presença de expansões avançadas em todos os vetores correspondentes aos eixos do mundo do trabalho, duas expansões avançadas no eixo dos cenários de práticas, e uma expansão avançada nos eixos do projeto pedagógico e da abordagem

pedagógica. Por outro lado, a figura não mostra nenhum vetor com expansão mínima, em qualquer dos eixos avaliados.

No três vetores avançados do eixo do mundo do trabalho, a escola refere enfatizar a carência de profissionais para a atenção básica (particularmente após 2009), assim como diz reconhecer e discutir a influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do profissional (apesar da fragilidade das justificativas e evidências neste sentido) e ressaltar a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar, sem que tenha sido feita qualquer referência à repercussão da mediação de seguradoras e planos de saúde sobre a relação entre prestadores e usuários. Nas duas expansões avançadas nos cenários de práticas, o colegiado afirma que os discentes participam de diversas atividades em diferentes áreas de atuação do nutricionista, apontando como evidências as atividades práticas (feiras de saúde), os estágios, a organização de eventos, os trabalhos de conclusão de curso, a empresa júnior e os projetos de extensão. No eixo do projeto pedagógico, a alternativa avançada no vetor da aplicação tecnológica é justificada pelo incentivo à utilização de metodologias e equipamentos de acordo com a realidade de cada local, sem que tenha sido realizada uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Por fim, na abordagem pedagógica, a expansão avançada no vetor da orientação didática não foi subsidiada por uma argumentação consistente relativa às noções de metodologias ativas e avaliação interativa e processual.

Não obstante estas carências observadas, assim como a omissão de evidências consistentes que justificassem a opção por alternativas avançadas em alguns vetores, é possível afirmar que a percepção do colegiado é que a instituição se encontra na tipologia **1a** (inovadora com tendência avançada).

Figura 5: Representação gráfica da escola 4



5.1.5 Escola 5

No mundo do trabalho – eixo número um, a escola se percebe em situação intermediária com relação ao vetor carência de profissionais e emprego e em situação avançada nos eixos base econômica da prática profissional e prestação de serviços.

A instituição considera as possibilidades de emprego e trabalho como um todo na construção do projeto pedagógico, sem enfatizar, entretanto, a atenção básica. Neste sentido, garante carga horária igualitária nos estágios das grandes áreas (nutrição social, unidades de alimentação e nutrição e clínica) e inclui disciplinas que contemplam novas áreas de atuação, além daquelas preconizadas pelas diretrizes. Evidencia a escolha desta alternativa a partir da auto-avaliação do curso e da avaliação pelo aluno formando e pelo egresso, assim como pelo acompanhamento dos egressos no mercado de trabalho. Refere promover a análise crítica da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do nutricionista dentro da disciplina de deontologia e em aulas ministradas por representantes sindicais e egressos que se encontram inseridos no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, garante capacitações sobre empreendedorismo aos alunos e professores, assim como incentiva a participação na feira industrial da região e promove pós-graduação na área de gestão de consultório. É visível, na discussão deste vetor, um viés curativo, individual e privado, restringindo o tema ao êxito financeiro individualizado, em um mercado competitivo. Com relação ao exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multiprofissional e à abordagem crítica da influência da intermediação de seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários, o colegiado não logrou apresentar evidências que justificassem a opção pela alternativa mais avançada neste vetor.

No eixo dois, do projeto pedagógico, o grupo se considera em situação intermediária na pós-graduação e educação permanente e em situação avançada na direção da integralidade no que se refere ao vetor biomédico e epidemiológico-social, à aplicação tecnológica e à produção de conhecimentos.

A instituição oferece pós-graduação em áreas de nutrição humana e saúde coletiva, sem proposta – assim como um entendimento mas consistente – de educação permanente relacionada ao processo de trabalho. Para justificar e evidenciar a opção pela alternativa avançada em relação ao vetor biomédico e epidemiológico-social, o grupo refere o desenvolvimento de atividades integradas e interdisciplinares de extensão desde o primeiro semestre do curso e participação de alunos e professores em datas temáticas, como dia mundial da saúde e dia mundial da alimentação. Com relação à tecnologia, o colegiado afirma analisar criticamente sua aplicação, com ênfase na atenção básica, mas fica evidente que a concepção de tecnologia captada pelo grupo se restringe à noção de *tecnologia dura* referida por Mehry (1997), desconsiderando as capacidades e habilidades mediadoras individuais como uma forma de tecnologia importante na atenção à saúde. Quanto à produção de conhecimentos, a escola participa de pesquisas referenciadas nas necessidades de saúde, utilizando dados epidemiológicos e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), socializando os resultados com o gestor municipal, com o qual a IES mantém uma relação estável.

No eixo três, da abordagem pedagógica, a instituição apresenta uma estrutura curricular intermediária, em inovação, e se considera em um nível avançado no que se refere à orientação didática, assim como no apoio e tutoria.

O currículo mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas, incluindo projetos integrados e semestres com professores coordenadores de atividades integradas. Esta estrutura é justificada a partir das resistências assumidas pelo próprio grupo, o qual considera que a fragmentação é um componente facilitador da administração do curso. Com relação à orientação didática, a instituição refere adotar métodos ativos de aprendizagem, integrados a serviços e espaços comunitários, mas ao justificar e evidenciar esta assertiva, o grupo se limita a comentar sobre a auto-avaliação nas disciplinas e no curso como um todo, o desenvolvimento de atividades práticas em cenários diferentes, as reuniões pedagógicas de planejamento e o trabalho participativo dos alunos em sala de aula, sem explicitar a utilização de metodologias ativas. Ao mesmo tempo, a IES se percebe proporcionando condições adequadas de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferecendo tutoria com solução de problemas

baseada em situações reais; entretanto, observa que a figura do tutor não existe na instituição, sendo contemplada no curso com os professores nas disciplinas, nos estágios curriculares e nas monitorias. Acreditamos que a afirmação de que o professor exerce o mesmo papel de tutor, assim como as dúvidas apresentadas pelo grupo na discussão deste vetor, apontam para um certo grau de desconhecimento da dimensão conceitual da tutoria. Por fim, o grupo entende que avaliar e orientar o aluno que *não vai bem* faz parte de uma solução de problemas por parte do professor, ignorando a co-participação do aluno neste mesmo processo de avaliação e resolução, o que sugere uma prática identificada com as teorias tradicionais *flexnerianas*.

Quanto ao eixo IV, dos cenários de prática, esta IES se considera em situação avançada em direção à integralidade nos três eixos compreendidos (local de prática, participação discente e âmbito escolar).

A escola garante a realização de práticas nas unidades básicas, ambulatórios privados e do sistema público, clínicas do serviço de nutrição da instituição e hospitais. Ao mesmo tempo, entretanto, o grupo refere que os mecanismos de referência e contra-referência em nível municipal não são efetivos, embora deixe transparecer, ao mesmo tempo, um certo desconhecimento sobre a lógica de funcionamento destes mesmos mecanismos. Com relação à participação discente, o colegiado afirmar que a mesma é garantida em diversos campos de prática, com ampla supervisão e orientação docente. Estas práticas que se desenvolveriam ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral. As evidências apresentadas, contudo, deixam dúvidas quanto e efetiva participação dos alunos em atividades práticas, assim como a distribuição das atividades nos três níveis de atenção do sistema (em alguns momentos, durante a discussão, as referências aos três níveis parecem apontar para as três grandes áreas de atuação do nutricionista – clínica, nutrição social e unidades de alimentação e nutrição).

No eixo V, do desenvolvimento docente, a instituição se percebe avançada com relação à formação didático-pedagógica e à capacidade gerencial, intermediária

na atualização técnico-científica e tradicional na participação nos serviços de assistência.

A instituição promove capacitação gerencial e conta com docentes em quatro administrativos institucionais, sendo apontadas como evidências a participação discente e docente no Conselho Universitário e no colegiado do curso, a capacitação para a coordenação para matrículas e a construção e elaboração do projeto pedagógico. Além disso, a escola oferece semestralmente capacitação didático-pedagógica aos docentes e apoio cotidiano nesta área, sendo apontadas como evidências os planos de ensino, o projeto de auto-avaliação, o relatório anual de produção, e avaliação do desempenho no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE). Na discussão realizada pelo grupo, entretanto, aparecem alguns indícios de que estas capacitações, em alguns momentos, reproduzem metodologias de cunho tradicional. Periodicamente a IES apoia a atualização técnico-científica aos professores, concedendo afastamento e dando apoio financeiro para participação em eventos e cursos. Por fim, o colegiado refere que a instituição não apenas desestimula a participação nos serviços e no planejamento do sistema de saúde, como não permite a participação em instâncias como Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). É interessante observar, neste sentido, que o município conta apenas com uma nutricionista na rede assistencial e que o curso desenvolve práticas nos serviços municipais, o que permite a suposição de que se trata de uma situação confortável para o gestor (que não precisa se preocupar com a contratação de profissionais nutricionistas) e preocupante para os profissionais e o sistema de saúde. Neste contexto, não podemos deixar de considerar ainda mais preocupante a proibição de participação nas instâncias de participação anteriormente referidas.

A representação gráfica desta IES (figura 6) evidencia expansões de terceiro nível em todos os vetores relativos ao eixo cenários de prática, três no eixo do projeto pedagógico e duas nos demais eixos (mundo do trabalho, abordagem pedagógica e desenvolvimento docente). Assim, esta IES se percebe oferecendo a realização de práticas em todos os níveis de atenção do sistema de forma integral, integrando o curso com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e garantido aos alunos, ao longo de

todo o curso, plena participação nas práticas e ampla supervisão e orientação docente. Ao mesmo tempo, refere enfatizar a importância dos fatores determinantes da saúde analisar criticamente a aplicação de tecnologias, com ênfase na atenção básica, além de participar de pesquisas referenciadas nas necessidades de saúde. Afirma promover a análise crítica da influência da prática liberal e/ou assalariada sobre a formação do nutricionista, bem como exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multiprofissional e a abordagem crítica da influência da intermediação de seguradoras e planos de saúde sobre as relações entre profissionais e usuários. A instituição refere adotar métodos ativos de aprendizagem, integrados a serviços espaços comunitários, oferecendo tutoria com solução de problemas baseada em situações reais. Finalmente, oferece a cada semestre capacitação didático-pedagógica aos docentes e apoio cotidiano nesta área, e promove capacitação gerencial, contando com docentes em quatro administrativos institucionais.

Por outro lado, a figura mostra apenas um vetor minimamente expandido, referente ao desenvolvimento docente, tendo em vista a falta de estímulo – ou mesmo proibição – para a participação nos serviços e no planejamento do sistema de saúde.

A partir das alternativas predominantes observados no instrumento utilizado, é possível afirmar que a percepção do colegiado coloca a instituição na tipologia **A** (avançada). É importante lembrar, entretanto, que se trata de uma classificação calcada nas percepções e representações dos atores sociais envolvidos com a formação do nutricionista que se fizeram presentes nas discussões, já que em diversos momentos, como observado anteriormente, o grupo não conseguiu apresentar evidências consistentes que balizassem a escolha de alternativas avançadas em diversos vetores, assim como demonstrou insegurança e desconforto com relação a conceitos e concepções que permeiam tais alternativas.

Figura 6: Representação gráfica da escola 5



5.2 ANÁLISE CONJUNTA DO GRUPO DE IES

A partir da análise dos dados coletados, observamos alguns movimentos de mudança concernentes às DCNCGN, os quais relatamos a seguir, considerando as cinco IES em conjunto.

5.2.1 Eixo 1 – Mundo do Trabalho

No primeiro vetor - carência de profissionais e emprego, as cinco IES avaliadas se consideram preocupadas com a dinâmica do mercado de trabalho e a organização dos serviços. Três delas justificam esta preocupação, argumentando que a formação do nutricionista possui a especificidade de estar dividida em três grandes áreas de atuação (nutrição em unidades de alimentação e nutrição, nutrição clínica e nutrição social) e uma ainda explícita a existências de estágios extracurriculares em diferentes campos de práticas. Destas três IES, apenas uma refere que esta preocupação, ainda que formalizada no projeto pedagógico, necessita ser reconsiderada, no sentido de contemplar as necessidades do SUS.

Por outro lado, as duas IES que optaram pela alternativa mais avançada, afirmando levar em conta a carência de profissionais para a atenção básica na construção do projeto pedagógico, utilizam como evidências a matriz curricular e a própria vinculação ao Pró-Saúde, admitindo que esta orientação está muito relacionada às determinações do MS e do MEC.

Com relação ao segundo vetor - base econômica da prática profissional, constatamos que quatro das IES afirmam se identificar com a alternativa três, ou seja, reconhecem a existência de prática liberal e/ou assalariada e promovem a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do profissional. Contudo, as justificativas apresentadas se confundem com as evidências relacionadas, traduzidas em práticas e representações transversais ou

pontuais que não são explicitadas na proposta político-pedagógica. Além disso, em alguns momentos parecem circunscritas à preocupação com o êxito individual do futuro profissional liberal e/ou com a disputa no mercado de trabalho, sem uma discussão consistente sobre os impactos desta realidade, dentro de uma visão global que considere aspectos e atitudes éticas. A quinta IES também reconhece a existência da prática liberal e/ou assalariada, a partir da realização de palestras de profissionais convidados, mas reconhece, entretanto, a necessidade de uma discussão mais aprofundada e crítica sobre a influência desta prática sobre a formação do profissional.

No último vetor deste eixo - prestação de serviços, observamos que os cinco cursos referem abordar a intermediação de seguradoras e planos de saúde entre prestadores e usuários de serviços. Quatro se percebem em uma situação avançada, afirmando analisar criticamente a influência desta intermediação sobre a relação do profissional com o usuário e proporcionar exercício didático-pedagógico do problema em equipe multidisciplinar. Duas destas escolas, entretanto, prenderam-se a justificativas e evidências que ressaltam o trabalho interdisciplinar, sem discutirem a repercussão da mediação de seguradoras e planos de saúde sobre a relação entre prestadores e usuários. Uma terceira não logrou apresentar evidências que justificassem a opção pela alternativa mais avançada neste vetor.

Embora todas as IES estudadas tenham demonstrado uma preocupação com o tema em questão, o mesmo parece pontuar algumas disciplinas, projetos, atividades de extensão e estágios curriculares, sem uma relação mais firme com o projeto político-pedagógico. Além disso, observamos uma certa tendência, por parte dos colegiados, de manter o debate sobre este vetor para questões internas das instituições, sem conseguir avançar no sentido do mundo do trabalho externo e nas relações entre ensino, serviços e comunidade.

5.2.2 Eixo 2 – Projeto Pedagógico

No vetor biomédico e epidemiológico-social, duas IES se identificam com a alternativa intermediária, que considera o equilíbrio entre o biológico e o social, valorizando os aspectos preventivos, apesar de ainda não terem alcançado uma efetiva participação discente neste processo, assim como uma interação consistente com comunidade e serviços de saúde. Nesta discussão, é mencionada a carência de profissionais nutricionistas nos serviços de saúde.

Ainda neste vetor, três escolas se percebem em situação mais avançada, enfatizando a importância dos fatores determinantes da saúde, a atenção básica, a interação entre serviços de saúde e comunidade, bem como a articulação entre promoção, prevenção, cura e reabilitação. Observamos, entretanto, que não houve qualquer referência à importância da participação dos alunos nos espaços de controle social e nas instâncias de articulação entre gestão e sociedade civil.

Já na aplicação tecnológica, segundo vetor deste eixo, os cinco cursos avaliados identificaram-se com a terceira alternativa, que refere a análise crítica e ampla da tecnologia, o custo-benefício da sua aplicação, enfatizando a atenção básica de saúde. No entanto, não relacionam a questão com o conteúdo presente nas competências e habilidades gerais das DCN. Ao mesmo tempo, observamos uma certa ansiedade e superficialidade nos debates envolvendo a construção de justificativas para escolha da alternativa, tendo em vista que o entendimento predominante da expressão *tecnologias em saúde* se mostrou direcionada à concepção de *tecnologia dura*, de Mehry et al (1997), que é incomum na prática do nutricionista na atenção básica.

Com relação à produção de conhecimentos, duas instituições afirmam que realizam investigações que incluem, além de variáveis demográficas e epidemiológicas, aspectos sócio-econômicos. As outras três se percebem em situação avançada, contemplando também a investigação no campo da atenção básica e da gestão do sistema de saúde, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes, visando à melhoria das práticas de

assistência. Destas três, entretanto, somente uma demonstrou solidez na justificativa e nas evidências que fundamentam a alternativa.

Por fim, no vetor referente à pós-graduação e educação permanente, três escolas escolheram a alternativa intermediária, relatando que oferecem cursos de pós-graduação em campos gerais e especializados, assim como buscam oferecer educação permanente relacionada com o processo de trabalho. Em duas situações, entretanto, foram manifestadas dúvidas quanto aos conceitos de educação permanente e educação continuada.

Duas instituições optaram pela alternativa mais avançada neste vetor, referindo uma articulação entre os cursos de pós-graduação oferecidos e os gestores do SUS, visando às necessidades de saúde para a formação de nutricionistas, e proporcionando educação permanente para os profissionais da rede. Uma destas duas escolas, entretanto, não conseguiu apresentar evidências consistentes para a escolha da alternativa avançada, enquanto a outra justificou a partir da interlocução com programas e projetos governamentais ligados ao SUS, evidenciada pelos cursos pós-graduação oferecidos.

5.2.3 Eixo 3 – Abordagem Pedagógica

Na estrutura curricular, duas escolas se caracterizam como tradicionais, com ciclo básico e profissionalizante bem separados e organizados com disciplinas fragmentadas, enquanto três se percebem em situação intermediária, afirmando ter disciplinas e/ou atividades integradoras em algumas áreas ao longo dos primeiros anos, mas mantendo a organização em ciclo básico e profissionalizante, com disciplinas fragmentadas.

O primeiro grupo menciona a resistência dos discentes em participarem mais dos espaços de integração propostos pelo curso. Ao mesmo tempo, é apontada a dificuldade de ser mantida, na *prática*, uma proposta de currículo integrado, de modo que uma proposta original integradora acaba sofrendo, com o passar do tempo, reformas que reconduzem à fragmentação que facilita a administração/gestão do curso. Já as escolas que optaram pela alternativa intermediária justificam a opção a partir das definições das DCN, bem como nas concepções de currículo da universidade, as quais são determinantes na definição do currículo dos cursos.

Observamos, nos colegiados pesquisados, o desconforto com o tema deste vetor, manifestado em intervenções que denunciam uma admitida falta de apoio institucional para a integração curricular. Em um dos encontros, por exemplo, foi afirmado que *o REUNI cobra uma ação que prejudica uma metodologia pedagogicamente correta, e que o modelo de currículo que vamos construir ainda, será construído em um campo de conflitos.*

Com relação à orientação didática, três IES se identificam prioritariamente com a alternativa mais avançada, referindo a adoção de métodos de aprendizagem ativos, com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar, utilizando serviços e espaços comunitários, bem como avaliando conhecimento, habilidades e atitudes, com estímulo à avaliação interativa e à auto-avaliação. Contudo, não identificamos no grupo justificativas e evidências que sustentem a escolha desta alternativa, no que se refere principalmente à utilização de metodologias ativas e às concepções de avaliação formativa e processual. Em

alguns momentos observamos referências a metodologias participativas, sem que tenha ficado claro o domínio e/ou a compreensão de tal concepção.

Duas IES se identificaram com a segunda alternativa, enfatizando aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar. Referem, contudo, que as práticas não estão centradas em habilidades do âmbito hospitalar, apontando, neste sentido, um movimento em direção à alternativa número três, com abertura a inovações pedagógicas por iniciativas relacionadas a algumas disciplinas e/ou docentes. Estas escolas apresentam como evidências as avaliações das/nas disciplinas e a proporcionalidade da carga horária teórica e prática.

Observamos que a maioria dos colegiados reunidos não demonstrou envolvimento com as concepções teóricas sobre as *metodologias ativas*. Em certos momentos, o desconforto gerado pelo debate foi marcado por duras críticas de alguns participantes às concepções e métodos de autores como Paulo Freire.

No último vetor deste eixo - apoio e tutoria, três das escolas estudadas se identificaram prioritariamente com a segunda alternativa, ou seja, referem que proporcionam condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferecem ensino realizado em pequenos grupos, em rodízio por várias disciplinas. Duas instituições referem que também oferecem tutoria, com análise e solução de problemas baseados em situações reais.

Constatamos que, de um modo geral, o debate sobre a questão foi marcado pela discussão referente à existência ou não da tutoria, sem um aprofundamento sobre o que representa tal método. Mesmo entre as IES que se reconhecem na alternativa mais avançada, não foi possível identificar evidências consistentes sobre a presença de tutores em seus quadros e uma apropriação ou afinidade dos participantes com os termos *tutor/tutoria*. Observamos, da mesma maneira, que o tema despertou desconforto em vários momentos. Alguns participantes chegaram a verbalizar seu constrangimento com a temática, enquanto outros manifestaram sua inquietação com atitudes dispersivas e de mudanças no foco da discussão, exigindo a intervenção no sentido da retomada do trabalho pelos grupos.

5.2.4 Eixo 4 – Cenários de Prática

Embora quatro das cinco IES estudadas tenham optado pela alternativa mais elevada no vetor local de prática, afirmando utilizarem as unidades de atenção primária, secundária e terciária, e contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas, não identificamos em nenhuma das escolas justificativas ou evidências que balizem tal escolha. Objetivamente, estas IES estão mais próximas da realidade apontada pela única escola que se identificou com a segunda alternativa, que se refere ao desenvolvimento de atividades práticas nos diferentes níveis do sistema de saúde, independente do sistema de referência e contra-referência e dos fluxos que integram estes diferentes níveis que constituem a rede no sistema de saúde. Alguns docentes ignoram a discussão sobre níveis de atenção, outros não sabem como funciona o sistema de referência e contra-referência, e é comum a alusão ao SUS como sinônimo de Atenção Primária

No que se refere à participação discente, constatamos que duas IES optaram pela alternativa número dois, afirmando que o curso proporciona participação ao discente em atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas (anamnese, exame físico), embora acreditem estar avançando no sentido da alternativa mais avançada, por disponibilizarem uma diversidade de cenários de prática. Mesmo entre as três escolas que se identificaram com a terceira alternativa, que afirmam proporcionar aos discentes ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática, ocorreram debates sobre a amplitude e efetividade desta participação.

Por outro lado, observamos a ausência de participação de discentes na maioria dos colegiados reunidos para esta avaliação, levando-nos a questionar o quanto os atores sociais envolvidos nesta pesquisa estão apropriados das concepções de participação referidas por Bordenave (1995).

No vetor relacionado ao âmbito escolar, apenas uma escola se percebe em situação intermediária, oferecendo práticas que cobrem vários programas em forma

estaque, sem integração de conteúdos. As outras quatro se identificaram com a alternativa mais elevada, que se refere a atividades práticas que desenvolvidas ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral. Entretanto, não encontramos nas justificativas uma base conceitual coerente que possam fundamentar tal escolha. As evidências apontadas compreendem estágios, projetos de extensão, programas de integração, que em sua maioria tratam-se de ações pontuais. Além disso, nenhuma escola associa esta questão como pertinente ao projeto político pedagógico do curso, assim como não foi mencionada a existência ou não de departamentos e a forma como os currículos são administrados nas instituições.

5.2.5 Eixo 5 – Desenvolvimento Docente

No vetor da formação didático-pedagógica, as duas escolas públicas se reconhecem na alternativa mais baixa, referindo que as instituições não oferecem nem promovem capacitação didático-pedagógica do corpo docente ou raramente o faz. Como evidências apontam uma atividade pontual no momento em que ingressam nas instituições e a inexistência de carga horária específica para esta prática. Das IES privadas, duas se identificam com a alternativa intermediária, afirmando que periodicamente oferecem e promovem cursos de orientação didático-pedagógica, e uma refere que oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes, com apoio institucionalizado nesta área. Para esta última escola, entretanto, não encontramos evidências que sustentem tal identificação. Este fato, associado às anotações do diário de campo, sinaliza que este curso se encontra no mesmo patamar – intermediário - das duas instituições privadas referidas anteriormente. Como observam Lampert et al (2009), os cursos curtos e ocasionais de orientação didático-pedagógica costumam ser insuficientes, e a escola deve dispor de uma estrutura de apoio capaz de desenvolver essa tarefa, com unidades multiprofissionais e especializadas para esse tipo de capacitação.

Com relação à atualização técnico-científica, observamos situação semelhante àquela referida no vetor anterior: as duas IES públicas se identificaram com a primeira alternativa, duas privadas referiram a alternativa intermediária e uma optou pela alternativa mais elevada. Assim, constatamos que embora as IES públicas apresentem grande variedade de especializações e programas de pós-graduação, os colegiados reunidos não identificam, por parte das instituições, apoio, estímulo e incentivo para que o docente realize atualização técnico-científica. No que se refere à IES privada que se identificou com a terceira alternativa, constatamos a falta de justificativas e evidências que subsidiem a opção, aproximando-a das demais – em situação intermediária, que periodicamente oferecem e promovem cursos de orientação didático-pedagógica. As IES privadas apontaram como evidências para suas escolhas, prioritariamente, a participação em cursos e eventos científicos, que são aprovados mediante solicitação, justificativas e posterior relatório.

No vetor relacionado à participação nos serviços de assistência, duas IES se identificaram com a alternativa mais elevada, afirmando que a instituição a qual pertencem estimulam os docentes e apóiam sua participação no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência e em serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde, com profissionais do serviço participando na docência. As justificativas e evidências apontadas, entretanto, deixam dúvidas quanto à efetiva inserção dos professores na assistência e nos espaços de planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde.

Outras duas IES se reconheceram na alternativa intermediária, referindo que procuram estimular os docentes a participarem dos serviços de saúde e do planejamento do sistema de saúde - o que fazem esporadicamente, e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência. Justificam afirmando a existência de algum grau de integração entre docentes e profissionais nos serviços de assistência à saúde, e que entendem a necessidade e a importância da participação junto às políticas municipais de saúde e o envolvimento dos profissionais dos serviços na docência. Como evidências, referem o envolvimento de docentes e profissionais dos serviços nas atividades práticas, bem como a liberação de carga horária para atividades de integração e a participação junto à Coordenadoria Regional de Saúde, ao Conselho de Alimentação Escolar (CAE) e ao Pró-Saúde II. Frente ao produtivo debate proporcionado pela questão em estudo, constatamos que se trata de um processo permeado por divergências e contradições, onde os pactos caminham no sentido da construção de entendimentos possíveis no espaço nebuloso dos conflitos peculiares à temática da integração entre ensino, serviço, gestão e controle social.

Para finalizar este vetor, abordaremos especificamente a instituição que se colocou na alternativa mais baixa do vetor, por entendermos que, talvez, esta seja a realidade de muitos cursos de nutrição no país. Refere não estimular o corpo docente, que por sua vez não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os profissionais da área de saúde não participam na docência. Justifica tal situação pela existência de um único profissional nutricionista atuando no setor da saúde no município, o qual deve

prestar atendimento de referência de média e alta complexidade aos pequenos municípios da região. Tendo em vista que o curso desenvolve práticas nos serviços municipais, é possível supormos de que esta pode ser uma situação confortável para o gestor (que não precisa se preocupar com a contratação de profissionais nutricionistas) e preocupante para os profissionais e o sistema de saúde. Por fim, o colegiado refere que a instituição não permite a participação em instâncias como Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA).

No que se refere à capacidade gerencial duas instituições privadas se identificaram com a alternativa mais elevada do vetor, referindo que promovem capacitação gerencial e possuem docentes com boa formação gerencial, capazes de promover a participação ativa e a responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões institucionais. Entretanto, as justificativas e evidências se mantiveram dentro dos limites de gerenciamento dos espaços das próprias instituições, não sendo possível identificar os métodos de atenção gerencial politicamente propostos para as instâncias públicas de gestão.

Quanto aos dois cursos que se identificaram com a segunda alternativa deste vetor, referindo não promover, mas reconhecer a importância da capacitação gerencial de docentes, os mesmos apresentam evidências que se fundamentam no próprio processo de formação do nutricionista, o qual compreende alguma discussão sobre a ciência administrativa em seu currículo, insuficiente para o exercício das competências exigidas para os cargos de gestão e gerenciamento. Já o único curso que afirma que não promover capacitação gerencial de docentes, os quais assumem cargos administrativos institucionais de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplinas, departamento, direção de cursos, de hospital-escola, de clínicas etc), aponta como justificativa a inexistência de política institucional de docência para cargos administrativos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo buscamos não apenas verificar o perfil de tendências de mudanças nos cursos de nutrição, como também auxiliar as IES na construção do seu processo avaliativo institucional e no acompanhamento das mudanças no sentido do que preconizam as DCN. Neste sentido, cada escola realizou uma auto-análise, a partir da percepção dos atores sociais⁸ envolvidos com o curso, no que se refere às políticas e ações predominantes situadas em cada vetor, ao percentual de cobertura da figura radiada representativa da avaliação individual de cada escola, à tipologia conferida pela avaliação e à relevância na visão qualitativa do conjunto. Os cinco eixos divididos em vetores têm função didática, que possibilita melhor delinear a análise dos movimentos de mudanças na implementação do programa curricular. As ações efetivadas em um ou outro vetor, à medida que alteram ou não conteúdos, relações e/ou processos, são indicadores do quanto as IES estão ou não resistindo às mudanças preconizadas.

A forma como foram constituídos os coletivos/colegiados de avaliação ficou a critério das IES, embora a pesquisadora tenha sugerido a participação de representantes de todos os segmentos do universo do curso (docentes, discente e administrativos). Cabe salientar que algumas IES optaram por construí-los apenas com docentes e discentes, ou ainda mais timidamente, apenas com docentes. Na maioria das situações, os colegiados reunidos para esta avaliação foram compostos principalmente por nutricionistas, embora alguns tenham em seu quadro professores de diferentes áreas, inclusive de fora do setor saúde.

É consenso que o papel dos diferentes atores dentro da instituição e o número de integrantes nos espaços destinados à avaliação são variáveis importantes, que devem ser consideradas na construção da auto-análise. Cada segmento tem sua própria perspectiva do curso⁹, que poderia ser diferente se construída em outros momentos, com outros atores.

⁸ Atores sociais são personalidades, organizações ou agrupamentos humanos que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades, e atuar produzindo fatos na situação. (MATTUS, 1993). Segundo Matta (2006) ator social é *alguém* que decide uma conduta determinada em função de tal situação.

⁹ Ou sua própria *cegueira situacional*, conforme definição de Matus (1987).

Nesse sentido, este estudo não propõe comparações entre as escolas, mas uma análise conjunta das diferentes realidades estudadas e de possíveis pontos de interseção que possam ajudar na compreensão do fenômeno da formação de nutricionistas para atuar no SUS.

No entanto, entendemos que a representação gráfica e a análise individual de cada escola são importantes, para que o curso possa se comparar com ele mesmo em outros momentos em que se proponha a refazer a avaliação. E desta forma, percebendo suas limitações, dificuldades e mudanças, planejar estratégias de transformações possíveis.

Observamos que o primeiro encontro de cada colegiado para a discussão e o preenchimento do instrumento da pesquisa foi invariavelmente marcado por um certo desconforto inicial por parte dos integrantes. Atribuímos o fato ao desconhecimento da proposta por parte dos participantes, já que os grupos, de um modo geral, foram convocados pela coordenação do curso sem uma apropriação prévia da proposta de avaliação desta pesquisa. Contudo, vencido o desconforto inicial, foi perceptível um sentimento crescente de satisfação, frente à possibilidade de parar para discutir e refletir sobre o tema.

Em alguns momentos ocorreram manifestações de pressa e irritabilidade, assim como uma tendência de responder rapidamente o vetor, sem uma reflexão mais profunda sobre o que de fato estava sendo questionado, particularmente nas discussões envolvendo termos, conceitos e concepções teóricas aparentemente não incorporados ao cotidiano dos educadores presentes na reunião. Esta falta de afinidade com alguns temas também foi constatada durante a leitura de alguns vetores, quando se observou uma certa hesitação ou embaraço na busca pela compreensão do que estava sendo questionado. Tais situações foram observadas principalmente nos vetores que se referiam a metodologias ativas, educação permanente, integração curricular, avaliação interativa e tutoria, assim como em quesitos que exigem familiaridade com a estrutura e o funcionamento do SUS¹⁰.

¹⁰ Observamos que os docentes identificados com a área de nutrição e saúde pública demonstraram, de um modo geral, mais afinidade com os conceitos referidos.

Nestes casos, invariavelmente, o grupo optou pela alternativa mais elevada do vetor, apresentando justificativas e evidências inconsistentes para a escolha. Ou seja, em alguns momentos a percepção de situação avançada ou em situação inovadora com tendência avançada, por parte dos atores sociais envolvidos, parece determinada mais pela identificação ou pelo desejo de identificação com propostas mais progressistas, do que pela realidade objetiva referida pelo grupo.

Isto não deslegitima, no nosso entender, a avaliação realizada pelos colegiados. Entendemos que o processo de construção da percepção que os atores tem sobre o curso e sobre as mudanças implementadas para atender o previsto nas DCN é tão importante quanto qualquer avaliação objetiva da conjuntura. Como a construção de tal percepção se dá de forma participativa, possibilita a identificação e a construção, pelo grupo, de indicadores qualitativos, quantitativos e/ou quali-quantitativos relevantes, que poderão demarcar o processo de transformação de saberes e práticas dentro das IES.

No que se refere ao instrumento utilizado, muitos participantes o consideraram muito fechado e excludente, ou longo e cansativo, e que não se aplica à realidade do profissional nutricionista. Neste sentido, apontamos alguns questionamentos que julgamos pertinentes para o seu aperfeiçoamento, visando a avaliação dos cursos de nutrição.

Em primeiro lugar, no vetor referente à prestação de serviços, o instrumento (originalmente desenvolvido para escolas médicas) se reporta à relação institucional mediadora com foco nas seguradoras e planos de saúde. Acreditamos que a abordagem desta relação mediadora, particularmente no caso do profissional nutricionista, pode ser ampliada para outros campos, setores e circunstâncias, abrangendo empregadores públicos e privados, IES, organizações sociais, Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), controle social, indústrias da área de produção de alimentos e fórmulas lácteas, etc. Ou seja, relações de mediação entre profissionais, IES, serviços e comunidade, nos diferentes níveis de comprometimento. Para tanto,

faz-se necessária a construção coletiva e interdisciplinar de espaços de reflexão sobre conflitos existentes no cotidiano dos serviços e da comunidade, bem como nas relações entre profissional de saúde e usuário, e ensino e serviço, proporcionando o exercício didático-pedagógico em equipe multiprofissional.

Quanto ao vetor da avaliação tecnológica, consideramos pertinente uma reconfiguração das alternativas, visando contemplar uma abordagem mais abrangente, a partir das reflexões de Merhy (1997). Ou seja, uma concepção que compreenda, também, os saberes estruturados e os processos de produção de comunicação, de relações e de vínculos, capazes de conduzir as ações de saúde ao encontro das necessidades do usuário.

Nos cenários de prática, entendemos que é importante uma reflexão sobre diversas possibilidades de inserção profissional na área da nutrição, como as UAN citadas anteriormente, por exemplo. Mesmo na rede assistencial, é pertinente um olhar diferenciado sobre a inclusão do nutricionista nos NASF e em outras propostas de apoio matricial (CAMPOS, 1999), para além dos mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas.

Por fim, pensamos que o vetor da capacidade gerencial parece direcionar ou restringir as alternativas para a gestão e gerenciamento do próprio curso, ao passo que poderia constituir uma interface ou espaço de trocas com a gestão dos serviços de saúde nos diferentes níveis

Concluindo, não obstante as insuficiências que possam ter comprometido o desenvolvimento desta pesquisa, acreditamos ter promovido a inquietude necessária para a implantação e o desenvolvimento de um fazer docente voltado para a transformação, em busca e ao encontro do desafio de formar para as necessidades da população brasileira. Formar para atuar no SUS. Formar profissionais generalistas, reflexivos e críticos, seguindo as concepções da teoria crítica da educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto Atual do Ensino Médico**: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura da escolas. Dissertação (Mestrado em Cardiologia e Doenças Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ALMEIDA FILHO , Naomar; ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Modelos de saúde-doença**: introdução à epidemiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet – Saúde no Brasil**, p. 6-7, mai 2011. Disponível em:
<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>
Acesso em 12 de junho de 2011.

AMORIM. Suely T.S.P. et al Herivelto MOREIRA Telma Elisa CARRARO - A formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. **Rev. Nutr., Campinas**, 14(2): 11-118, maio/ago., 2001.

ARRUDA, Ilma Kruse Grande de; CAMPOS, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira. In Arruda, Bertoldo Kruse Grande de (org). **A educação Profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. 318p.

BARROS, José Augusto. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

BERNI, Luis Eduardo. Qualidade de vida trans-sustentável. **Rede Psi**, 11 mai. 2009. Disponível em
<<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=545>>
Acesso em 01 de outubro de 2010.

BLANK, Danilo. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando?: uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Abr. 2006.

BORDENAVE, Juan E. Díaz, **O que é Participação**, 6. ed., São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Set. 2008 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun 2010.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em 7 fev 2010.

BRASIL. Plano diretor da reforma do aparelho de Estado. Brasília, **Documentos da Presidência da República**, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm >. Acesso em 12 mai 2009.

Brasil, Ministério da Educação (1996). Leis e Decretos. **LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, Lei 9.394/96, de 4 de dezembro de 1996.

BRASIL. CNE/CES Parecer 1133/2001 – Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Homologado em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aderenciadcn.pdf>> Acesso em 11 mar 2010.

BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007a. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm>. Acesso em: 27 jul 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 78 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 27 jul 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União 2008; 25 jan. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em 01 de outubro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro - RJ –Brasil, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Resolução n. 01 de 17 de junho de 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6885&Itemid>. Acesso em 13 mar 2011.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAEM/ABEM (Comissão de Avaliação de Escolas Médicas/Associação Brasileira de Educação Médica). **Projeto de Avaliação e Acompanhamento das Mudanças nos Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Rio de Janeiro, 2007. 8 p. Disponível em: <www.caem.org.br/pdf/projeto_ms.pdf >. Acesso em 11 out 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cienc Saude Coletiva**. 1999, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jul 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 55-60. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf >. Acesso em 13 jul 2010.

CAPRA , Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultura, 1982.

CARTA DA TRANSDISCIPLINARIDADE. In: Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, 1, 1994, Portugal. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br/textos/documentos/carta-da-transdisciplinaridade.pdf>>. Acesso em: 03/11/2010.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. Washington: OMS, 1986.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. **Boletim Epidemiológico [da] Organização Pan-Americana de Saúde**, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIN, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008.

CELESTE, Tânia. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Revista Digital de Educação Permanente em Saúde**. v. 1, n. 1, Set 2004. Disponível em: <www.abem-educmed.org.br>. Acesso em 10 dez 2010.

Conselho Federal de Nutrição (CFN). Quadro estatístico do segundo semestre de 2008 (01/04 à 30/06/2008) Disponível em <<http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/ESTATISTICO-2-TRIMESTRE-2008.pdf>> Acesso em 01 .2008

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GRILLO, Marlene Correro; MATTEI, Patrícia. Saberes docentes, identidade profissional e docência. In: ENRICONE, Délcia, GRILLO, Marlene (Org.) **Educação Superior: vivências e visão de futuro**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

HOBBSAWN, Eric. **Mundos do Trabalho**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

KOPRUSZYNSKI, Cibele. P. A prática pedagógica dos nutricionistas que atuam na docência: **desafios e perspectivas de Mudanças. Dissertação Mestrado em Educação, PPG Educação, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2003.**

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002. 283 p.

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jul 2011.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

MATTA, Gustavo Correa. A Construção da Integralidade nas Estratégias de Atenção Básica em Saúde. In: EPSJV (Org.). **Estudos de Politecnia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATUS, Carlos. **Adiós Sr. Presidente**. Caracas: Pomaire Ensayos, 1987.

MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, Emerson. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosane. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson & FRANCO, Túlio. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set/dez 2003.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 2003.

MONTEIRO, Paulo Nico. Competências e Aprendizagens Diversas: a complexidade da formação técnica em Saúde. Formação dos trabalhadores para o SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, n. 48,, nov 2009.

QUARTIERO, Elisa Maria; BIANCHETTI, Lucidio (Orgs.). **Educação corporativa: mundo do trabalho e do conhecimento: aproximações**. São Paulo: Cortez, 2005.

ROCHA FILHO, João Bernardes da et al. **Transdisciplinaridade: A Natureza Intima da Educação Científica**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2009.

SERRES, Michel. **Filosofia Mestiça**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias de currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SOARES, Nadia. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição e Competências Profissionais para Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas de docentes do Ceará**. Rio de Janeiro, 2007. fl. Tese (Doutorado) - Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007.

SOMMERMAN, Américo. **Pedagogia da alternância e transdisciplinaridade**. Salvador: 1999. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br/novo/textos/pdf>>. Acesso em: 03/11/2010.

SCHMITZ, Egídio. **O homem e sua educação: fundamentos de filosofia da educação**. Porto Alegre: Sagra,1984.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes & formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

TONI, Jackson de. Cenários e Análise Estratégica: questões metodológicas. **Revista espaço acadêmico**, Porto Alegre, n. 59, Abr 2006. Disponível em : <<http://www.espacoacademico.com.br/059/059faixa.gif>>. Acesso em 11 mai 2011.

VEIGA, Ilma Passos Alencastro. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória?.**Cad. CEDES**, Campinas, v. 23, n. 61, Dez.

2003 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003006100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2011.

ZABALA, Antônio. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZABALZA, Miguel. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ZIMERMAN, David. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade.

Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, dez. 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 jun 2010.

Artigo de Revisão

O Nutricionista: a diretriz curricular nacional e o desafio da integralidade¹

Adriana Machado Maestri Carvalho - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Ciências da saúde, do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Projeto Educação e Saúde, Nutricionista/Mestranda, Especialista em Saúde Coletiva/ Sanitarista, Ênfase em Atenção Primária a Saúde, Porto Alegre - Brasil adrinutry@yahoo.com.br

Dr. Cláudio Laks Eizirik - Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1969) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1998). Atualmente é Professor Associado III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do corpo clínico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, analista didata da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre e ex-presidente da Associação Psicanalítica Internacional. Porto Alegre/ Brasil, ceizirik.ez@terra.com.br . Atuou na elaboração deste trabalho com orientador.

Dra. Carmen Bezerra Machado - Educadora. Socióloga. Professora. Mestre em Sociologia. Doutora em Educação - PUCRS (1997) e Pós-doutora pela UERJ (2009-2010). Professora Associada III de Sociologia da Educação: Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação - PPGEDU - Faculdade de Educação / UFRGS, e, Prática Educativa em Medicina - PPGCardio - FAMED/UFRGS. Experiências e Pesquisas em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação - TRAMSE, Coordenadora Substituta do Projeto: Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde. Porto Alegre/Brasil, carmen.machado@ufrgs.br . Atuou na elaboração deste trabalho como co-orientadora.

¹ Artigo submetido na Revista Trabalho Educação e Saúde / FIOCRUZ em Agosto de 2011.

O nutricionista: a Diretriz Curricular Nacional e o desafio da integralidade

The nutritionists: the National Curriculum Guidelines end the challenges of *integralidade*

Resumo

Este artigo é parte da dissertação de mestrado e se propõe conhecer a formação acadêmica e profissional do nutricionista no Brasil, reconstruindo os elementos históricos e conceituais que possam contribuir para a efetiva incorporação dos referenciais preconizados pela Diretriz Curricular Nacional (DCN) do Ministério da Educação (ME) para a nutrição, à luz dos desafios da integralidade, proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Constituição Federal, a qualificação de recursos humanos para a saúde é atribuição do SUS. Os Ministério da Saúde (MS) e ME têm constituído espaços de diálogo intersetorial voltados à discussão do tema, a partir do reconhecimento da ineficiência dos sistemas centrados na especialização e das carências de uma formação profissional para a atenção à saúde integral e humanizada. As DCNs para o ensino na área da saúde preconizam novas concepções sobre a estruturação, os princípios, as competências, habilidades e a preocupação em formar um profissional voltado para as necessidades sociais em saúde, na perspectiva da integralidade. Trata-se de um processo em construção, permeado por contradições, demandando estudos e reflexões que identifiquem tendências e orientem o encaminhamento das transformações.

Palavras-chave: Formação do Nutricionista, Integralidade na Saúde, Diretriz Curricular Nacional

Abstract

This article is part of a master's thesis and proposes to investigate the academic and professional formation of nutritionists in Brazil. It reconstructs the historical and conceptual elements that may contribute to the effective incorporation of the references preconized by the National Curriculum Guidelines (*DCNs*) to the field of nutrition, in light of the challenges posed by the principle of *integralidade*. According to the Federal Constitution, the qualification of human resources for healthcare is the responsibility of the Unified Health System. Due to the recognition of the inefficiency of systems focusing on specialization, and a lack of training for holistic and humanized healthcare services, the Ministries of Health, and Education have recently provided spaces for interdisciplinary dialogue discussing of the topic. In this context, the DCNS for teaching in the healthcare field advocate new ideas about the structure, principles, skills, and abilities in forming a professional oriented towards the social needs in healthcare, from the perspective of *integralidade*. It is an ongoing process, permeated by contradictions, which demand study and reflection to identify trends and direct the way of transformation.

Keywords: forming of nutritionist, *integralidade* in Health, National Curriculum Guidelines

Introdução

Este artigo propõe, inicialmente, a conhecer um pouco da história da formação acadêmica e profissional do nutricionista, buscando conhecer elementos explicativos para possíveis entraves à efetiva incorporação dos referenciais preconizados pelas DCN. O artigo apresenta uma breve discussão sobre o surgimento e desenvolvimento da profissão na primeira metade do século passado, bem como sobre o mercado de trabalho e o início da proliferação dos cursos de graduação nas décadas de 60 e 70, à luz das reformas universitárias naquele período. Posteriormente são apresentadas transformações advindas do processo de reforma sanitária e do nascimento do SUS, enquanto políticas públicas, que colocam em xeque a formação tradicional do profissional nutricionista. Por fim, reflexões sobre a implementação das DCN para o ensino na área da saúde, tendo como pano de fundo os desafios da integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto na organização do trabalho e na gestão das políticas de saúde, são tecidas.

Segundo dados do Conselho Regional de Nutrição da 2ª região (CRN2), são registrados, anualmente cerca de mil novos profissionais só no Rio Grande do Sul. Muitos destes, são absorvidos diretamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou atuam em organizações onde indiretamente, desenvolvem ações voltadas à saúde pública. Segundo dados do DATASUS de Janeiro de 2009, 30,57%, das nutricionistas cadastradas no CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), encontravam-se atuando em Unidades Básicas de Saúde. Atualmente esta participação aumentou para 43,5%. Contudo, se considerarmos outros estabelecimentos do tipo, chegamos a superar 52% de participação do nutricionista na Atenção Básica (52,11%). Esta participação tende a aumentar substancialmente

nos próximos anos, em função da recente implementação dos chamados Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF (BRASIL, 2008). Desta forma, podemos afirmar que a Atenção Primária a Saúde no estado do RS é o principal empregador do profissional Nutricionista no SUS. Este contexto reforça a necessidade de aprofundarmos a discussão sobre a formação dos profissionais, no que se refere aos programas de graduação e pós-graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) às diferentes dimensões dos problemas de saúde da população.

Ao considerar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Esta atribuição, que historicamente esteve sob controle do Ministério da Educação (ME), nos últimos anos tem sido compartilhada em espaços de diálogo intersetorial entre o MS e o ME, a partir de ações inovadoras relacionadas à descentralização e à municipalização da saúde (com destaque para a expansão da Estratégia de Saúde da Família – ESF) e para as iniciativas ligadas à formação.

Inseridas neste novo contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino na área da saúde significam um avanço, ao estabelecerem competências e habilidades voltadas ao atendimento das necessidades sociais em saúde, visando a formação de um profissional generalista, reflexivo e capaz de “atuar de forma a garantir a integralidade da 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, 2001, p. 131), reconhecendo a saúde como direito.

A implementação das DCN para o ensino na área da saúde, como aponta Lampert (2002), é permeada por contradições. Por um lado, encontra um contexto

favorável nas reivindicações por uma atenção à saúde integral e humanizada, bem como nos altos custos e na ineficiência dos sistemas centrados na especialização. Por outro, enfrenta os obstáculos dos costumes e da cultura dos serviços de saúde, bem como das instituições de formação profissional, as quais vias de regra, permanecem à margem do processo de redefinição das práticas de atenção à saúde. Estas instituições, de um modo geral, são modeladas por uma lógica fragmentada e compartimentada, conforme observado no documento que apresenta as Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI): “O sistema de educação superior brasileiro ainda conserva modelos de formação acadêmica e profissional superados em muitos aspectos, tanto acadêmicos como institucionais, e precisa passar por profundas transformações. Na verdade, prevalece no sistema nacional uma concepção fragmentada do conhecimento, resultante de reformas universitárias parciais e limitadas nas décadas de 60 e 70 do século passado. Essa organização acadêmica incorpora currículos de graduação pouco flexíveis, com forte viés disciplinar, situação agravada pelo fosso existente entre a graduação e a pós-graduação, tal qual herdado da reforma universitária de 1968” (BRASIL, 2007, p. 7).

Assim, as estratégias de implementação das diretrizes encontram-se em construção e obedecem às características e peculiaridades historicamente determinadas para cada IES, em um processo permeável às percepções e questionamentos dos diferentes sujeitos envolvidos.

Do dietista ao nutricionista

Dentre as vertentes históricas que buscam explicar o surgimento da Nutrição como prática profissional. Uma delas defende que os primórdios da atividade

encontram-se no trabalho religioso das irmãs Ursulinas, que ensinavam economia doméstica, no Canadá, por volta do século XVII (ASBRAN,1991; ARRUDA & CAMPOS, 2001; BOSI, 1996). Consta que o surgimento do profissional dietista, precursor do nutricionista, deu-se também no Canadá, em 1902, a partir da criação do primeiro curso universitário de formação em Toronto (KOPRUSZYNSKI, 2003, BOSI, 1996).

Em uma outra versão, Santos (1988) associa o surgimento do dietista à organização da Enfermagem, atribuindo a Florence Nightingale a responsabilidade por instalar cozinhas especiais para atender feridos da Guerra da Crimeia, na Turquia, em 1854.

Nas primeiras décadas do século XX os cursos de formação de dietistas se multiplicaram, destacando-se aqueles criados no Japão, na Suécia e nos Estados Unidos, durante a Primeira Guerra Mundial. Na ocasião, dada a escassez de alimentos para os exércitos e para as coletividades como um todo, foram incentivados estudos científicos sobre conhecimentos de nutrição, destacando-se a relevância econômica do tratamento racional do alimento (KOPRUSZYNSKI, 2003).

Na América Latina, o primeiro curso de formação de dietistas surgiu em 1926: a Escola Municipal de Dietistas, em Buenos Aires, criada pelo médico Pedro Escudero. Elevado à categoria de curso universitário na década de trinta, passou a oferecer bolsas de estudos aos países vizinhos, constituindo-se como marco na formação profissional na América Latina (ASBRAN,1991).

Segundo Santos (1988), o primeiro trabalho brasileiro sobre saúde e higiene alimentar foi realizado pelo pesquisador Eduardo Magalhães, em 1908, o qual foi acompanhado de vários outros estudos voltados para a investigação dos alimentos e das necessidades energéticas mínimas do organismo. Resultou destes estudos, na

década de trinta, a tabela de composição de alimentos brasileiros. Entretanto, o primeiro curso de formação de dietista no Brasil surgiria em 1939, no Instituto de Higiene, em São Paulo, que posteriormente passaria a se chamar Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (KOPRUSZINSKI, 2003).

Como observa Viana (1996), diferentemente do que ocorreu no resto do mundo, principalmente na América do Norte e em parte da Europa, onde a profissão cresceu das necessidades da clínica hospitalar, o dietista brasileiro emergiu e se fortaleceu a partir da alimentação na área do trabalho, no Serviço de Abastecimento Público Subsidiado (SAPS), criado no governo populista de Getúlio Vargas. O profissional dietista surgiu e se desenvolveu, em consonância com o momento econômico e político vivido pelo país, na época, como parte do projeto de modernização da economia brasileira, conduzido pelo chamado Estado Nacional Populista. Para os trabalhadores descontentes com os salários e espoliados pelo árduo trabalho, seria estratégico oferecer, dentro da lógica capitalista emergente, uma alimentação saudável e economicamente viável. Posteriormente, o dietista passou a incorporar o setor de alimentação hospitalar, como responsável pela recuperação nutricional dos enfermos, e como profissional administrativo racionalizador de gastos em estabelecimentos de refeições coletivas, como escolas, quartéis e creches (BARRETO, 1992).

Em 1949 foi fundada a Associação Brasileira de Nutricionistas (ABN), hoje ASBRAN e desde então os profissionais buscaram incrementar a produção científica e conquistar novos espaços de atuação, sendo definido como objetivo prioritário o reconhecimento dos cursos superiores de Nutrição.

Durante muito tempo os nutrólogos, coordenaram a ABN e, com isto, a produção do conhecimento em Nutrição e a configuração dos cursos de graduação

em nutrição. Somente na década de 70 os cursos passariam a ser coordenados por nutricionistas (BOSI, 1996). Cabe observar, neste processo, que apenas em 1978, como resultado da luta de profissionais, estudantes e entidades da área, foi criado o Sistema CFN/CRN, separadamente dos conselhos profissionais da área médica (CFN, 2005). Segundo Santos (1988), esta situação configura uma relação histórica hierarquizada entre médicos nutrólogos e nutricionistas, determinando aos últimos um caráter de subordinação, tal como ocorre com as demais profissões da área que se submetem à hegemonia médica e à concepção hospitalocêntrica (Machado e Manfroi, 2008).

Para Bosi (1996, p. 60), a história do nutricionista brasileiro foi forjada a partir de uma racionalidade que pretendia uma formação simplificada e subordinada à profissão médica, com um perfil que se aproximasse à prática da Enfermagem: “a de ser um trabalho feminino, socialmente desvalorizado, exercido por mulheres oriundas de estratos sociais inferiores, sem formação sólida, relegadas a uma prática subalterna”. Kopruszynski (2003) refere que, não raras vezes o profissional nutricionista ainda é descrito como alguém com este perfil.

Em 1958, no I Congresso Brasileiro de Nutricionistas, foi recomendada formalmente a mudança do termo dietista para nutricionista. Esta alteração, segundo Viana (1996) e Bosi (1996), foi um importante passo para a evolução da profissão no Brasil, pois a nova denominação representava uma ampliação da concepção anterior, na busca de um campo de estudo e atuação dirigido não apenas à recuperação - mas também à prevenção e promoção - da saúde de indivíduos e coletividades.

As décadas de 60 e 70

Em 1964, o então Ministério da Educação e Cultura (MEC) determinou o primeiro *currículo mínimo* de formação de nutricionistas, com duração de três anos para todos os cursos então aprovados pelo Parecer 265/62 do Conselho Federal de Educação (CFE). Segundo Barreto (1992), até este momento os cursos tinham duração de um ano, em nível técnico, sendo ministrados em período integral, de fevereiro a dezembro. Eram compostos por uma parte teórica e atividades práticas, por meio de demonstrações e exercícios em cozinhas e laboratórios.

O novo *currículo mínimo* previa que a duração dos cursos seria de três anos, com adição de um ano de estágio e ingresso mediante exame vestibular. Era composto por um ciclo básico e outro profissional, com possibilidade de incorporação de assuntos conforme as necessidades e realidades locais. Para o ciclo básico ficaram definidas as disciplinas de anatomia, histologia, fisiologia, bioquímica, química bromatológica, dietética, psicologia e microbiologia. O ciclo profissional compreendia fisiologia da nutrição, técnica e dietética, planejamento, organização e administração de serviços de alimentação, sociologia, economia aplicada, dietoterapia, puericultura, dietoterapia infantil, higiene e administração em saúde pública, pedagogia aplicada à nutrição, estatística e inquérito em nutrição. Quanto à atividade prática, a mesma era composta por estágio de um ano em restaurantes, hospitais, creches, escolas e lactários (BARRETO,1992).

Nesta mesma época, ocorreu em Caracas a *I Conferência sobre Adiestramiento de Nutricionistas/Dietistas de Salud Publica* (1966), que definiu o nutricionista como um profissional de nível universitário, apontando algumas

recomendações para a formação acadêmica. Contudo, estas acabaram gerando modificações curriculares isoladas que deram características diferentes a cada curso no Brasil.

Contemplando as determinações deste evento, em abril de 1967 foi promulgada a Lei nº 5.276, que regulamentou o exercício do profissional em Nutrição. No ano seguinte, uma Portaria do Ministério do Trabalho passou a referir como profissionais liberais e autônomos todos os que haviam sido formados até aquele momento como dietistas. (BARRETO, 1992).

Em meados da década de 70 passou a vigorar um novo currículo, que determinava, além da inclusão de novas disciplinas, uma carga horária mínima de 2880 horas, sendo 300 destinadas ao estágio supervisionado (SOARES, 2007). Esta mudança ocorreu pouco tempo após a criação da Comissão Estudos sobre Programas Acadêmicos em Nutrição e Dietética da América Latina (CEPANDAL), em 1973, que se propunha, entre outras coisas, discutir o tema da *formação* do profissional nutricionista (BARRETO, 1992). Mesmo frente a uma evolução na formação acadêmica do nutricionista nos anos 70, esta não foi ao encontro das necessidades sociais da população (como as situações de insegurança alimentar e nutricional), mas direcionada às exigências do mercado de trabalho, de acordo com Costa (2000).

Quanto a este aspecto, até metade da década de 60, cerca de 42% dos nutricionistas encontravam-se trabalhando em hospitais e 15% em restaurantes, sendo que os maiores empregadores eram os Governos Federal e Estadual; no Rio Grande do Sul a distribuição – mais variada e homogênea - se diferenciava dos demais estados brasileiros (BARRETO, 1992).

Em 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), subordinado ao Ministério da Saúde. Entre suas principais funções estavam o estímulo à pesquisa, o desenvolvimento de programas de combate às carências nutricionais e a promoção da vigilância alimentar e nutricional. Entretanto, segundo Barreto (1992, p. 39), “o INAN limitou-se a distribuir alimentos e não cumpriu sua função”.

Neste contexto, em 1973, foi criado o PRONAN I (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição), com a incumbência principal de desenvolver ações de combate à desnutrição protéico-calórica e a qualificação da alimentação de grupos considerados vulneráveis (materno-infantil e escolares). Em 1974 e 1975 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), com o objetivo de levantar dados antropométricos e de consumo alimentar na população brasileira. Este estudo demonstrou, entre outras coisas, que havia no Brasil cerca de oito milhões de crianças menores de cinco anos desnutridas, sendo que na Região Nordeste aproximadamente 54,2% das crianças apresentavam algum grau de desnutrição.

Entre 1976 e 1979, balizado pelos dados do ENDEF, foi desenvolvido o PRONAN II, com o propósito de combater as causas da desnutrição e desenvolver o Programa de Suplementação Alimentar (PSA), estimulando a produção de alimentos. Contudo, o programa terminou por insuficiência de recursos, com apenas 80% de suas metas atingidas e, ao contrário do planejado, beneficiou principalmente a Região Sul do país (BARRETO, 1992). Em 1980 foi lançado PRONAN III, inspirado na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, visando mobilizar a comunidade na gestão das ações de combate às carências nutricionais. Embora

considerado teoricamente o melhor dos três programas, não conseguiu ir além de concepções conceituais.

Barreto (1992) observa que, não obstante os diferentes estudos e pesquisas de base populacional, bem como os programas oficiais de alimentação e nutrição desenvolvidos desde o início da década de 70, o mercado de trabalho para nutricionistas na área de Saúde Pública permaneceu muito restrito à administração dos serviços de alimentação. Este fenômeno teria se consolidado a partir do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), criado em 1976, que previa incentivos fiscais às empresas que forneciam alimentação aos seus empregados (dentro de uma lógica de continuidade às políticas de alimentação e cuidado a saúde do trabalhador, antes ligada ao SAPS).

No final da década de 70 teve início o processo de terceirização do fornecimento de refeições aos trabalhadores, por intermédio das concessionárias. Isto significou um aumento da disponibilidade de empregos na área pela iniciativa privada, que passava então a ser o maior empregador. Ao mesmo tempo, observou-se a entrada da iniciativa privada também como formadora de recursos humanos para o mercado de trabalho em expansão. Segundo Viana (1996), este novo contexto explica, ao menos em parte, o aumento no número de cursos de formação de nutricionistas, já que esta expansão foi igualmente verificada em vários cursos superiores. Como observa Kopruszynski (2003), neste período o país encontrava-se no apogeu da ditadura militar, com um forte controle conservador dentro e fora das instituições de ensino, a partir de uma estratégia que promovia a criação de cursos técnicos e buscava naturalizar a sociedade desigual.

Para Barreto (1992), a entrada da iniciativa privada no mercado de trabalho como empregador e como formador de recursos humanos contribuiu para a

fragmentação da formação nas três grandes áreas - Nutrição Social, Nutrição Clínica e Alimentação Institucional, a qual se mantém até hoje, dificultando a articulação dos conhecimentos que integram a formação do profissional. Segundo este autor, “a visão fragmentada dos conteúdos leva a essas especializações precoces que não partem de um eixo capaz de produzir o nutricionista verdadeiramente generalista” (BARRETO, 1992, p. 56).

A Reforma Sanitária, o SUS e a formação do Nutricionista

Na década de 80, particularmente a partir do Diagnóstico Nacional dos Cursos de Nutrição, realizado em 1981, começaram a surgir críticas relacionadas à formação acadêmica do nutricionista, dada a percepção de um crescente distanciamento entre formação e prática profissional (CFN, 2006).

No Seminário Nacional de Avaliação dos Cursos de Nutrição no Brasil, realizado em 1982, foram identificados problemas referentes à articulação entre os conteúdos dos blocos de disciplinas do campo biológico e do social, presentes nos currículos dos cursos de formação de nutricionistas. Para Barreto (1992), entretanto, este tipo de discussão, pelo menos até 1987, permaneceria restrito aos aspectos referentes à grade curricular - enquanto disciplinas e carga horária, sem abordar o fazer pedagógico e metodológico do ensino.

Trata-se de uma constatação reiterada por Kopruszynski (2003, p. 29): “As principais alterações verificadas nas reformulações curriculares dos cursos de nutrição estão centradas na determinação de quais disciplinas seriam criadas, excluídas, substituídas; quais disciplinas teriam a sua carga horária aumentada ou reduzida, e assim por diante, visto que de um modo geral, a tradição curricular no

Brasil é a do currículo organizado em disciplinas”.

Barreto (1992), refere que somente em 1989, no XII Congresso Brasileiro de Nutricionistas, seria proposta uma discussão sobre os pontos nodais da formação do nutricionista, com questionamentos mais profundos sobre o processo educativo e o binômio educador/educando. Passou-se a discutir a necessidade de aliar ao conhecimento teórico dos diferentes saberes considerados fundamentais e indissociáveis ao exercício docente, uma prática de trabalho aliada a uma técnica pedagógica consistente, articulada e não sujeita à neutralidade.

Neste contexto, durante o I Encontro Nacional de Entidades de Nutricionistas (IENEN), em 1986, surgiu a proposta de reformulação da lei que regulamentava a profissão até então. Como resultado, em 1991 foi promulgada a Lei 8.234/91, que passou a regulamentar o exercício da profissão, em substituição à Lei 5276/67. Este foi um momento de efervescência para a categoria, onde emergiram disputas e movimentos de poder no panorama da nova política nacional de saúde que nascia. Paralelamente, reforçou-se a necessidade de ampliação e legitimação da prática e atividades privativas do nutricionista. A formação permaneceu distante da prática e das necessidades sociais, bem como da produção científica e da discussão existente na época. Barreto (1992).

Em 1990 a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), da qual participaram o INAN, IBGE e IPEA (Instituto de Planejamento Econômico e Social), demonstrou a diminuição da mortalidade infantil e pré-escolar, a qual foi relacionada à expansão da atenção básica, ao saneamento ambiental, ao aumento do aleitamento materno e à queda da fecundidade. Por indicação do PNSN foi instituído, em 1990, o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Três anos depois foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

(CONSEA), que fomentou a criação do Programa Fome Zero em 2003. Com a extinção do INAN, em 1997, surgiu a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), responsável pela elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), inserida no contexto da segurança alimentar e nutricional e integrada à Política Nacional de Saúde (PNS). A PNAN elenca um conjunto de diretrizes que se materializam em ações específicas, no campo da promoção e prevenção de doenças, cuja operacionalização está associada ao cumprimento da agenda da alimentação saudável, inserida no contexto da reorientação da Atenção Básica (BRASIL, 2000).

Para Barreto (1992), a partir da criação do SISVAN, em 1990, a formação do nutricionista se inseriu em uma nova realidade, que tem como pano de fundo a necessidade de ampliação da pesquisa na área de vigilância nutricional. Trata-se de uma nova possibilidade, uma linha de fuga ao modo como sempre se deu a expansão do ensino superior no país: uma lógica ditada pelo mercado de trabalho, em que as necessidades da população ficavam em segundo plano.

Após 2003, entretanto, acompanhando a tendência dos anos 70, verificou-se um intenso processo de expansão do número de cursos de Nutrição no país - cerca de 340%, determinado quase que exclusivamente pela criação de novos cursos em IES privadas (VASCONCELOS, 2002).

Divulgação de dados do MEC (2011), mostram a existência, em 2010, de 309 cursos de graduação em Nutrição em todo país, enquanto no ano anterior (dados referentes ao ano de 2008) constava o registro de 344 cursos. A distribuição dos cursos por regiões informa que: 57 estão localizados na região Sul (1 a menos que em 2009), 107 na Região Sudeste (diminuiu 90 cursos), 61 na Região Nordeste

(tinha 48 em 2009), 24 na Região Centro-Oeste (mantidos os 24 cursos de 2009) e 17 na Região Norte (aumento de 2 em relação a 2009).

Considerada outra fonte, o CFN, em 2009, havia 344 cursos nas IES no país sendo 197 localizadas na região sudeste, e, 48 na região nordeste. Demonstrando mudanças significativas em duas regiões do país, em menos de 2 anos, ocorreu um aumento significativo na região nordeste (13 cursos) e uma redução importante na região sudeste entre de 2008 e 2010, da ordem de 90 cursos. São dados alarmantes, que geram questionamentos e demandam ações. Questionamentos sobre a fidedignidade dos dados, quanto ao número dos cursos, aos critérios de avaliação e fechamento. Ações para promover o debate sobre a situação de que, paralelamente ao aumento da oferta de vagas nos cursos de graduação em Nutrição observa-se, atualmente, a perpetuação de um panorama precário do emprego. Dados do CFN de 2006 afirmam ser um dos piores salários da área da saúde, dado este que tem se perpetuado nos últimos anos, bem como taxas de desemprego elevadas. (HADDAD, 2010).

Muitos destes egressos serão absorvidos diretamente pelo SUS ou atuarão em organizações onde, de alguma maneira, desenvolverão ações voltadas à saúde pública. Esta participação deve aumentar substancialmente nos próximos anos, em um primeiro momento pela implementação dos NASF, que surge para tentar contornar alguns dos problemas que se apresentam com a busca pela consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Muito embora, a ESF, se proponha a ser resolutiva, tem se mostrado pouco efetiva, frente à complexidade e multiplicidade dos problemas de saúde, da política e da gestão, que nascem da peculiar realidade social brasileira (Ministro Da Saúde em Entrevista ao Programa Roda Viva da TV Bandeirantes no dia 24 de julho de 2011).

Mais do que nunca, são exigidas ações públicas visando à transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, com estratégias e políticas construídas à luz dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde. Neste sentido, vários autores apontam para a necessidade de uma ampla discussão sobre a formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade da atenção (CAMPOS & COLS., 2001; LAMPERT, 2002; CECCIN & FEUERWERKER, 2004; ARAÚJO & COLS., 2007).

Para COSTA (2000) o movimento político na área da formação de recursos humanos tem enfatizado “cada vez mais a necessidade” de formarmos profissionais de “saúde aptos a atuar e contribuir com a sociedade em um contexto de profundas mudanças”, que devem transcender o próprio campo profissional, incluindo para além deste, o campo político e social. A autora alerta, que as instituições de ensino superior devem preocupar-se em formar profissionais, cidadãos, competentes não só “técnica e cientificamente, mas principalmente com uma ampla noção da realidade onde irão trabalhar e em condições de atuar na sua transformação.

Assim, pactuando com os pressupostos da pedagogia crítica, a formação do nutricionista não deve estar centrada apenas nos conhecimentos “técnico e específico”, mas sobretudo incorporar para além desta dimensão, outros grupos de saberes (Monteiro, 2009) . Desta forma, COSTA 2009, propõe ainda que o princípio da integralidade pode ser utilizado como “eixo” central de sustentação para mudanças na lógica da formação, por estar fundamentado conceitualmente em uma compreensão transformadora e ampliada da saúde.

Política de incentivo às novas ações para o ensino na área da saúde tais como os dois editais (o de nº 05 e o 24) emitido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES, em 2010, de acordo com

o MS e o MEC, dão sustentação para o Mestrado Profissionalizante e para as Linhas de Pesquisa de ensino em saúde.

As DCN e o desafio da integralidade

Concebida como um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade se inscreve no rol das reivindicações sustentadas pelo movimento sanitário desde a década de 70, colocando-se como questão central nas políticas governamentais em saúde nas últimas duas décadas. Legalmente formulado “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990), o princípio da integralidade busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, preconiza um conjunto de ações e serviços direcionados para a saúde - e não apenas para a doença, formando um todo indivisível, não compartimentalizado. Nos últimos anos outros significados têm sido adicionados a esta concepção, ampliando a noção de integralidade, de tal maneira que sua conceituação e implementação se confundem, em determinados momentos, com a própria essência da luta pelo SUS.

Não obstante esta transversalidade e onipresença, a *integralidade* é hoje marcada por uma evidente polissemia. Como observa Camargo Jr (2001, p. 11) *ela* sequer pode ser considerada conceito. “Na melhor das hipóteses, é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”. Entre a capacidade argumentativa do “agregado semântico” há dois sentidos implícitos: de um lado um discurso ligado ao contexto internacional que origina as

políticas públicas de APS, e de outro, o que consta da documentação oficial brasileira. Enfim, “nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio. A inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal *integralidade* é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade”.

Partindo da definição de necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade, Cecílio (2001) sugere que a mesma seja pensada em duas dimensões. A primeira – *integralidade focalizada* - é aquela que se dá nos serviços de saúde, a partir dos compromissos das equipes multiprofissionais de escutar os usuários para identificar suas necessidades de saúde. A segunda - *integralidade ampliada* – resulta da articulação em rede dos diferentes serviços e instituições. Assim, a integralidade nunca se realiza totalmente apenas no esforço individual, demandando uma escuta atenta por parte de todos os profissionais de saúde e uma reconfiguração da estrutura piramidal dos serviços de saúde.

O autor sugere três grandes grupos de sentidos para a integralidade: 1) integralidade como atributos ligados a *valores* que definem boas práticas dos profissionais de saúde; 2) integralidade como atributos da *organização* dos serviços; e 3) integralidade como *respostas governamentais* aos problemas de saúde. Partindo da análise da chamada medicina integral, surgida nos Estados Unidos como proposta de mudança na formação profissional contrária à fragmentação e ao reducionismo da lógica flexneriana, o autor chama a atenção para o fato de que, embora a atitude ou postura individual dos profissionais – assim como preconizada pela medicina integral - seja fundamental para a integralidade, a mesma só se realizará com redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, bem como da reorganização das políticas/respostas governamentais aos

problemas de saúde. Neste sentido, a integralidade pressupõe práticas intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos - não com objetos – a partir de uma dimensão dialógica, identificando as necessidades de ações e serviços de saúde de cada indivíduo em cada situação específica e das políticas públicas envolvidas: “Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, (...) implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61). Este mesmo autor chama a atenção para o risco de banalização do uso da expressão *integralidade*, com conseqüente esvaziamento de seu conteúdo político e de seu potencial transformador. Trata-se de uma preocupação semelhante à apresentada por Merhy (2005), ao afirmar que, muitas vezes, os modelos tradicionais de produção do cuidado em saúde, configurados a partir dos territórios nucleares das profissões, têm capturado várias categorias analíticas e dispositivos do anúncio de novas práticas, tornando-as *grávidas* de outros sentidos. Tomando como exemplo o caso da medicina integral, Merhy (2005, p.197) observa que, não obstante as questões interessantes apontadas por esse movimento, o mesmo tornou a integralidade uma categoria que só faria sentido a partir de um ato centrado no agir de um profissional de saúde – o médico. “Capturou seus sentidos e significados no campo nuclear das profissões. Engravidou a integralidade de um paradigma já dado. A perspectiva biologicista da medicina hegemônica. E, não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não”.

Para este autor, a produção de um “ato de saúde”, restringido pelo olhar exclusivo das profissões consagradas, não é capaz de chegar ao usuário como quem é um sujeito rico de necessidades e complexidades lógicas. Segundo Merhy (2005), o ato de cuidar exige ferramentas, saberes e recursos tecnológicos que se inserem em dois grandes núcleos: o núcleo profissional centrado e o núcleo cuidador. No primeiro, cada uma das profissões de saúde tenta impor seu território de domínio, formatando o referente simbólico do campo da saúde a seus saberes e práticas profissionais. O cuidado como referente - o objeto simbólico do campo, entretanto, exige muito mais do que uma ou várias profissões podem fornecer, demandando saberes e práticas que conformam encontros e relações de alteridades, a partir das porosidades que se estabelecem entre o mundo das profissões entre si e entre o mundo dos trabalhadores de saúde e o dos usuários. Estas porosidades, operadas pelas chamadas tecnologias leves, constituem a dimensão cuidadora das práticas de saúde, “revelando novos territórios de encontros e ações, na busca de um agir coletivo em saúde que se interroga pela integralidade que engravida” (MERHY, 2005, p 205).

Mattos (2001) afirma que, no contexto do SUS, ela pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos, capaz de inspirar estratégias variadas da assistência à saúde e aglutinar, em torno de si, atores políticos que comungam de indignações semelhantes, mesmo tendo projetos específicos distintos.

Na complexidade deste contexto, se observa a confluência de concepções e tendências, não completamente articuladas entre si, encontra-se a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde que objetiva: “(...) a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da

problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas” (BRASIL, 2004).

Como observam Ceccin & Feurweker (2004), a integralidade, ao informar o campo das práticas, provê uma formação que dê possibilidade a estas práticas. Segundo estes autores, existe um consenso entre os críticos da educação dos profissionais de saúde de que a mesma é hegemonicamente biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Admite-se que o modelo pedagógico de ensino dominante é focado em conteúdos, organizados de maneira compartimentada, fragmentada e isolados, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica. A formação clássica do profissional de saúde privilegia o ambiente do hospital universitário, a partir de uma concepção tecnicista que valoriza a sofisticação dos procedimentos e equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional. Trata-se de uma perspectiva que utiliza um sistema de avaliação que investe na acumulação de informação técnico-científica padronizada e que desconhece as estratégias didático-pedagógicas problematizadoras, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes. O resultado, segundo estes autores, é o incentivo precoce à especialização e a perpetuação dos modelos tradicionais de práticas em saúde.

A crítica a este modelo para a formação das profissões de saúde encontra no debate sobre as DCN dos Cursos de Graduação em Saúde, aprovadas no início

desta década, um marco importante. Gerados em um clima de ruptura com o modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os movimentos de mudança na graduação propunham que a noção de *diretrizes* indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde.

O Projeto de Pós-Graduação Interdisciplinar Educação e Saúde, iniciado em 2004, e na turma de 2008 acolhe 20 pós-graduandos e consolida ações no sentido de concretizar as orientações das DCNs, contribuindo para transformar o quadro acima descrito, com a presença de duas nutricionistas.

Fruto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aprovada em 1996, as DCN têm como ideário básico uma flexibilização curricular, visa instrumentalizar ao estudante para enfrentar as rápidas mudanças do conhecimento e seus reflexos no mundo do trabalho. Busca, construir para cada curso, o perfil acadêmico e profissional, as competências, as habilidades e os conteúdos estabelecidos, a partir de referências nacionais e internacionais (BRASIL, 2006, p. 13-14). Sendo assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN) definem o perfil de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, pautado por princípios éticos, preparado para trabalhar na promoção, prevenção e recuperação em todos os níveis da atenção à saúde, com vistas à qualidade de vida da população. Salientam ainda, o princípio da integralidade enquanto responsabilidade social e instrumento de formação cidadã. Orienta a construção de currículos que formem indivíduos comprometidos e responsáveis com a sua própria construção de saber e com as futuras gerações de profissionais, que devem aprender a aprender continuamente, em um processo de educação permanente. Propõe que os cursos de graduação estejam identificados com os pressupostos das

metodologias ativas, que preconizam o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor enquanto facilitador/ mediador do processo de ensino-aprendizagem. Propõe a diversificação dos cenários de aprendizagem, que devem estar centrados na prática e na inserção do estudante no sistema único de saúde, desde o início da sua formação. Traz a tona a questão do aprendizado para a formação de competências, com base em evidências científicas, na solução de problemas e orientado para as necessidades sociais.

A DCN trazem em seu conteúdo alterações importantes no que se refere às concepções de formação e de processo ensino-aprendizagem até então utilizadas pelas IES, nos cursos de Nutrição. Além disso, transparece na proposta a preocupação em formar um profissional voltado para as necessidades de saúde da população, de acordo com as especificidades e peculiaridades culturais, econômicas e sociais de cada região. Trata-se, segundo Soares (2007, p. 63), de uma nova concepção, em que o "conteúdo principal não está mais centrado em matérias, duração e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional". Para Arruda & Campos (2001) este perfil deve acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico, sem se limitar ao que se encontra sintetizado em algumas disciplinas. Ressaltando o significado histórico das DCN para a formulação das políticas públicas em nosso país, Ceccin & Feuerweker (2005, p. 1404) ressaltam que a preocupação e os esforços dos profissionais da área da saúde no sentido da consolidação do SUS, levou a mobilização do setor para definir as DCN, vista como de fundamental importância para o rompimento definitivo com o "paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões". Assim, contribuindo para efetiva aplicação da LDB,

considerando-se que as IES possuem reconhecimento social e conseqüente legitimidade, principalmente “por sua capacidade de corresponder às necessidades da população”. Desta forma, deve proporcionar a qualificação permanente da formação inicial dos profissionais que irão trabalhar no sistema de saúde.

Com relação especificamente à DCN para a área de Nutrição, as mesmas começaram a ser discutidas logo após a aprovação da LDB, quando a Comissão de Especialistas de Ensino da Nutrição do ME, juntamente com o CFN e a ASBRAN, promoveram o *I Seminário de Ensino: Novos Rumos para o Ensino da Nutrição*, em outubro de 1997. O objetivo era interpretar a LDB e elaborar sugestão para a formulação das DCNCGN e posterior avaliação da sua implementação (CFN, 2008). Na segunda versão do evento, em outubro de 1998, buscou-se discutir o processo de viabilização das recomendações do ME sobre a implantação das diretrizes. Por fim, pela Resolução nº 5/2001, foram instituídas as DCNCGN (BRASIL, 2001), pautando a formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar “visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural”.

O anseio de uma proposta que forme um profissional generalista, segundo Kopruszynski (2003), corresponde à busca incessante de uma formação integrada, articulando ciclo básico e profissional, teoria e prática, conhecimentos biológicos e sociais. Entretanto, segundo este autor, faltaria às propostas curriculares maior clareza quanto ao significado de *profissional generalista*.

Considerada uma proposta inovadora do ponto de vista pedagógico da formação, as DCN são alvo de questionamentos. Ceccin & Feuerweker (2005) observam que, mesmo reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, constituem-se apenas em uma indicação, uma recomendação, já que as universidades gozam de autonomia, conforme definido na LDB. Além disso, reconhecem que o desafio das mudanças na graduação das profissões de saúde, sob o eixo da integralidade exige mais que declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas.

Significa que, embora indispensável, a reconfiguração do projeto político-pedagógico, do currículo e das práticas de ensino não é suficiente para superar conceitos e práticas cristalizados dentro e fora das instituições formadoras. Para Soares (2007), os currículos praticados a partir da reforma da década de 70 não foram superados pelas recomendações das DCN, pois, estas conservam orientações quanto a manutenção dos conteúdos de estudos e, portanto, o caráter de fragmentação do ensino, prejudicando a formação que privilegie uma visão holística da saúde, preconizada pelas própria DCN.

Nesta direção, Amorim (2001) aponta para a necessidade de que todos aqueles que pensam a educação de uma forma ampla, num mundo em que todos os fenômenos estão intrinsecamente relacionados, passem a conhecer os princípios do paradigma sistêmico ou holístico, reconhecendo no mesmo uma possibilidade a ser explorada.

De fato, a mudança na formação dos profissionais de saúde, visando uma aproximação das necessidades sociais, é polêmica e permeada de conflitos. Atualmente, iniciativas como a criação da ABENUTI (Associação Brasileira do Ensino da Nutrição), ainda em fase de estruturação, configuram uma tentativa de

reunir em um mesmo espaço de discussão todos os profissionais envolvidos com o ensino nesta área, como uma tentativa de superar antigos problemas relativos à formação do profissional nutricionista no Brasil, em particular neste momento de crescimento exponencial do número de IES no Brasil.

Neste contexto, partindo de uma perspectiva que busca não ignorar as possibilidades e os limites das transformações preconizadas pela DCN, torna-se importante identificar e monitorar as tendências na incorporação dos referenciais preconizados pelas mesmas nos cursos da área, bem como orientar o encaminhamento das transformações necessárias para que as práticas profissionais e a organização do trabalho se aproximem das concepções relativas à integralidade da atenção em saúde.

Assim, surgem iniciativas como as que se inserem no Programa de Avaliação da Graduação no curso de Nutrição da UFRGS. Partindo da necessidade de conhecer os motivos que levam os alunos à retenção e ou evasão, busca a construção de espaços de reflexão, avaliação e análise críticas, por parte dos acadêmicos e docentes que possam contribuir com a elaboração do novo Projeto Político Pedagógico do curso. Tais ações encontram-se em fase de conclusão e seus dados serão posteriormente publicados.

Considerações finais

A história do profissional nutricionista no Brasil é relativamente recente. Seu precursor histórico – o dietista - surgiu e se fortaleceu a partir do Serviço de Abastecimento Público Subsidiado (SAPS), uma entidade estatal de fornecimento de refeições a trabalhadores, criada no chamado Estado Nacional Populista de Getúlio Vargas. Sua origem, portanto, se confunde com a emergência do capitalismo nacional, como parte de uma estratégia de manutenção da força de trabalho.

Reconhecida oficialmente como área de formação universitária no início da década de 60, a Nutrição tem buscado conquistar, nas últimas décadas, uma identidade e um espaço acadêmico-profissional que supere, definitivamente, o passado marcado por uma racionalidade que a subordinava à prática médica. Nesta trajetória, a formação acadêmica do nutricionista foi inicialmente marcada pelo forte viés fragmentado e disciplinar que caracterizou as reformas universitárias nas décadas de 60 e 70. Ainda neste período, não obstante a criação de vários programas oficiais de nutrição e alimentação para a população, os nutricionistas enfrentaram um mercado de trabalho em saúde pública, restrito aos serviços de alimentação de trabalhadores. A partir do final da década de 70, com o processo de terceirização destes serviços e com a proliferação das IES não estatais, a iniciativa privada se expande como principal empregador e como principal formador de recursos humanos em Nutrição.

Somente a partir do Movimento da Reforma Sanitária e a criação do SUS, no final da década de 80, a formação do profissional nutricionista passou a ser discutida em uma nova perspectiva, que considera as necessidades da população e os

desafios contemporâneos na produção de conhecimentos. Fruto deste processo, as DCN dos Cursos de Graduação em Saúde, aprovadas no início desta década, têm como ideário básico à transformação das práticas profissionais, enfatizando o compromisso com a integralidade e a defesa da cidadania.

Trata-se, portanto, de um movimento que busca a superação da fragmentação do conhecimento e da histórica subordinação às imposições da acumulação capitalista, na busca de uma atenção à saúde integral e humanizada. Neste contexto, cabe monitorar as tendências na incorporação dos referenciais oficiais da DCNCGN, apontando as mudanças necessárias para que a formação do profissional nutricionista se aproxime à noção dos princípios do SUS e especificamente ao da integralidade, cujo entendimento se confunde, em determinados momentos, com a própria essência da luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02rs.def> - Acesso em abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União 2008; 25 jan. Disponível em < <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em 01 de outubro de 2008.

BRASIL. CNE/CES Parecer 1133/2001 – Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Homologado em 1/10/2001, publicado no DOU de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, 2001.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Tendências de Mudança na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002. 283 p.

BRASIL. Ministério da Educação- Plano de Desenvolvimento da Educação - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) - Diretrizes Gerais – Brasília: Ministério da Educação, 2007, 45 p.

ASBRAN – Associação Brasileira de Nutrição. Histórico do Nutricionista no Brasil, 1939 a 1989: Coletânea de depoimentos e documentos. São Paulo: Atheneu, 1991.

ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; CAMPOS, Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira. In Arruda, Bertoldo Kruze Grande de (org). A educação Profissional em saúde e a realidade social. Recife : Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. 318 p.

BOSI, Maria .L .M. Profissionalização e Conhecimento. A Nutrição em Questão. São Paulo: Editora Hucitec,1996.

KOPRUSZYNSKI, Cíbele. A Prática Pedagógica dos Nutricionistas que atuam na Docência: desafios e perspectivas de Mudanças. Dissertação Mestrado em Educação, PPG Educação, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2003. Orientadora Prof. Dra. Ariclê Vechia. 114 f.

SANTOS, S. F.D. Nutricionista e Sociedade. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Educação e Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1988.

VIANA, S.V., 1996. Nutrição Trabalho & Sociedade. São Paulo: Hucitec - EDUFBA.

BARRETO, Iara. Sociedade, saúde e a formação do nutricionista. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar Brasileira) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1992.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). O Nutricionista e o Conselho: Informações para uma maior integração. Sistema CFN/CRN. Brasília, DF, Agosto, 2005.

MACHADO, Carmen L B.; MANFROI, Waldomiro Carlos. Projeto de Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Educação e Saúde. Porto Alegre: FAMED, 2008.

SOARES, Nadia, Tavares. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Nutrição e Competências Profissionais para Atuação em Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas de docentes do Ceará. Rio de Janeiro, 2007. fl. Tese (Doutorado) - Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, Nilce Maria. da S.C. A formação do nutricionista, educação e contradição. Goiânia: UFG, 2000.

Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Pesquisa sobre a Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil. Brasília, 2006. Acesso em 01/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de alimentação e nutrição, área técnica de alimentação e nutrição, Brasil. Brasília, 2000.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. Rev. Nutr., Campinas, v. 15, n. 2, 2002 .

BRASIL. Ministério da Educação. Instituições de Ensino Superior – Cursos Cadastrados <http://emec.mec.gov.br/> - acesso em Baril de 2011.

HADDAD, Ana. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008 Rev. Saúde Pública vol.44 no.3 São Paulo June 2010 Epub May 21, 2010.

CAMPOS, F.E., *et al.* Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, 25(2):53-9, 2001.

CECCIN, Ricardo Burg & FEUERWERKER, Laura Macruz. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5): 1400-10.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina de; BRASIL, Sandra. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 31, supl. 1, jun. 2007, p. 20-31.

MONTEIRO, Paulo H. Nico. Competências e aprendizagens diversas: a complexidade da formação técnica em saúde. In. Formação para os

Trabalhadores para o SUS. Boletim do Instituto de Saúde/BIS, Nº 48, Novembro de 2009.

COSTA, Nilce Maria da S. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida? Revista de Nutrição Campinas, 22(1): 97-104, jan./fev., 2009.

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. Brasília, DF, 1990.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. As muitas vozes da integralidade. In: Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 11-15.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. : Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araujo de. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2005, p. 195-206.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação na área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar Para População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Série ^a Normas e manuais técnicos. Brasília, DF, 2006. 210p.

CALADO CL. *A expansão dos cursos de nutrição no Brasil e a nova Lei de Diretrizes e Bases LDB*. 2004. [acessado 2011- jun]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/variavel/destaque/expansao.doc> [Links]

AMORIM. Suely T.S.P. et al Herivelto MOREIRA Telma Elisa CARRARO - A formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. Rev. Nutr., Campinas, 14(2): 111-118, maio/ago., 2001.

ANEXO 1

Instrumento modificado para avaliar cursos de graduação da área da saúde visando mudanças na formação de acordo com as Diretrizes Curriculares

Identificação

Nome da Escola: _____

Ano da formatura da primeira turma de profissionais: _____

Obs. Caso não tenha, ainda, formado a primeira turma, responda ao instrumento baseado no **Projeto Pedagógico** da Escola.

Instrumento

Todas as alternativas apresentadas em cada um dos vetores deste instrumento para melhor entendimento devem estar precedidas do sujeito “Esta escola predominantemente..”

Eixo I – MUNDO DO TRABALHO

Vetor 1 – CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS E EMPREGO

- 1) para a construção do projeto pedagógico, não considera a carência de profissionais para a atenção básica de saúde nem a possibilidade de emprego/trabalho
- 2) para a construção do projeto pedagógico, considera as possibilidades de emprego/trabalho
- 3) para a construção do projeto pedagógico, considera a carência de profissionais para a atenção básica de saúde

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 2 – BASE ECONÔMICA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

- 1) não reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada nem sua influência na formação do profissional
- 2) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada sem discutir a influência na formação do profissional
- 3) reconhece a existência de prática liberal e/ou assalariada e promove a análise crítica e orientação, reconhecendo sua influência na formação do profissional

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 3 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 1) não aborda a relação institucional mediadora, seguradoras, planos de saúde, etc., entre prestadores/usuários de serviços de saúde com repercussão na relação profissional de saúde-usuários nem o trabalho em equipe multidisciplinar
- 2) aborda a relação institucional mediadora sem análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuário e o trabalho em equipe sem o exercício didático desta abordagem em saúde
- 3) aborda a relação institucional mediadora com análise crítica desta relação e reflexos na relação profissional de saúde-usuário e proporciona exercício didático-pedagógico do trabalho em equipe multidisciplinar

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Eixo II – PROJETO PEDAGÓGICO

Vetor 4 – BIOMÉDICO E EPIDEMIOLÓGICO-SOCIAL

- 1) orienta o curso para os aspectos biomédicos, diagnóstico, tratamento e recuperação do usuário
- 2) orienta para criar oportunidades de aprendizagem tendo em vista algum equilíbrio entre o biológico e o social seguindo orientação da prevenção primária, secundária e terciária (paradigma de Leavel & Clark)
- 3) enfatiza a importância dos fatores determinantes da saúde e orienta o curso para as necessidades da atenção básica com forte interação com os serviços de saúde e a comunidade, articulando aspectos de promoção, prevenção, cura e reabilitação

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 5 – APLICAÇÃO TECNOLÓGICA

- 1) dá grande ênfase à aplicação da alta tecnologia na atenção clínica e Cirúrgica
- 2) explicita e analisa a tecnologia quando aplicadas em situações clínicas específicas
- 3) analisa de forma crítica e ampla a tecnologia, o custo-benefício da sua aplicação, enfatizando a atenção básica de saúde

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 6 – PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

- 1) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde com base exclusivamente demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações curativas
- 2) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo, além da alternativa anterior, aspectos sócio-econômicos e envolve discentes voluntários
- 3) na pesquisa referencia-se nas necessidades de saúde incluindo pesquisa no campo da atenção básica, da gestão do sistema de saúde, interação escola-serviço-comunidade e processo ensino-aprendizagem, e estimula a participação dos discentes, contribuindo para a tomada de decisão com base em informações relevantes com vistas à melhoria das práticas de assistência

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Vetor 7 – PÓS-GRADUAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

- 1) oferece residências, especializações, mestrado e doutorado em campos especializados com total autonomia e não desenvolve educação permanente
- 2) oferece alguma das modalidades anteriores em campos gerais e especializados e busca oferecer educação permanente relacionada com o processo de trabalho
- 3) oferece pós-graduação em campos gerais e especializados articulada com os gestores do Sistema de Saúde, visando às necessidades de saúde quantitativas e qualitativas para a formação de profissionais e franqueia a educação permanente aos profissionais da rede

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Eixo III - ABORDAGEM PEDAGÓGICA

Vetor 8 – ESTRUTURA CURRÍCULAR

- 1) tem ciclos básico e profissionalizante separados e organizados com disciplinas fragmentadas
- 2) tem disciplinas-atividades integradoras ao longo dos primeiros anos mas mantém a organização em ciclo básico e profissionalizante com disciplinas fragmentadas
- 3) tem currículo em grande parte integrado, áreas de prática real em atenção de adultos, materno-infantil, saúde da família, medicina do trabalho, etc.

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Vetor 9 – ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

- 1) enfatiza as aulas teóricas de exposição em disciplinas isoladas e as práticas são predominantemente demonstrativas e centradas no professor com avaliações escritas predominantemente de memorização
- 2) enfatiza as aulas teóricas com alguma integração multidisciplinar e as práticas estão centradas em habilidades no âmbito hospitalar com avaliação de conhecimentos e habilidades clínicas
- 3) adota métodos de aprendizagem ativos com ênfase na realidade de saúde e com abordagem multidisciplinar e na prática usa também os serviços e espaços comunitários, avaliando conhecimento, habilidades e atitudes com estímulo à avaliação interativa e a auto-avaliação

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Vetor 10 – APOIO E TUTORIA¹¹

- 1) não proporciona condições físicas e materiais de apoio adequados para o ensino-aprendizagem (biblioteca, salas, laboratórios específicos, recursos audiovisuais e de informática, etc.) e não oferece tutoria
- 2) proporciona condições físicas e materiais razoáveis de apoio para o ensino-aprendizagem e oferece ensino realizado em pequenos grupos em rodízio por várias disciplinas
- 3) proporciona condições adequadas dos espaços físicos e materiais de apoio para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e oferece tutoria com análise e solução de problemas baseados em situações reais

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Eixo IV - CENÁRIOS DE PRÁTICA

Vetor 11 – LOCAL DE PRÁTICA

- 1) utiliza o hospital de ensino e clínicas de ensino exclusivamente de nível terciário
- 2) utiliza também hospital e clínica de nível secundário e serviços ambulatoriais da instituição de ensino, independentes dos mecanismos de referência e contra-referência da rede do Sistema de Saúde
- 3) utiliza as unidades dos níveis de atenção primária, secundária e

¹¹ Método que valoriza a auto-aprendizagem do aluno em estudo independente, detecta sua capacidade individual para aprender, facilitada por tutores capacitados para esta tarefa, professores que acompanham, estimulam e avaliam um grupo de no máximo dez alunos em período não menor do que um ano.

terciária no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, contribuindo com os mecanismos de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes competências e disponibilidades tecnológicas

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 12 – PARTICIPAÇÃO DISCENTE

- 1) proporciona ao discente observação de práticas demonstrativas
- 2) proporciona ao discente participação em atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas (anamnese, exame físico, coletas de material para exames, curativos, etc.)
- 3) proporciona ao discente ampla participação com orientação e supervisão docente nos vários cenários de prática

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 13 - ÂMBITO ESCOLAR

- 1) oferece práticas ligadas aos departamentos e às disciplinas
- 2) oferece práticas que cobrem vários programas em forma estanque sem integração de conteúdos
- 3) oferece práticas que se desenvolvem ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Eixo V – DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Vetor 14 – FORMAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

- 1) não oferece e nem promove capacitação didático-pedagógica do corpo docente (ou raramente o faz)
- 2) periodicamente oferece e promove cursos de orientação didático-Pedagógica
- 3) oferece e exige capacitação didático-pedagógica de todos os docentes com acompanhamento e desenvolvimento no cotidiano das tarefas didático - pedagógicas (apoio institucionalizado)

<i>Justificativa:</i>
<i>Evidência(s):</i>

Vetor 15 – ATUALIZAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

- 1) não estimula nem oferece atualização técnico-científica aos professores (ou raramente o faz) deixando por conta do próprio docente
- 2) periodicamente apóia e/ou oferece a atualização técnico-científica aos professores
- 3) promove de forma sistemática e exige a atualização dos professores em especial relativo às exigências de necessidades/demandas em saúde

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Vetor 16 – PARTICIPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

- 1) não estimula o corpo docente que por sua vez não participa dos serviços e do planejamento do sistema de saúde (municipal, regional) na sua área de influência, e os profissionais da área de saúde não participam na docência
- 2) procura estimular os docentes a participarem dos serviços de saúde e do planejamento do sistema de saúde, o que fazem esporadicamente e os profissionais de saúde dos serviços eventualmente participam na docência
- 3) estimula os docentes e apóia sua participação no planejamento e avaliação do sistema de saúde em sua área de influência e tem serviços assistenciais integrados com o sistema de saúde e os profissionais do serviço têm participação na docência

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

Vetor 17 – CAPACIDADE GERENCIAL

- 1) não promove capacitação gerencial dos docentes que assumem cargos administrativos institucionais de forma empírica e fundada em experiência própria (disciplina, departamento, direção de escola, de hospital-escola, etc.)
- 2) não promove, mas reconhece a importância da capacitação gerencial, tendo docentes que assumem cargos administrativos institucionais com algum conhecimento de ciências administrativa e buscam imprimir estilo gerencial participativo entre os segmentos docente, discente e técnico-administrativo
- 3) promove capacitação gerencial e possui docentes que assumem cargos administrativos institucionais com conhecimento de ciências administrativas, liderando programas e proporcionando participação ativa e responsabilização dos segmentos docente, discente e técnico-administrativo nas decisões, processos, resultados e avaliações institucionais

<i>Justificativa:</i>

<i>Evidência(s):</i>

ANEXO 2

Termo de Autorização Institucional para Participação em Pesquisa

(Nome da escola),.....,
(CGC), aceita participar da pesquisa **“Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação no estado do Rio Grande do Sul”**. A pesquisa tem como objetivo identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) no Rio Grande do Sul, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN).

Neste sentido, busca caracterizar a formação do profissional nutricionista e identificar a percepção dos atores sociais dos cursos de Nutrição quanto às tendências de mudanças decorrentes das DCNCGN, com perspectivas à consolidação do SUS. Será utilizado um instrumento que considera cinco eixos de relevância na construção dos programas curriculares para a educação/formação do profissional de saúde: I) Mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários de prática e V) desenvolvimento docente. Este instrumento será aplicado ao colegiado de atores sociais envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação das IES pesquisadas.

A instituição é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Assim, a participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A identidade de cada instituição será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo identificada na publicação dos resultados ou em qualquer outra etapa da pesquisa, de modo que seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Esta pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco à saúde, não acarretará custos e não disponibilizará qualquer compensação financeira adicional aos participantes. Ao final da pesquisa, os resultados serão enviados para cada IES, mantendo o sigilo e a confidencialidade já referidos.

A instituição será esclarecida sobre a pesquisa em todos os aspectos e, frente a dúvidas ou necessidades que possam surgir no decorrer da mesma, poderá entrar em contato com a pesquisadora Adriana Machado Maestri Carvalho pelos telefones (51) 9712-3776 e (51) 3446-1210, ou pelo e-mail adrinutry@yahoo.com.br, em qualquer dia ou hora.

Uma cópia deste termo de autorização será fornecida à instituição e outra será arquivada no Curso de Pós-graduação em Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Responsável Institucional

Adriana Machado Maestri Carvalho

....., de..... de 2010.

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação no estado do Rio Grande do Sul.**

A pesquisa tem como objetivo identificar as tendências na formação do profissional nutricionista nos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior (IES) no Rio Grande do Sul, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Nutrição (DCNCGN). Neste sentido, busca caracterizar a formação do profissional nutricionista e identificar a percepção dos atores sociais dos cursos de Nutrição quanto às tendências de mudanças decorrentes das DCNCGN, com perspectivas à consolidação do SUS.

Será utilizado um instrumento que considera cinco eixos de relevância na construção dos programas curriculares para a educação/formação do profissional de saúde: I) Mundo do trabalho; II) projeto pedagógico; III) abordagem pedagógica; IV) cenários de prática e V) desenvolvimento docente. Este instrumento será aplicado ao colegiado de atores sociais envolvidos com a implementação do Projeto Pedagógico Institucional (PPI) do curso de graduação das IES pesquisadas.

O participante é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Assim, a participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A identidade de cada participante será tratada com padrões profissionais de sigilo, não sendo identificada na publicação dos resultados ou em qualquer outra etapa da pesquisa, de modo que seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Esta pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco à saúde, não acarretará custos e não disponibilizará qualquer compensação financeira adicional, tanto ao participante quanto à instituição a qual está vinculado. Ao final da pesquisa, os resultados serão enviados para cada IES, mantendo o sigilo e a confidencialidade já referidos.

O participante será esclarecido(a) sobre a pesquisa em todos os aspectos que desejar e, frente a dúvidas ou necessidades que possam surgir no decorrer da mesma, poderá entrar em contato com a pesquisadora Adriana Machado Maestri Carvalho pelos telefones (51) 9712-3776 e (51) 3446-1210, ou pelo e-mail adrinutry@yahoo.com.br, em qualquer dia ou hora.

Uma cópia deste consentimento informado será fornecida ao participante e outra será arquivada no Curso de Pós-graduação em Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eu, _____ declaro que fui informado (a) dos objetivos desta pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Adriana Machado Maestri Carvalho certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora pelos telefone (51) 3446- 1210 e (51) 9712-3776, ou pelo e-mail adrinutry@yahoo.com.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo, que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Participante

Testemunha:

Adriana Machado Maestri Carvalho

....., de..... de 2010.