

FERNANDA PARDO DE TOLEDO PIZA SOARES

**ABORDAGEM DE NUTRIÇÃO NO CURSO DE  
GRADUAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DE  
CIRURGIA: SUBSÍDIOS PARA O ENSINO**

Campinas –SP  
2001

i

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

FERNANDA PARDO DE TOLEDO PIZA SOARES

**ABORDAGEM DE NUTRIÇÃO NO CURSO DE  
GRADUAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DE  
CIRURGIA: SUBSÍDIOS PARA O ENSINO**

Dissertação de Mestrado apresentado ao  
Curso de Pós-Graduação do Departamento  
de Enfermagem da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Campinas –SP  
2001

iii

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

---

UNIDADE	30
Nº CHAMADA	UNICAMP
	Sella
V	E
TOMBO BCI	48779
PROC.	16-837102
C	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	08/05/02
Nº CPD	

CM00167147-0

BIB ID 239202

Soares, Fernanda Pardo Toledo Piza

Sella

Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para o ensino/ Fernanda Pardo de Toledo Piza Soares – Campinas: UNICAMP, 2001. 120p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

1. Educação – Saúde.
2. nutrição.
3. Cuidado - Nutricional.

---

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

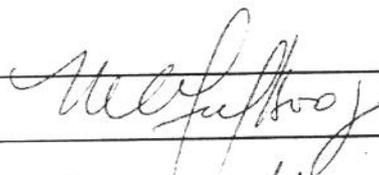
**Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria Cristina Faber Boog**

---

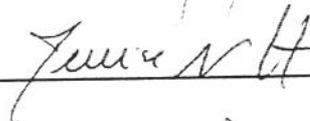
---

**Membros:**

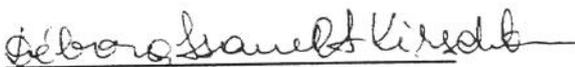
1. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Faber Boog



2. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Giacomo da Motta



3. Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Isane Ratner Kirschbaum



---

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas**

---

**Data: 05/12/2001**

---

5726 10008  
2001 9274

**D**edico ao meu marido Cleber, que em todos os momentos acreditou em meus sonhos e compartilhou a construção de cada página da dissertação. Agradeço a forma compreensiva com que respeitou minha ausência, permanecendo sempre presente e ao meu lado em todas as minhas decisões.

**A**gradeço o apoio financeiro concedido pela  
Fundação de Amparo à Pesquisa do  
Estado de São Paulo (FAPESP).

## AGRADECIMENTOS

**O** momento de tecer o agradecimento é, de certa forma, o momento de dizer o quanto foi importante a ajuda das pessoas para a construção da dissertação. Neste percurso podemos dizer que, mais do que pesquisa, construímos amizades, respeito e compreensão das pessoas que participaram direta ou indiretamente.

**G**ostaria de agradecer, principalmente, a todos os residentes de cirurgia que participaram da pesquisa, que concederam um tempo precioso de suas atividades para compartilharem suas experiências e percepções tão importantes comigo; que deram alma a esta dissertação.

**A**gradeço especialmente:

**A**os meus pais, Marcelo e Sônia, que sempre tiveram uma palavra amiga e acolhedora no momento da construção da discussão, e aos meus irmãos, Fábio e Felipe, que respeitaram minhas angústias e meu isolamento do seu convívio.

**À** professora-Dra. Maria Cristina Faber Boog que durante estes anos compartilhou comigo seus conhecimentos e sua amizade. Que com sua sabedoria me ajudou a construir a dissertação respeitando meus limites e fazendo-me superá-los também. A você, deixo meu eterno agradecimento.

**À** professora-Dra. Denise Giacomo da Motta e à professora-Dra. Débora Isane Ratner Kirschbaum, pela amizade e pelo apreço que demonstraram durante a leitura da dissertação.

**Às** amigas Edméia, Mara, Camem, Cynthia, Carin, Helena, Helga, Silvana, Cristina, Vera e Luíza, da primeira turma do curso de pós-graduação de enfermagem, pela receptividade e troca dos conhecimentos específicos da profissão.

**À** amiga Sílvia ("Sil"), pelo carinho e pelas palavras amigas que compartilhamos durante o percurso do mestrado.

**À**s amigas Silvia e Érika, pelas discussões exploradas durante a disciplina sobre Paulo Freire e Edgar Morin.

**À**s amigas Sandra, Viviane, Maria Aparecida (Cida) e Margarida, pelos bate-papos e esclarecimentos sobre a dissertação.

**À** Camila e à Alaide, pelos cuidados dispensados nas leituras dos textos em inglês.

**À** Maria Conceição, pelo carinho e pelas palavras atenciosas.

**A**gradeço ainda:

**A**os docentes das disciplinas de cirurgia, que autorizaram a minha entrada nas disciplinas para a realização da pesquisa.

**A**os docentes do Departamento de Enfermagem, que sempre deram uma palavra carinhosa quando me defrontei com as dificuldades do trabalho e me ajudaram indicando literaturas para responder a meus questionamentos.

**A**os funcionários do Departamento de Enfermagem, Carlinhos, Sueli, Elisângela, Marta, Lúcia e Zilma, pela presença constante de palavras incentivadoras.

**À**s secretárias dos departamentos de cirurgias pelo prestimoso auxílio.

**E** às funcionárias da biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas, Cleusa Telles, Vera Regina Camargo Ponciano, Sandra Lúcia Pereira, Sandra Eli Cassanigra, pela atenção prestada na busca dos textos por intermédio dos bancos de dados, como também à Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, pela correção cuidadosa das referências bibliográficas.

“**N**utrição não é uma disciplina para ser estudada  
mas um problema a ser resolvido”  
(JEAN MAYER).

“**Q**uando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser  
aberto à indagação, à curiosidade, às perguntas dos  
alunos, as suas inibições; um ser crítico e inquiridor,  
inquieta em face da tarefa que  
tenho-a de **ensinar e não de  
transferir conhecimento**”  
(FREIRE, 1996).

Lista de tabelas .....	xxi
Lista de gráficos .....	xxiii
Lista de abreviaturas .....	xxv
Resumo .....	xxvii
<b>PERGUNTA INICIAL</b> .....	29
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	35
1.1. Contribuição das Conferências, Seminários e Workshops, para o desenvolvimento da nutrição na grade curricular médica.....	39
1.2. Panorama do ensino de nutrição na formação médica.....	44
1.2.1. América Latina .....	44
1.2.2. Europa.....	50
1.2.3. América do Norte.....	53
1.3. Os problemas alimentares e nutricionais no mundo .....	55
1.4. O cuidar e descuidar presentes na assistência à saúde .....	60
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	65
2.1. Geral .....	67
2.2. Específicos .....	67
<b>3. MÉTODO</b> .....	69
3.1. Procedimentos metodológicos .....	72
3.1.1. Local da pesquisa.....	72
3.1.2. Sujeitos .....	73
3.1.3. Instrumentos .....	75
3.1.4. Coleta de dados .....	76
a) Primeira etapa .....	76
b) Preparação para segunda etapa .....	78
c) Segunda etapa .....	79
3.1.5. Análise dos dados .....	81

<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	85
4.1. Resultados da primeira etapa .....	87
4.1.1. Fluxograma da investigação sobre o ensino de nutrição .....	87
4.1.2. Implementação da nutrição na prática clínica .....	92
4.1.3. Discussão .....	96
4.2. Resultados da segunda etapa .....	99
4.2.1. Ensino de nutrição na graduação dos residentes .....	102
4.2.2. Discussão .....	111
4.2.3. A prática clínica .....	119
4.2.4. Discussão .....	125
4.2.5. Qualidade da alimentação dos residentes .....	130
4.2.6. Discussão .....	137
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	143
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	149
<b>7. SUMMARY</b> .....	155
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	159
<b>9. ANEXOS</b> .....	171
Anexo I - Instrumento I .....	173
Anexo II - Instrumento II .....	176
Anexo III - Termo de consentimento para pesquisa com residentes de cirurgia da UNICAMP .....	177
Anexo IV - Solicitação de consentimento para realização da pesquisa .....	178
Anexo V - Solicitação de consentimento para realização da pesquisa .....	179
Anexo VI - Aprovação do Comitê de Ética .....	180
Anexo VII - American Medical Student Association's Nutrition Curriculum Project .....	181
Anexo VIII - Critérios adotados para transcrição .....	182

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Procedência Universitária dos Residentes de Cirurgia (UNICAMP, 2000).....	74
Tabela 2: Procedência dos Residentes de Cirurgia (UNICAMP, 2000).....	75
Tabela 3: Residentes que cursaram durante a graduação disciplinas de nutrição (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000).....	89
Tabela 4: Disciplinas mais citadas que abordam nutrição durante a graduação e internato (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000).....	90
Tabela 5: Enfoque dos assuntos trabalhados durante a graduação (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000) .....	91
Tabela 6: Percentual de residentes que nunca acessam fontes de informações sobre nutrição (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000).....	94
Tabela 7: Livros mais citados na pesquisa (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000) .....	95

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sugestões sobre a oferta da nutrição no currículo acadêmico de medicina (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000) .....	92
Gráfico 2: Considerações a respeito da importância da nutrição na prática médica (Residente de Cirurgia, Campinas, 2000) .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS

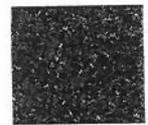
ABEM	Associação Brasileira de Escolas de Medicina
NIH	National Institutes of Health (Institutos de Saúde Nacional).
CNRUs	Clinical Nutrition Research Units (Unidades de Pesquisas em Nutrição Clínica).
ASCN	American Society for Clinical Nutrition (Sociedade Americana de Nutrição Clínica)
UNIMEP	Universidade Metodista de Piracicaba
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

A inserção do ensino de nutrição nos cursos de medicina tem sido discutida há cerca de trinta anos, sem contudo se chegar a um consenso que efetive esse propósito. O presente estudo teve por objetivo contribuir para essa discussão com a apresentação de uma proposta pedagógica formulada a partir de uma pesquisa com médicos residentes de cirurgia da Universidade Estadual de Campinas. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, coletou-se dados referentes ao ensino de nutrição na graduação, junto a 55 residentes procedentes de várias faculdades, chegando-se a uma análise descritiva. Na segunda etapa, foram selecionados 15 residentes para ser entrevistados. O método empregado nesta fase foi análise de conteúdo. Na primeira etapa verificou-se que 87,3% dos residentes adquiriram algum conhecimento de nutrição na graduação, porém 79,2% consideraram-no insuficiente. Na segunda etapa foram constituídas três categorias de análise: avaliação qualitativa do ensino recebido na graduação, desempenho na prática clínica relativa à abordagem de problemas nutricionais e alimentação no cotidiano pessoal. Concluiu-se que o ensino foi deficiente e, por isso, insatisfatório, existindo uma lacuna entre a teoria e a prática. As propostas pedagógicas apontam para a necessidade de uma abordagem problematizadora conforme a concepção de Paulo Freire e os paradigmas da complexidade de Edgar Morin. O ensino deve integrar a visão técnica à abordagem sociológica que permite a discussão contextualizada e o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

**PALAVRA CHAVE:** saúde- educação, nutrição, educação-médica-graduação, dietética

**PERGUNTA INICIAL**

---



Esta exposição inicial foi idealizada com o intuito de apresentar aos leitores as razões que levaram a escolher este tema e grupo de residentes de cirurgia como sujeitos da pesquisa. Toda pesquisa, de alguma forma, origina-se de uma pergunta surgida da observação ativa e prática, que nos inquieta, que ansiamos por responder, que nos faz questionar e que nos leva a investigar os fatos. A pesquisadora apresentará a proximidade pessoal que teve com a clínica cirúrgica.

O interesse em estudar o ensino de nutrição na graduação médica surgiu durante o período de estágio obrigatório instituído pela universidade na qual me formei – UNIMEP (Universidade Metodista de Piracicaba) –, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Já naquela época alguma coisa me intrigava, no entanto, não conseguia delimitar o problema, talvez pela própria imaturidade profissional ou pela dificuldade de articular conhecimentos de áreas distintas. Durante o período de setembro a dezembro de 1995, permaneci na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, onde desenvolvi trabalhos nas disciplinas de Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia), Gastroclínica, Moléstias Infecciosas e Leito-Dia.

Entre todas essas disciplinas, uma afinidade maior foi estabelecida com a de Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia), tanto que, muitas vezes, antecipava minha chegada à enfermaria para acompanhar melhor os quadros clínicos dos pacientes. Na disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia), fui mobilizada pelo desenrolar do problema clínico-cirúrgico de um paciente em especial, o que me levou a visitá-lo em finais de semana para verificar se a dieta que havia sido prescrita estava sendo administrada corretamente. Durante esse período, tive a possibilidade de observar as rotinas diárias dos residentes, seus hábitos alimentares e o cuidado nutricional com seus pacientes. Intrigava-me o fato alimentação e nutrição serem sempre desvalorizadas: para os residentes, o ato de alimentar-se tornara-se secundário comparado à quantidade de atividades propostas para o dia e, muitas vezes, a assistência nutricional era um aspecto muito pouco valorizado também no tratamento.

Na enfermaria de Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia), havia a preocupação de alguns residentes e docentes em melhorar as condições nutricionais pós-cirúrgicas, mas, para outros, esta necessidade básica passava despercebida. Aqueles que se interessavam por esta ciência abriam portas para a discussão com outros profissionais. O docente, que era visto na disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo

(Gastrocirurgia) como o mais exigente em relação à nutrição, foi justamente aquele que permitiu que se avaliassem e discutissem os casos clínicos, sem interferir com a relação nutricionista-paciente.

Nesse momento, tive um *insight* a respeito da necessidade e importância do papel da nutricionista. Trabalhando diariamente com esse grupo, percebi o quanto os médicos-cirurgiões necessitam de nutricionistas para compartilhar as dificuldades relacionadas à alimentação dos pacientes e discutir o processo de cuidado nutricional como um todo. Assim, o estágio da clínica cirúrgica foi uma experiência ímpar. Mais tarde, tive oportunidade de retornar à mesma universidade, fazendo estágio durante oito meses num Grupo de Apoio Nutricional (GAN). Esse grupo dava suporte a todas as enfermarias do hospital, mas encontrava-se mais presente na UTI (Unidade de Terapia Intensiva), Cirurgia do Trauma, Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia) e Gastroclínica. Nesse momento, por estar mais presente e durante um período mais longo, ficou nítido que os residentes de cirurgia se preocupavam com questões sobre nutrição, mas, mesmo assim, havia dificuldade para a discussão dos aspectos nutricionais dos tratamentos, tanto com os pacientes como com a equipe. Muitos residentes copiavam as prescrições anotadas no dia anterior sem questionar o porquê desta ou daquela dieta. Muitos pacientes saíam de alta hospitalar com dúvidas em relação à alimentação e, muitas vezes, não conseguiam um esclarecimento dos residentes.

Esses fatos começaram a incomodar-me, levando-me, então, à condução desta pesquisa com os cirurgiões. É fato que a literatura científica discute a desnutrição intra-hospitalar e sua relação com a falta de preparo dos profissionais de saúde em trabalhar com questões relacionadas à nutrição, notadamente os médicos. Este assunto reforçou a inquietação, levando-me a pesquisar a temática do ensino de nutrição. Questionamentos sobre como o ensino de nutrição foi recebido por esses alunos, suficiente ou não para que eles apreendessem as informações necessárias e de que forma o assunto foi trabalhado. Como é oferecida essa disciplina? Essa disciplina proporciona aos alunos a oportunidade de perguntarem ou saberem até que ponto se prejudica e se compromete o sucesso do tratamento ao ignorarem sua própria alimentação e a dos pacientes? Destas observações surgiu a necessidade de desenvolver uma pesquisa que respondesse a três perguntas: *Como foi o ensino de nutrição na graduação dos profissionais médico-cirurgiões? Qual o espaço e a importância atribuída ao fator alimentar e nutricional na promoção da saúde, na*

*prevenção de doenças e no tratamento? Como os cursos de graduação em medicina podem contribuir para melhorar a assistência nutricional aos pacientes hospitalizados?*

A proposta do trabalho foi investigar o ensino de nutrição que um grupo de residentes recebeu durante a graduação médica, e de que forma lidam com esse saber na prática, a fim de levantar subsídios a propostas de ensino de nutrição mais motivadoras e que melhor respondam às necessidades do cotidiano profissional.

# INTRODUÇÃO

---

1

A nutrição é uma ciência que não está estagnada e muito menos isolada. Ela pertence a várias áreas do saber e é estudada nos campos de medicina, fisiologia e química (SANTOS, 1989). A nutrição está intimamente envolvida com fatores sociais, econômicos, políticos e educacionais.

A relação entre o homem e o alimento é bem descrita na literatura. Alguns autores buscam pesquisar a nutrição por um olhar antropológico, em que apresentam a evolução da alimentação e dos hábitos alimentares do homem no decorrer dos séculos (PABLO, 1995a). Contudo também observamos que outros pesquisadores buscam apresentar a configuração científica da nutrição e da dietética (PABLO, 1995b). Entretanto observa-se que no decorrer dos anos o alimento foi se configurando em uma ciência que apresenta etapas históricas determinadas pelo contato entre grupos culturalmente diferentes, mas também por um conjunto de descobertas inovadoras. Essas etapas levaram ao surgimento da nutrição científica. Esta foi se desenvolvendo ao longo do século XIX e das primeiras décadas do século XX, num processo que pode ser separado em dois aspectos: o primeiro, relacionado ao entendimento dos componentes maiores dos alimentos e o segundo, ao metabolismo. No final do século XIX, parecia evidente que a ciência da nutrição residia no conhecimento dos nutrientes maiores (macronutrientes), como hidratos de carbono, lipídios, proteínas, aminoácidos essenciais, e das necessidades energéticas. Quantitativamente falando, a nutrição havia alcançado um nível plenamente científico. Os aspectos qualitativos da nutrição ainda permaneciam obscuros e conduziram os pesquisadores a estudarem vitaminas e minerais (PABLO, 1999).

Algumas pesquisas foram de grande importância para fortalecer as ciências nutricionais. Entre elas, as pesquisas desenvolvidas por Lavoisier, que contribuiu com estudos sobre combustão, respiração e calor animal, introduzindo procedimentos que levaram a resultados decisivos para a concepção de que os processos relacionados à nutrição eram químicos. Um discípulo de Lavoisier, A. F. Fourcroy, químico francês, no final do século XVIII, criou procedimentos para determinação de substâncias animais como fibra muscular, gelatina, albumina do sangue e do ovo e fibrina do sangue (na época conhecida como glúten) (SANTOS, 1989). O fisiologista Magendie, em 1816, alimentou um grupo de cachorros com uma dieta de água destilada, goma (hidratos) e gorduras, e outros cachorros com a mesma dieta, mais alimentos nitrogenados. Ele

observou que os primeiros morriam e os segundos sobreviviam, estabelecendo, com base nessa experiência a divisão dos alimentos não nitrogenados e nitrogenados (os que proviam nitrogênio aos animais e os que serviam à manutenção da vida, respectivamente). Outra pesquisa realizada foi a do químico e médico inglês W. Prout (1785-1850) que, analisando o leite, distinguiu, em 1827, três classes nitidamente diferentes de substâncias alimentares orgânicas, as que foram chamadas de sacarinas, lipídios e albuminas. Esta descoberta clareou definitivamente a grande confusão que existia na época, a este respeito, na comunidade científica (PABLO, 1995a; PABLO, 1999).

Leibig e cols. secularizaram a nutrição, interpretando a incorporação de alimentos no corpo como uma sucessão de transformações químicas. Em 1887, o governo francês, tendo se defrontado com o beribéri endêmico em Java, enviou bacteriologistas e neurologistas para determinarem a etiologia da desordem, uma vez que a medicina, nesse momento, só reconhecia duas causas principais das doenças: a infecção e a intoxicação (LOPEZ e cols., 1988). O químico polonês F. Funk (1888 a 1967) foi, no entanto, quem postulou a hipótese de que as quatro enfermidades, escorbuto, beribéri, pelagra e raquitismo, não tinham etiologia infecciosa nem tóxica, mas sim carencial, em razão da falta de vitaminas. O conhecimento da natureza e da função dos micronutrientes contribuiu para a configuração da ciência da nutrição, o que ocorreu já no século XX. O estabelecimento desses fundamentos possibilitou que a ciência da nutrição tivesse um razoável desenvolvimento, principalmente nos aspectos qualitativos, tanto em relação à alimentação do homem sadio quanto nas diversas doenças (PABLO, 1999).

Entretanto, observamos historicamente que a nutrição faz parte do contexto científico da medicina desde priscas eras. Encontram-se citações referentes à importância da alimentação nas obras médicas de Hipócrates (V-IV a.C.), Celsus (séc. I d.C.), Galeno (séc. II d.C.), Oribase (séc. IV d.C.), Antino (séc. VI d.C.), entre outros (MAZZINI, 1998). Este mesmo autor apontou que a “alimentação aplicada à saúde baseia-se em uma série de convicções e de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina” (MAZZINI, 1998: 255).

FLANDRIN (1998) relatou que os médicos se utilizavam dos alimentos, e principalmente da dietética, para dar orientação aos pacientes. Observava-se uma forte influência do médico sobre o hábito alimentar do paciente. Contudo, no decorrer dos

anos, com a evolução científica, principalmente da química, ocorreu uma diminuição da ênfase nos princípios da antiga dietética.

Os textos de Hipócrates fazem menção à importância da alimentação como elemento fundamental para alcançar e conservar a saúde (ARROYO, 1998). Encontra-se no próprio juramento hipocrático a seguinte citação: "(...) Prescreverei dietas para o bem dos meus pacientes, de acordo com minha capacidade e meu julgamento e nunca para prejudicar alguém (...)" (LYONS e PETRUCELLI, 1992: 214). Entretanto observamos que, por mais que grandes mestres da história da medicina estivessem convencidos da importância da alimentação na vida do homem, são ou doente (MAZZINI, 1998), as discussões sobre a introdução da nutrição na grade curricular médica, ainda hoje, não conduziram a um efetivo resultado.

GEYMAN (1984), afirmou que há ampla evidência de que a educação em nutrição foi, por muitos anos, largamente negligenciada nos Estados Unidos e que menos de 10% das escolas médicas nacionais incluíam o curso de nutrição no requerimento curricular de estudantes. Esta falha de ensino também tem sido observada em outros países da Europa e América Latina.

### **1.1. Contribuição de conferências, seminários e *workshops* para o desenvolvimento da nutrição na grade curricular médica**

Observamos que, historicamente, foram realizadas várias conferências, seminários e *workshops* que discutiram a necessidade de inserir a nutrição no currículo acadêmico médico.

Durante a década de 50, um seminário de Medicina Preventiva em Viña del Mar, em que se discutiu um programa de nutrição para estudantes de medicina, sugeriu que deveriam ser trabalhados aspectos dietéticos e fisiológicos dos distintos grupos etários da população, requerimentos e recomendações dietéticas para fins terapêuticos, enfermidades da nutrição e nutrição em saúde pública (SCRIMSHAW, 1956).

Na década de 60, houve três conferências de relevância. Uma em 1962, realizada em Chicopee, Massachusetts, da qual fez parte o Conselho sobre Alimentos e Nutrição dos Estados Unidos e The Nutrition Foundation, Inc. Três problemas foram identificados como importantes: 1) Que conceitos de nutrição são indispensáveis para a

prática da medicina? 2) Como se deve aplicar os conhecimentos sobre nutrição na prevenção e no tratamento das enfermidades? 3) Como se devem explicar aos estudantes de medicina os conceitos atuais de nutrição e suas aplicações práticas? Diante destes questionamentos, o Conselho sobre Alimentos e Nutrição dos Estados Unidos, juntamente com outros órgãos interessados no assunto, formularam recomendações que abrangeram desde a preparação de um manual sobre nutrição normal e terapêutica nutricional até uma orientação sobre como a nutrição deveria ser inserida nos programas para internos e residentes nos hospitais, assim como também que fossem organizados seminários para graduandos sobre o ensino de nutrição nos hospitais; que o Conselho sobre Alimentos e Nutrição solicitasse, ao Comitê de Programa de Ensino de Medicina para a Defesa Nacional, a organização de simpósios sobre nutrição em centros médicos e que oferecesse a sua colaboração; que o Conselho sobre Alimentos e Nutrição ampliasse seu programa de bolsas a curto prazo em matéria de nutrição clínica, para que servissem de estímulo a médicos na carreira em nutrição (CONSEJO SOBRE ALIMENTOS Y NUTRICION DE ESTADOS UNIDOS, 1964). Foi realizado um seminário, em 1965, em Porto Alegre, Brasil, com a participação da OPS/OMS e com apoio da Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM) e da Comissão Nacional de Alimentação. Esse encontro teve como objetivo principal encontrar meios e maneiras de melhorar o ensino de nutrição nas escolas de medicina. Foram discutidos os conceitos modernos de nutrição e um plano de estudo, baseado nesses conceitos, a comunicação efetiva da disciplina de nutrição para os estudantes de medicina e a função do médico na aplicação de tais conhecimentos. Essa conferência recomendou que:

“o ensino de nutrição figure durante todo o curso de medicina, inclusive no período de internato, de maneira coordenada e completa; que esse ensino seja objetivo e procure despertar o interesse do estudante pela investigação científica; que se conte com equipe adequada e com pessoal devidamente qualificado; e que, na medida do possível, sejam proporcionados recursos para treinamento e cursos de atualização” (RAO, 1966: 68).

Nesse mesmo seminário, foi apresentado um programa integrado ao plano de estudos de uma escola de medicina. O autor acrescentou que tal programa deveria adaptar-se à organização e aos recursos de cada escola médica. A proposta era a de que

a nutrição fosse trabalhada durante o Ciclo Básico dentro das disciplinas de bioquímica, fisiologia, farmacologia, microbiologia e parasitologia, e patologia; durante o Ciclo Clínico, nas disciplinas de clínica médica, pediatria, cirurgia, obstetrícia e ginecologia, e também no Ciclo de Medicina Preventiva em que se abordam vários aspectos sociais, tanto de forma individual como em comunidade (RAO, 1966). Em 1966, em Washington, houve uma conferência que discutiu a disciplina de nutrição nas escolas de medicina e nas escolas de saúde pública na América Latina, e foi elaborada uma série de recomendações, entre as quais se destacam: a necessidade de coordenar o ensino da disciplina dentro de cada país; a formação de um modelo de programa integrado mínimo; a busca das estruturas acadêmicas que facilitassem a distribuição horizontal e vertical do ensino; de acordo com as necessidades e possibilidades locais; e a realização de seminários nacionais sobre ensino de nutrição (OJEDA, 1974).

É importante evidenciar que a OPS/OMS, para incentivar a inserção da nutrição na grade curricular médica, começou a oferecer alguma assistência e modestos recursos financeiros. Este incentivo ocorreu durante o ano de 1969, para algumas universidades brasileiras selecionadas. Este autor descreveu que o prazo de ajuda seria de três anos (RAO, 1971).

Em 1972 ocorreu uma conferência em Williamsburg, Virgínia, para discutir pontos de vista sobre o *status* da nutrição no currículo das escolas médicas. Tentaram chegar um acordo sobre como, onde e quando a disciplina seria encaixada no currículo das escolas médicas. É interessante citar que essas discussões foram elaboradas com base no que já havia sido discutido na conferência de Chicopee, Massachusetts em 1962. A preocupação dos organizadores (o Conselho em Alimentação e Nutrição da Associação Médica Americana) era formular regras realistas e práticas para incorporar educação em nutrição aos treinamentos médicos, em concordância com a responsabilidade dos médicos, já definida anteriormente pela conferência de Chicopee. A conferência de Williamsburg recomendou que os princípios nutricionais essenciais para os alunos de medicina deveriam ser categorizados em duas áreas: a ciência da nutrição e a sociologia da nutrição. Cada área abrangeria os seguintes tópicos:

- a) ciência da nutrição: aprenderiam nutrição normal com uma compreensão científica de digestão, absorção, metabolismo, balanço metabólico, nutrientes requeridos para crescimento e manutenção; dentro dessa

haveria também nutrição terapêutica: aprenderiam um gerenciamento dietético metabólico e sobre doenças relacionadas à desnutrição, doenças provocadas por deficiência de algum nutriente, como também obesidade e necessidades nutricionais em anormalidades;

- b) sociologia da nutrição: seria o estudo da compreensão do papel da nutrição na medicina para que os estudantes médicos se tornassem conscientes desses aspectos sociológicos (FRANKLE, 1976a).

O autor acrescentou que matérias relacionadas à ciência da nutrição poderiam ser vistas inseridas em várias áreas do currículo médico (bioquímica, fisiologia, obstetria, entre outras), ao passo que a sociologia da nutrição deveria ser trabalhada no Departamento de Comunidade de Medicina, tendo um enfoque multidisciplinar (FRANKLE, 1976b). Segundo as discussões surgidas na conferência, a combinação desses dois conceitos básicos estaria preparando o médico a servir como orientador no consumo alimentar de seus pacientes, compreendendo a alimentação dentro de um contexto familiar e num âmbito cultural; o médico estaria consciente dos recursos úteis de informação nutricional, como também aprenderia que nutrição aplicada é uma parte intrínseca do acesso clínico e gerenciamento do paciente (FRANKLE, 1976a). Entretanto, nas conferências dos anos seguintes, essa proposta de ensino de nutrição não teve tanta ênfase.

Durante a década de 80, foi realizado um *workshop*, em Washington, em que foram estabelecidas propostas importantes para a inserção da nutrição no currículo acadêmico da medicina e odontologia. Foram elas: proporcionar um ensino de nutrição motivador, útil e voltado à clínica médica; ser introduzido no início do curso; aproveitar todas as oportunidades para introduzir conceitos de nutrição; aplicar os conceitos à prática médica (antropometria e outros); prover modelo de papel profissional; aproveitar o interesse dos estudantes, pacientes e público; envolver os estudantes nas pesquisas; educar médicos líderes, porém empregando habilidades dos nutricionistas; existir como unidade administrativa visível na escola; trabalhar em parceria com outros programas de nutrição médica, avaliar resultados; encaminhar as questões nutricionais a fóruns nacionais; obter recursos (LOPEZ e cols., 1988). A Sociedade Americana de Nutrição Clínica (ASCN) levou para a conferência um trabalho realizado no período de 1987 e 1988, com 430 educadores de nutrição das escolas de medicina dos Estados Unidos, em

que identificaram quais tópicos seriam importantes para serem inseridos na grade curricular médica. A ASCN distribuiu questionários que continham 41 tópicos sobre nutrição. Num consenso entre os educadores, foram selecionados 26 tópicos como prioridade para o ensino, sendo que cada tópico teria subtópicos. Esse trabalho serviria como um guia aos administradores e educadores para um plano de nutrição no currículo escolar médico (WEINSIER e cols., 1989). É interessante citar que as propostas sugeridas pela conferência de Williamsburg não estavam inseridas nesse trabalho e que o aspecto sociológico da nutrição não estava incluído dentro dos 26 tópicos escolhidos pelos educadores, esses os tópicos eram direcionados apenas aos aspectos clínicos e patológicos.

Nessa mesma época, após verificar-se um declínio documental da educação nutricional na grade curricular médica, o governo federal americano deu início a programas que estabeleceram a inserção da educação nutricional no Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Eles exigiram (sem incentivo) a inclusão de componentes de nutrição em seis Institutos Nacionais de Saúde (*National Institutes of Health—NIH*), mantendo as Unidades de Pesquisas em Nutrição Clínica (*Clinical Nutrition Research Units—CNRUs*). A Sociedade Americana de Nutrição Clínica (ASCN) propôs a criação de redes de escolas médicas para ensinar a nutrição na grade curricular médica. Em 1984, foi criada a SERMEN (Rede de Educação em Nutrição Médica da Regional Sudeste), que iniciou como um consórcio entre 11 escolas médicas, localizadas no Alabama, Flórida, Geórgia e Carolina do Sul. A rede de trabalho expandiu-se para 16 estados e 15 escolas, adicionando três escolas da Carolina do Norte e uma do Tennessee (FELDMAN, 1991; FELDMAN, 1995). Esse consórcio foi baseado num protótipo do Centro Regional de Nova York – New Jersey para educação nutricional clínica. As escolas do SERMEN representam um *mix* de instituições privadas e estaduais (WEINSIER e cols., 1986). Nessas faculdades foram criados os grupos que coordenam o ensino de nutrição na grade curricular médica no sudeste. Esses grupos de pesquisa realizam seminários, tarefas internas, entre outras atividades, como produção de materiais didáticos para fortalecer a inserção da nutrição na medicina. O maior esforço atual é desenvolver casos clínicos como tópicos para discussão em nutrição, sendo que a seleção dos temas é feita por um consenso de educadores de nutrição médica, segundo a direção da ASCN. Os materiais podem ser usados em programas que variam desde problemas-base para

cursos básicos de ciência como também auxiliar equipes de cardiologia (FELDMAN, 1995).

Outra discussão importante foi feita pela Associação Médica Americana (AMSA), que estabeleceu o Projeto de Currículo de Nutrição (NCP), em 1992, com os objetivos de: assegurar ensino adequado de nutrição aos estudantes; promover estímulos para integração da nutrição em todos os níveis de educação médica; estabelecer e disseminar as informações essenciais para implementação na prática clínica. Para cumprir essas metas, o NCP criou um conselho composto por educadores em nutrição, clínicos gerais e especialistas clínicos que representassem os Estados Unidos e principalmente organizações de nutrição clínica. A equipe ficou responsável por elaborar uma lista de tópicos essenciais de nutrição para o treinamento de médicos. Em 1994, formulou-se uma lista abrangendo 92 tópicos (anexo 7) a serem incluídos na grade curricular. Contudo, o NCP reconhece que as próprias universidades deverão criar formas para incorporar esses tópicos aos currículos (AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION'S NUTRITION CURRICULUM PROJECT, 1997).

Mesmo com todos os esforços apresentados para melhorar o ensino de nutrição na grade curricular médica, são observadas falhas e dificuldades para a inserção desse ensino no currículo acadêmico.

## **1.2. Panorama do ensino de nutrição na formação médica**

Nesta etapa do trabalho, os artigos foram agrupados segundo as regiões do mundo, com a finalidade de mostrar como se encontra essa discussão nas Américas (Latina e do Norte) e na Europa. Observou-se que a produção científica sobre o assunto é vasta na América do Norte.

### **1.2.1. América Latina**

RAO (1966) apresentou no seminário, em 1965, em Porto Alegre, um trabalho que desenvolveu no Brasil, em que foram investigadas 25 escolas de medicina para averiguar como era o ensino de nutrição. Os resultados obtidos demonstraram que esse ensino era limitado a apenas um dos departamentos da escola e o tempo destinado a ele

era menor que 1% da carga horária total do curso. O conteúdo da matéria variava consideravelmente de uma escola a outra. Os fatores que dificultavam a inserção dessa ciência na grade curricular consistiam em: deficiência nos planos de estudos; falta de coordenação na execução dos programas; escassez de docentes qualificados e ausência de material didático. Outros estudos sobre o ensino de nutrição na graduação médica foram realizados por BOUCINHAS e BEZERRA (1980). Estes pesquisadores investigaram, no ano de 1976 e 1978, quais escolas brasileiras ofereciam, na grade curricular acadêmica, o ensino de nutrição. Os resultados mostraram que no ano de 1974 existiam 74 escolas de medicina e no ano de 1978 uma a mais foi incluída, passando a 75. Foram enviados a essas instituições questionários para serem preenchidos. Das 74 escolas do ano de 1974, 47 (66%) responderam, ao passo que no ano de 1978, 36 (48%) devolveram as respostas. Observou-se que, no ano de 1974, 21 escolas tinham a disciplina de nutrição ou correlata e em 1978, 16 mantinham essa disciplina. Foram encontrados 11 tipos de denominações<sup>1</sup> dadas às disciplinas, especificamente de nutrição, em 21 escolas, faculdades e cursos de medicina no ano de 1976.

Entre as faculdades que inseriram a nutrição na grade curricular médica, encontrava-se a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que há mais de 30 anos oferece aos alunos de medicina o ensino de nutrição clínica.

OJEDA (1974) apresentou dados de uma pesquisa realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de La Plata, em que se investigou o ensino de nutrição oferecido aos alunos de medicina. Foi detectado que existe um consenso entre os alunos e professores de que o ensino de nutrição é insuficiente e de que o número de professores que trabalham com essa cátedra é muito limitado. O estudo revelou ainda que deveriam dispor de maior quantidade e melhor qualidade de docentes, e que os alunos deveriam receber mais capacitação em temas relacionados a requerimentos nutricionais, alimentação hipossódica e diabetes.

Realizou-se também uma pesquisa na Venezuela, na qual os alunos sugeriram o que deveria melhorar no ensino de nutrição nas universidades investigadas. Eles apontaram que se deveria aprofundar mais o conhecimento de nutrição, levando ao

---

<sup>1</sup> "Nutrição, Nutrição em Saúde Pública, Nutrologia, Endocrinologia, Nutrição e Endocrinologia, Fisiopatologia da Nutrição, Nutrição Aplicada, Diabetologia e Nutrologia, Nutrição e Diabetes, Metabologia e Nutrição, Metabolismo e Nutrição", BOUCINHAS e BEZERRA, 1980: 52.

aumento do número dos temas, do número de horas e à ampliação de aspectos práticos. Outros dados são: incluir a nutrição como disciplina; criar cátedras de nutrição; criar cátedras afins; melhorar a qualidade dos docentes; contratar pessoas especializadas; estabelecer a continuidade dos ensinamentos e provocar maior motivação no aluno (CHACÓN e cols., 1978).

No México, a partir de 1991, a Fundação para a Saúde (Funsalud) iniciou um programa de promoção do ensino de nutrição nas escolas de medicina em coordenação com a Associação das Escolas e Faculdades de Medicina (AMFEM). ARROYO e cols. (1998) investigaram o ensino de nutrição oferecido às 57 escolas e faculdades de medicina afiliadas à AMFEM. Avaliando os programas de estudo de 38 currículos (pois o restante não foi devolvido), 14 (37%) ensinavam nutrição como curso independente, 8 (21%) como matéria integrada a outras áreas, como clínica, e os restantes 16 (42%) continham tópicos incluídos nas matérias básicas. Foi observado também que apenas cinco universidades tinham um acervo de cinco livros de nutrição e, em média, três periódicos especializados. Foram entregues aos alunos do sétimo e oitavo semestres do ciclo clínico questionários que investigavam a compreensão dos conhecimentos sobre fisiologia da nutrição, dietética, aspectos gerais da alimentação de mães e crianças e generalidade de medicina interna e nutrição. Foram respondidos 517 questionários, provenientes de 13 escolas, de um total de 57. Observou-se que, na análise estatística escolhida, nenhuma das escolas alcançou a classificação probatória. Esses mesmos autores apontaram estratégias para melhorar o ensino de nutrição: conscientização da direção do ensino médico sobre a importância da nutrição na formação do médico; incorporação dos conteúdos de nutrição aos programas de estudo e aumento do tempo dedicado ao ensinamento da matéria; fomento da integração dos conhecimentos sobre nutrição adquiridos ao longo da carreira no último ano dos estudantes; fomento da capacitação de docentes e da formação de novos especialistas e fortalecimento da infraestrutura do ensino de nutrição, com ênfase nos aspectos clínicos.

Um trabalho desenvolvido no Chile, no ano de 1983, apontou a falha do ensino de nutrição. Os pesquisadores realizaram uma pesquisa que investigou o ensino de nutrição nos cursos de enfermagem, medicina, obstetrícia, odontologia e química & farmácia. Foi aplicada prova a 303 egressos desses cursos chilenos e foram analisados os programas da disciplina de nutrição quanto a objetivo, conteúdo programático, metodologia, procedimentos de avaliação e bibliografia. A conclusão do trabalho mostrou

que as disciplinas são obrigatórias e independentes, além de os conteúdos programáticos serem ministrados em outras disciplinas afins. Quando analisados os objetivos desses cursos, notou-se que se correlacionavam apenas com a assimilação de informações, ao invés de trabalharem com essas informações para a aplicação prática desses conhecimentos na atividade profissional, além da análise destes na avaliação de questões mais complexas. Foi aplicada uma prova aos egressos para verificar os conhecimentos de nutrição obtidos durante o curso e observou-se que 14,2% dos alunos obtiveram o rendimento mínimo de 75% de respostas corretas (ROMO e OLIVARES, 1983).

Trabalhos de CHACÓN e cols. (1978), BOUCINHAS e BEZERRA (1980) e ROMO e OLIVARES (1983) descreveram que os conteúdos priorizados na disciplina de nutrição para medicina estão direcionados a conteúdos sociais como: fatores sociais e econômicos que determinam a disponibilidade de alimentos para consumo; produção de alimentos e crescimento demográfico; evolução do estado da nutrição na família e na comunidade; nutrição social. Nutrição como fator de saúde e problemas nutricionais coletivos foram também trabalhados como questões clínicas, mas não com tanta ênfase. Entretanto, na USP Ribeirão Preto, o programa de graduação em nutrição clínica concentra-se no estudo da fisiopatologia, do diagnóstico e do tratamento de problemas nutricionais primários e secundários (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990).

A despeito das disparidades dos anos de publicação dos diversos trabalhos da América Latina, os entraves encontrados pelos pesquisadores apontaram para: falta de corpo docente especializado; número insuficiente de horas para o ensino da disciplina; metodologia de trabalho inadequada; falta de material didático. Entretanto, observa-se que estes problemas também foram evidenciados em trabalhos publicados em outros países da Europa e América do Norte.

- **A visão de Dutra de Oliveira sobre a inserção da nutrição na grade curricular médica (Brasil)**

Este trabalho não poderia deixar de citar a participação do pesquisador Dutra de Oliveira e sua contribuição na discussão sobre o ensino de nutrição na grade curricular médica, não só no Brasil mas também na América Latina.

Para DUTRA DE OLIVEIRA (1995), a nutrição sendo um assunto interprofissional e multidisciplinar, intimamente ligado à agricultura, à fome e a outros

problemas biológicos e socioeconômicos, atrai menos atenção quando apresentada em programas educacionais nas escolas médicas.

Para o autor, o tratamento inadequado dado à nutrição está ligado a: 1) carência de uma disciplina específica da nutrição na medicina; 2) incerteza sobre quais aspectos da nutrição deveriam ser ensinados; 3) ausência de uma infra-estrutura adequada da nutrição clínica nos hospitais-escola; e 4) número reduzido de médicos especialistas na área (DUTRA DE OLIVEIRA e MARCHINI, 1997).

Reforçou que o ensino de nutrição nas escolas médicas é um círculo vicioso, no sentido de que os médicos estão dispostos a aprender nutrição, entretanto as escolas dizem que ensinam, mas os estudantes e médicos possuem pouco conhecimento de nutrição (DUTRA DE OLIVEIRA, 1974).

Dessa forma, a partir do momento em que foi contratado pela Universidade Estadual de São Paulo – *campus* de Ribeirão Preto, tornou-se um contribuinte e defensor da inserção da nutrição na grade curricular médica. No início, a nutrição era ensinada fragmentada, dentro dos cursos das disciplinas básicas e clínicas. A partir de 1969 e 1970, a nutrição foi instituída como um curso obrigatório, passando a desenvolver programa ambulatorial junto como de Clínica Geral, ambulatório este organizado por um docente e um nutricionista. Durante o ano de 1971, foi instituída a disciplina de nutrologia<sup>2</sup> (ou nutrição clínica). De alguns anos para cá, o estudante do quarto ano passa pela disciplina de nutrição clínica, considerada obrigatória e um pré-requisito para outras especialidades clínicas e cirúrgicas (PESSA e cols., 1990; DUTRA DE OLIVEIRA, 1990).

Para Dutra de Oliveira, a nutrição deveria ser considerada uma disciplina, uma ciência médica isolada, e não deve ser apenas incluída na forma de tópicos dentro de outras disciplinas como a bioquímica, fisiologia ou medicina preventiva. Deverá possuir seus próprios internos, residentes, laboratórios e local próprio para atender os pacientes no hospital (DUTRA DE OLIVEIRA e MARCHINI, 1997).

---

<sup>2</sup> Para o autor "**Nutrologia** é estudo de fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de doenças nutricionais" (...) e **Doenças Nutricionais** são entendidas como doenças que tenham os nutrientes como agentes primários", DUTRA DE OLIVEIRA, 1995: 1289. (Grifos da pesquisadora)

A disciplina de nutrição clínica (nutrologia) deveria possuir profissionais especializados e habilitados para trabalhar com o estudo das necessidades e dos distúrbios de nutrientes na doença e na saúde, como também conhecer fisiopatologia, diagnóstico e tratamento dos problemas nutricionais; ter capacidade para trabalhar com indivíduos sadios sejam eles crianças, adultos, idosos, trabalhadores ou atletas (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990). Assim, segundo o mesmo autor, torna-se necessário o estabelecimento de uma especialidade – nutrologia – que possa atuar em igualdade de condições com as outras disciplinas. Aos médicos nutrólogos cabe trabalhar com distúrbios da alimentação como obesidade, bulimia, anorexia nervosa, as proteinopatias, as dislipidemias, patologias relacionadas aos distúrbios de carboidratos, anormalidades vitamínicas e de sais minerais e distúrbios causados pelo álcool (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990; DUTRA DE OLIVEIRA, 1995).

Outro campo de participação do médico nutrólogo é a área de nutrição enteral e parenteral. Segundo o autor, esta especialidade está mais bem preparada para oferecer suporte de conhecimentos básicos sobre nutrientes e seus distúrbios, pois atualmente essa responsabilidade está vinculada a médicos-cirurgiões (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990). Os médicos aprendem sobre nutrição de forma fragmentada, dispersa em vários anos e especialidades. Ele afirmou que o nutrólogo seria o profissional, do ponto de vista da formação médica em nutrição, que poderia realizar a integração dos assuntos, contribuindo para a melhor assistência médica preventiva e curativa. Entretanto, para ele, seria de grande valia a participação de outros profissionais como nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos, cada um com suas atividades específicas no auxílio aos pacientes (DUTRA DE OLIVEIRA e MARCHINI, 1997).

Para o autor, a implantação de um grupo de nutrição clínica em faculdades de medicina deveria ser limitada a algumas instituições de ensino. Estas deveriam ofertar condições adequadas de infra-estrutura e pessoal habilitado para o treinamento dos alunos (PESSA e cols., 1990), o que permitiria a “integridade clínica dos médicos quando estivessem ensinando, pesquisando e organizando programas” (DUTRA DE OLIVEIRA, 1995: 1289). O curso de nutrição clínica, na USP de Ribeirão Preto, possui corpo docente com dedicação exclusiva e médicos com tempo parcial, duas enfermeiras e uma nutricionista, todos ligados à formação e ao treinamento de médicos na área da saúde (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990).

Durante os anos de 1991 e 1994, o número de atendimentos realizados por essa disciplina foi de 1.000 pacientes por ano. Este serviço atende menos que a cardiologia e nefrologia, mas é semelhante em número de atendimentos e tratamentos à geriatria (DUTRA DE OLIVEIRA e MARCHINI, 1997).

Para Dutra de Oliveira, a implantação do ensino de nutrição clínica no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi concretizada (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990).

### **1.2.2. Europa**

Quando se levantaram os dados sobre a educação em nutrição durante o ensino médico europeu, os artigos identificaram falhas desse ensino nas universidades. Durante o ano de 1997, o *American Journal of Clinical Nutrition* publicou um suplemento específico sobre ensino de nutrição em medicina, motivo pelo qual vários artigos citados pertencem a esse volume.

Percebe-se, nas literaturas européias, um certo questionamento em relação aos problemas alimentares da população. Observa-se nos estudos que existe uma preocupação de prevenir as doenças desencadeadas por hábitos alimentares errôneos, dentre elas destacam-se o diabetes melitos, a hipertensão arterial, a obesidade, a hipercolesterolemia e as doenças cardíacas (GOVAERTS, 1997; LUPO, 1997; BRATLAND, 1997; DRENTHEM, 1997; WIESEMANN, 1997). Esses mesmos estudos enfatizaram a necessidade da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, por meio de aconselhamento nutricional, que nos países como Noruega, Holanda, Bélgica e Alemanha é realizado por médicos clínicos gerais. É necessário citar que uma das prioridades do Ministério da Saúde holandês é estimular o cuidado primário, especialmente na prática médica geral, com a orientação da prevenção de doenças crônicas (DRENTHEM, 1997).

Em um estudo realizado no Reino Unido em 1992, com 1.700 indivíduos, sobre como conseguem informações de nutrição, 53% disseram que conversam com seus médicos clínicos e que os consideram como fonte confiável. Contudo nesse mesmo ano, foi realizada uma pesquisa com 150 médicos e 50 enfermeiras na qual se observou que esses profissionais não sentem confiança em explicar alguns pontos de nutrição,

como: açúcares, polissacarídeos sem amido e ácidos graxos saturados. Enfatizaram também uma insatisfação com o ensino recebido durante o período de graduação em relação ao ensino de nutrição (BUTTRISS, 1997).

Segundo um estudo realizado na Faculdade Médica de Turim (Itália), até 1987, os estudantes de medicina costumavam ter, no segundo ano do currículo de graduação, a oportunidade de fazer um curso opcional de nutrição básica. Entretanto observou-se que menos de 10% dos alunos se matriculavam nessa disciplina, fazendo com que, em 1987, durante a reforma curricular do curso, a oferta fosse cancelada e, desde então, nenhuma matéria foi oferecida nessa área (LUPO, 1997). Este mesmo autor relatou que foram conduzidas, em 1990, pelo Instituto Nacional de Nutrição, propostas de difundir a nutrição por meio de literaturas. Foram distribuídos aos clínicos gerais *kits* contendo livros com tabelas dos conteúdos de nutrientes dos alimentos, livros de dietas e nutrientes recomendados para a população italiana, livros relatando evidências científicas básicas em nutrição e um guia para um estilo saudável de alimentação. Observou o autor que esta iniciativa não foi muito bem aceita pelos médicos.

Há um consenso, na Alemanha, entre todos os profissionais de saúde de que o aconselhamento nutricional tem um papel importante na saúde. Distintos estudos realizados em diferentes regiões do país foram desenvolvidos nos últimos 20 anos com o intuito de investigar práticas nutricionais gerais e preventivas, enfatizadas por médicos (clínicos gerais e estudantes de medicina). Observou-se que 97% dos médicos inseridos em programas de saúde acham necessário, na rotina de trabalho, o aconselhamento nutricional; 75% relatam que há importância de prevenção geral; e 92% destes acham fundamental a participação da prevenção nutricional. Todavia, em relação aos estudantes de medicina, 21 de 220 estudantes acham que, na rotina, o aconselhamento nutricional é desnecessário, enquanto 32 de 39 estudantes que atuavam na área clínica prática consideravam relevante o ensino teórico de nutrição (WIESEMANN, 1997). Na Noruega, a especialidade de Medicina Familiar tem sido reconhecida desde 1985 e tópicos de nutrição foram integrados com a discussão de doenças relevantes. Os médicos reconhecem a oportunidade única que eles têm para influenciar o modo de vida de seus pacientes durante as consultas. Eles apontam vários fatores que influenciam: o contato de pessoa para pessoa; a motivação dos pacientes; o reconhecimento pessoal do clínicos gerais por meio da continuidade no cuidado e na credibilidade do clínico geral (BRATLAND, 1997).

GOVAERTS (1997) realizou um levantamento de artigos publicados por intermédio do MEDLINE, escritos em belga, de 1993 a 1995, explorando tópicos de nutrição e comportamento alimentar, e executou uma busca semelhante nos dados coletados da Sociedade Científica de Clínicos Gerais de Flandres (esses dados serão encontrados somente em artigos publicados nas revisões científicas locais e em livros flamengos). O resultado da pesquisa mostrou que, de 11 referências encontradas, nenhuma fazia qualquer menção aos clínicos gerais. Os dados da Sociedade Científica de Clínicos Flamengos resultaram em três referências. Este autor observou que não existe nenhum curso de nutrição clínica nas universidades e o aprendizado oferecido, no âmbito de aconselhamento nutricional em alimentação, é limitado a poucos minutos de observação de uma aula que é assistida somente por médicos, que querem se formar clínicos gerais e freqüentar um curso de 15 horas em medicina preventiva e educação da saúde.

Estudos apontados por DRENTHEN (1997), por meio da pesquisa de Berden e Drenthen, mostraram os problemas com aconselhamento nutricional na prática de prevenção. Foram observados quatro fatores: o primeiro está ligado às questões de atitude e conhecimento sobre o assunto de nutrição. Alguns clínicos gerais estão atentos ao fato de que eles têm muito pouco conhecimento sobre nutrição, assim como notam que uma orientação dietética é difícil de ser realizada em 10 minutos de consulta. Enfatizou-se que a graduação médica está direcionada à cura de doenças. Questões de prevenção exigem uma atitude diferente e mais ativa. Um segundo fator diz respeito a alguns clínicos gerais que questionam se as intervenções preventivas são efetivas para pacientes individuais. Um terceiro fator diz que a prevenção requer melhor organização da prática médica, como uma administração sistemática e a inscrição dos pacientes nos registros dos médicos que os acompanham (uma vez que todos os cidadãos holandeses necessitam ser registrados com um clínico geral). Um quarto e último, é o fator financeiro, pois para uma boa abordagem de prevenção há necessidade de um aumento na carga horária de trabalho, sendo que não há nenhuma compensação financeira. Segundo o autor, estes problemas deveriam ser levados em conta no desenvolvimento de atividades preventivas de práticas futuras.

### 1.2.3. América do Norte

São vastas as literaturas que discutem a importância da nutrição no ensino médico, entretanto as dificuldades encontradas em outras regiões do ocidente também são apresentadas nas literaturas americanas.

HEIMBURGER e cols. (1998) avaliaram os programas de treinamento em nutrição clínica para médicos, em que foram identificados apenas 22 programas ativos, comparados com 38 programas que existiam em 1993. A redução do número de programas de nutrição parece ser um resultado da mudança de área de atuação dos docentes, aposentadoria de membros-chave das faculdades, perda da concessão do treinamento, e ainda por causa de uma definição menos precisa da nutrição clínica nos programas de treinamento.

Em 1994, a Associação Americana de Dietética formalmente descreveu que existe uma grande importância na inclusão da nutrição como um componente essencial nos níveis de educação médica. Acrescentou também os motivos pelos quais a nutrição deveria ser trabalhada no currículo médico, como o fato de que oito das dez primeiras causas de morte nos Estados Unidos têm relação com a dieta; que as intervenções em nutrição diminuem o risco de complicações de várias enfermidades e elas diminuem o custo de outros itens de assistência à saúde (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1994). SCHULMAN (1999) destacou que com quase 20% das mortes nos Estados Unidos atribuídos à dieta imprópria e à falta de exercícios, um renovado interesse tem emergido em educação nutricional para profissionais médicos. Fatores sociopolíticos estão exercendo uma profunda influência na mudança dos currículos médicos, deslocando a medicina para longe dos currículos biomédicos tradicionais e em direção aos programas de estudo abrangentes.

Em 1985, a Academia Nacional de Ciências publicou um relatório a respeito de uma investigação sobre o ensino de nutrição na graduação médica. Os resultados apontaram que o ensino de nutrição oferecido na grade curricular médica é considerado inadequado, que as escolas atribuem a essa disciplina pouca importância e que ela é considerada como *unwanted intrusion* (WINICK, 1993). Este mesmo autor descreve que, oito anos atrás, o *National Research Council* (NRC) organizou um comitê de estudos

sobre a situação da educação em nutrição nas escolas americanas. Este grupo identificou três tipos de obstáculos.

*1) Barreiras inerentes às atitudes dos médicos em relação à ciência da nutrição*

A justificativa apresentada a este aspecto pelos pesquisadores é a de que a nutrição não é considerada uma ciência entre muitos médicos e especialistas, de modo que carece de *status*, respeito e merecimento. Pontuam também que médicos acreditam que a nutrição tem sido apropriadamente absorvida dentro de especialidades ou áreas de subespecialidades da medicina, e por fim acrescentam que os médicos não sabem o que ensinar e o que eles precisam saber sobre nutrição.

*2) Barreiras inerentes ao sistema de educação médica*

As escolas médicas discutem o pouco tempo disponível na grade curricular para inserir mais uma disciplina, como também que os comitês de política educacional e as escolas médicas são mal orientados a respeito do papel da nutrição. Acrescentam também que a nutrição é considerada como um tópico *soft*, assim não recebendo seus méritos, e que os médicos não estão convencidos da responsabilidade do conhecimento de nutrição.

*3) Barreiras inerentes à prática profissional dos médicos*

Foi evidenciado que o aconselhamento nutricional requer do médico maior tempo para a consulta, como também um reembolso adequado para essa atividade. Outro aspecto apontado é que os médicos não se sentem bem em ter que mudar o comportamento de seus pacientes.

Segundo o autor, uma das formas para incentivar a inserção da nutrição dentro da grade curricular médica é esta ser acrescentada nos exames da *National Board*<sup>3</sup>, pois somente assim as escolas médicas concordarão em ensiná-la.

---

<sup>3</sup> Provas de capacitação que os alunos de medicina realizam no final da graduação.

Também foi apontado por SWANSON (1991); SCHULMAN (1999); WOERKUM (1997); DRENTHEM (1997) que outra barreira são as falhas no currículo médico. Apresentaram que não adianta apenas incluir a nutrição, é necessário assumir a responsabilidade por ela e colocá-la em prática. Discutiram o problema da falta de comunicação adequada entre os professores e que o ensino médico tem mais ênfase na cura que na prevenção. ZIMMERMANN e KRETCHMER (1993) também apontaram que os comitês curriculares têm boa intenção de introduzir a nutrição na grade curricular, mas que são interceptados pela burocracia, política e falta de incentivo financeiro. ATKINSON (1995) acrescentou que é necessário que as sociedades norte-americanas (ex: Sociedade Americana de Nutrição Clínica (ASCN), Associação Americana de Dietética (ADA), Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral (ASPEN)), assim como outras, juntem esforços para reforçar a viabilidade e o poder da comunidade de nutrição. Segundo o autor, um trabalho em parceria poderia ajudar a romper as barreiras da introdução da nutrição no ensino médico, como também viabilizar ajuda política.

As dificuldades apresentadas nas literaturas, para a inserção da nutrição no ensino médico, deverão ser vencidas, pois a falha desse ensino repercute na assistência ao cuidado nutricional do paciente. Os países que têm a preocupação com a inserção dessa disciplina deverão também refletir sobre como buscar a conscientização e a problematização desse ensino teórico na aplicabilidade da prática clínica, sem que a nutrição seja banalizada no cuidado nutricional do paciente. Essas preocupações são necessárias para serem levantadas em pauta, pois os médicos sempre se deparam com problemas de desnutrição intra-hospitalar, como também com problemas de aumento das doenças crônicas não transmissíveis que cada vez mais sobrecarregam o sistema de saúde.

### **1.3. Os problemas alimentares e nutricionais no mundo atual**

Neste final de milênio, observou-se a manifestação de doenças crônicas não transmissíveis ocupando lugar de destaque na saúde da população dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Essas doenças se encontram atreladas às *mudanças demográficas*, ao aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade, aumento da proporção de idosos, composição populacional e diminuição da fecundidade, bem como *mudanças*

*epidemiológicas*, envolvendo diminuição na taxa de mortalidade por doenças infecciosas e infantis, aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis<sup>4</sup>, particularmente das cardiovasculares e do câncer (BARRETO e CARMO, 1995; BARRETO e CARMO, 1998; WALDMAN, 2000). WALDMAN (2000) apontou que essas transformações estão envolvidas com múltiplos fatores. O mesmo autor apontou aspectos particularmente associados a esse amplo processo: a) industrialização; b) modelos de desenvolvimento econômico com repercussões nos processos migratórios, na urbanização, no declínio da fecundidade, nas alterações do ambiente; c) ampliação do acesso à água para abastecimento público; d) expansão da educação e da rede de serviços de saúde; e) aumento da renda com melhora das condições habitacionais e da disponibilidade de alimentos, diminuindo a desnutrição; f) mudanças no estilo de vida, com o homem adotando hábitos mais sedentários, submetendo-se a situações de maior estresse e, além disso, alterando seus costumes alimentares, entre eles a substituição de alimentos *in natura* por produtos industrializados; g) ingresso da mulher no mercado de trabalho e maior acesso a métodos de contracepção; h) aprimoramento das técnicas de preservação de alimentos; i) incorporação de novas tecnologias médicas.

WALDMAN (2000) citou ainda, em seu trabalho, dados sobre as principais causas de morte no mundo, em 1998, retirados da *World Health Report* de 1999, destacando-se as doenças isquêmicas do coração (13,7%) e doenças cerebrovasculares (9,5%) como líderes do *ranking* mundial, seguidas pelas doenças respiratórias agudas com 6,4%. Assim, os dados estatísticos apontam atualmente o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Atualmente, no Brasil, tem ocorrido uma importante mudança no perfil de morbi-mortalidade pois tem-se observado um aumento significativo na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, aterosclerose, cardiopatias, diabetes e alguns tipos de câncer (DUTRA DE OLIVEIRA, 1992; MONTEIRO e cols. 2000).

Dados de 1994 citados por BARRETO e CARMO (1998) relacionados às taxas de mortalidade no Brasil, demonstraram que as quatro principais causas básicas de óbito

---

<sup>4</sup> "Doenças não-infecciosas, crônicas não transmissíveis ou crônico-degenerativas são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizadas pela ausência de microorganismos no modelo patológico, pela não-transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade" ,LESSA, 1998: 29.

são representadas por doenças crônicas não transmissíveis, tais como: infarto agudo do miocárdio, como principal causa, seguido de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e diabetes. A mortalidade relacionada às doenças citadas acima é mais encontrada nas Regiões Sul e Sudeste do que na Região Nordeste.

O levantamento realizado no Brasil, em 1989, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, mostrou que a prevalência de obesidade para homens era de 4,8% e para mulheres de 11,7%. A prevalência de sobrepeso (IMC<sup>5</sup> 25-29,9) observada foi de 22,6% para homens e de 26,5% para mulheres (CÂNDIDO e CAMPOS, 1996). MONTEIRO e cols. (2000) descreveram ainda que, em 1974, havia na população infantil brasileira mais de quatro desnutridos para cada obeso e que, em 1989, esta relação caiu para dois desnutridos para cada obeso. Ocorreram alterações também com a população adulta, a qual, em 1974, apresentava um e meio desnutrido para cada obeso, e em 1989 apresentava a obesidade excedendo em duas vezes a desnutrição.

LESSA (1998: 147) descreveu que “a obesidade é um bom exemplo das interações entre fatores de risco e da possibilidade de confundimentos: vários fatores de risco comuns à determinação da obesidade são também determinantes da hipertensão, do diabetes e das dislipidemias, mas a própria obesidade é determinante da hipertensão, do diabetes e de outras doenças cardiovasculares, além de doenças como as articulares, as das vias biliares e de algumas neoplasias malignas etc.”. A mesma autora completou que não existem estudos sobre a mortalidade pela obesidade no Brasil, e que nem sequer ela é mencionada como causa associada nas declarações de óbito.

De acordo com o Ministério da Saúde, de 1976 a 1991, o número de homens obesos cresceu em 30% e de mulheres em 43% (CÂNDIDO e CAMPOS, 1996). Estas mudanças no estado nutricional da população estão relacionadas com as alterações do hábito alimentar dessa população no decorrer dos anos.

Com esta preocupação pelo aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, alguns estudos estão sendo desenvolvidos para investigar as mudanças dos hábitos alimentares da população no mundo. Estes padrões alimentares, encontrados em cada país e região do mundo, comumente convergem para uma dieta rica em

---

<sup>5</sup> IMC (Índice de Massa Corpórea);  $IMC = \text{peso (em quilogramas)} / \text{altura (em metros}^2\text{)}$ , MAHAN e ARLIN, 1994.

gorduras (particularmente de origem animal), açúcar e alimentos refinados e reduzida em carboidratos complexos e fibras (MONTEIRO e cols., 2000).

MONDINI e MONTEIRO (2000: 79), apoiando-se em estudos da Fundação Getúlio Vargas sobre pesquisas de orçamentos familiares, realizados em 1961/63 e

1987/88 e em dados do ENDEF– Estudo Nacional de Defesa Familiar– obtidos pelo IBGE– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– em 1974/75, diagnosticaram mudanças importantes no padrão alimentar das populações urbanas do Sudeste e Nordeste. Afirmam os autores que houve: “1) a redução do consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos, observada, principalmente, da década de 70 para a década de 80; 2) o aumento contínuo no consumo de ovos, leite e derivados; 3) a substituição da banha, do toucinho e da manteiga por óleos vegetais e margarinas; 4) o aumento no consumo de carnes, principalmente a partir da segunda metade da década de 70”. Outro aspecto observado nos resultados foi sobre o consumo de açúcar, que compõe cerca de um quarto de carboidratos da dieta o que supera em quase 50% o limite máximo recomendado pela OMS– Organização Mundial da Saúde.

O Estudo Multicêntrico de Consumo Familiar de Alimentos, realizado em 1996/1997 nas cidades de Campinas, Goiânia, Ouro Preto, Rio de Janeiro e Curitiba, levantou um perfil alimentar e nutricional da população brasileira. A variação, em percentual, do consumo dos alimentos mais importantes quanto ao fornecimento diário de energia (comparado com o estudo da POF– Pesquisa de Orçamentos Familiares– da Fundação Getúlio Vargas, de 1988) mostrou que houve, nesse período, uma variação importante na contribuição de certos alimentos para o valor calórico total da dieta. A contribuição da laranja para o VCT (valor calórico total) da dieta aumentou em Ouro Preto (2%), Goiânia (41,3%), Rio de Janeiro (317,8%) e Curitiba (319,3%), porém, em Campinas, ela nem sequer aparece entre os 20 alimentos mais importantes quanto ao fornecimento de energia. O açúcar foi um dos alimentos presentes em todas as cidades, sendo que este mostrou uma variação positivamente acentuada nas cidades de Campinas (13%), Goiânia (11,5%) e Ouro Preto (18,2%), enquanto no Rio de Janeiro e em Curitiba o percentual de contribuição praticamente não se alterou (–0,8% e 0,7% respectivamente). Chama a atenção, na cidade de Campinas, a relação acentuada para o consumo de refrigerante e leite condensado, que apresentaram 234,4% e 198,8% de aumento respectivamente. Outro dado observado foi o percentual de indivíduos com

consumo inadequado de gordura, ácidos graxos saturados e colesterol. Esses nutrientes se encontravam inadequados na faixa etária de 18 até 64 anos, sendo que apenas para a faixa etária acima de 65 anos os valores estavam adequados (BRASIL - Ministério da Saúde, 1997).

HERRERA e cols. (1996) investigaram, em 1991, fatores aterogênicos da dieta na população costa-riquenha em diferentes grupos populacionais e geográficos. Observaram que, em nível nacional, a quantidade de gordura chegou a 29%, superando os valores recomendados e que, em alguns locais de estrato econômico alto da zona urbana do país, alcançou 35%. A gordura saturada ultrapassava as recomendações estabelecidas pela América Latina (< 8%). As gorduras poliinsaturadas encontravam-se abaixo do valor recomendado e as gorduras monoinsaturadas encontravam-se dentro do recomendado. O consumo de colesterol encontrava-se dentro das recomendações diárias, exceto na área urbana onde reside o segmento de classe econômica alta do país (310 mg). O índice de gordura saturada-colesterol mostrava valores de risco aterogênico em todas as dietas analisadas. Os carboidratos das dietas nacionais encontravam-se dentro da recomendação, mas em alguns lugares da zona rural o nível alcançou 64%. O consumo de fibras dietéticas em todos os casos encontrava-se abaixo do limite inferior recomendado, mas na zona rural o consumo era maior. É interessante citar que o feijão foi o alimento que proporcionou a maior quantidade de fibras. Cabe destacar que, na Costa Rica, 20% da população adulta apresentava valores de colesterol sérico elevados e que a prevalência de obesidade foi de 31,7%, o que poderia levar a considerar que a alimentação contribuía, de maneira importante, como um fator de risco das enfermidades cardiovasculares.

DUTRA DE OLIVEIRA e cols. (1996) relataram que a boa alimentação e a boa nutrição dependem da produção, da distribuição e do consumo de alimentos, fatores influenciados pela economia e pela educação. Apontaram também que a influência do mau hábito alimentar se encontra presente em todos os estratos sociais, e que há necessidade de a população considerar que a boa nutrição resulta em melhoria das condições de saúde, maior capacidade de aprender e de trabalhar, maior desenvolvimento físico e mental e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Complementaram que o conhecimento e a especialização em nutrição e em ciências nutricionais não se restringem apenas à área biológica ou médica, mas se estendem

também pela área humana e biossocial, exigindo um treinamento especial para compreendê-las.

As condições para uma boa alimentação encontram-se ligadas diretamente às questões políticas nacionais. A não-distribuição adequada de renda, o aumento incessante das desigualdades sociais e regionais, a falta de investimento no setor agrícola e o rápido desenvolvimento da indústria de alimentos vêm comprometendo, cada vez mais, a adequação alimentar, agravada pela falta de investimentos no ensino de nutrição e na educação nutricional.

Há que se considerar que os profissionais de saúde, aos quais se atribui parcela de responsabilidade pelos hábitos alimentares das pessoas, são também cidadãos influenciados pela indústria e pela mídia. O conhecimento é consubstanciado com base em informações e teorias que não são construções autônomas e individuais, mas advêm também da inserção em determinado contexto social e cultural (JAPIASSU, 1977; SANTOS F<sup>o</sup> e GAMBOA, 1995). E dentro da estrutura do conhecimento adquirido, temos que apresentar discernimento para compreender e enfrentar os fatos propostos na vida profissional e também pessoal. A este respeito, referindo-se especificamente à nutrição, diz BOOG (1999c: 143) que “não basta ‘possuir’ o conhecimento, é preciso levá-lo ao nível da análise crítica do próprio hábito e das próprias representações relativas ao ato da alimentação”.

No caso dos médicos, os conhecimentos de nutrição, adquiridos nos cursos de graduação, vão determinar a forma de abordagem dos problemas alimentares na prática clínica (BOOG, 1999b) e provavelmente a qualidade da assistência nutricional prestada ao paciente hospitalizado, a qual implica nutrir e também garantir uma atenção aos aspectos psicossociais da alimentação.

#### **1.4. O cuidar e o descuidar presentes na assistência à saúde**

Quando nos reportamos ao cuidar, perguntamo-nos se os profissionais de saúde que estão diretamente ligados a este processo o consideram e o valorizam em suas atividades diárias.

Buscando o significado da palavra *cuidar* no dicionário, encontramos sua origem no *cogitare*, em latim, o qual significa imaginar, pensar, meditar, coagir, excogitar, julgar, supor, refletir, ter cuidado, tratar, fazer os preparativos, julgar-se, ter-se cuidado consigo e com sua saúde, a sua aparência ou apresentação. Enquanto *cuidado* significa atenção, preocupação, cautela, zelo, encargo, responsabilidade, conta, pessoa ou coisa que é objeto de desvelo, pensado, imaginado, meditado, previsto, calculado, suposto (FERREIRA, 1986).

PADILHA (1999: 8) abordou que o “descuidar na assistência à saúde implica reconhecer que se trata de uma questão ética de relevância, alicerçada na bioética e em seus princípios, mais precisamente no da beneficência/não-maleficência”. A mesma autora completou que a beneficência, no sentido estrito, deve ser compreendida como dupla obrigação: primeiro, não causar danos e, segundo, maximizar o número de possíveis benefícios, minimizando os prejuízos. Assim sendo, tem-se na vigência de uma situação adversa ou iatrogênica, de qualquer natureza, um distanciamento das doutrinas éticas estabelecidas pelos códigos profissionais que poderão resultar em conseqüências indesejáveis, de magnitude muitas vezes, imprevisíveis, tanto para o paciente como a profissional, família, instituição e sociedade.

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional – IBRANUTRI – (WAITZBERG e cols., 1996: 124) demonstrou “reduzida consciência das equipes de saúde quanto à importância do estado nutricional do paciente”. Foram avaliados 4.000 doentes, internados nos hospitais da rede pública de 12 Estados e do Distrito Federal, revelando que quase metade dos doentes (48,1%) se encontrava desnutrida. Desses pacientes, apenas 18,8% tinham algum tipo de anotação de seu estado nutricional em seus prontuários, sendo que 75% deles se encontravam a menos de 50 metros de uma balança. A falta de suplementação alimentar foi outro problema observado neste estudo: apenas 10,1% dos pacientes desnutridos receberam nutrição enteral. A não-existência, na maioria dos hospitais do Brasil, de uma cultura de valorização do estado nutricional dos doentes em parte deve-se à falta de consciência da equipe de saúde sobre a importância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes.

Este problema é apontado nos textos de medicina, posto que existe uma lacuna do ensino de nutrição na prática médica (ROVIRA e cols., 1998; MANT, 1997;

FRANKLE, 1976a). Entretanto, a preocupação deverá também remeter aos problemas de desnutrição intra-hospitalar, que ocorrem nas enfermarias de cirurgia.

"A desnutrição protéica-energética constitui um dos principais problemas dos pacientes hospitalizados, particularmente em uma enfermaria de cirurgia geral. A resposta endócrino metabólica ao trauma cirúrgico acarreta um gasto energético adicional ao metabolismo basal, e, portanto, um aumento das necessidades energéticas. Essa resposta é diretamente proporcional à intensidade do trauma e é maior na presença de infecções, que podem ocorrer tanto no período pré como pós-operatório. O conjunto das condições que ocorrem nesses períodos (jejum prolongado, complicações de ordem séptica, doenças de base etc.) determina, com frequência, um déficit ponderal e nutricional que pode agravar o estado nutricional do paciente, com aumento dos índices de morbidade e mortalidade operatória" (NASCIMENTO e cols., 1991: 193).

É citado no artigo de GEYMAN (1984) um trabalho realizado por Bristrian e cols. que notaram uma prevalência alarmante de desnutrição protéico-calórica em pacientes cirúrgicos de um hospital-escola dos Estados Unidos.

ROVIRA e cols. (1998), estudando o estado nutricional de pacientes cirúrgicos no Hospital Arnau de Vilanova em Valência, observaram que dos 125 pacientes avaliados, 57% deles sofriam algum tipo de complicação pós-operatória e as complicações eram mais frequentes em pacientes já desnutridos. O cuidado nutricional que o médico deverá ter com o paciente é mais do que fazer simplesmente uma anotação na prescrição, mas, sim, ter um envolvimento crítico, não descartando os aspectos psicológicos e cognitivos desse paciente.

No Brasil há escassa literatura sobre cuidado nutricional. BOOG (1999a: 17), em artigo sobre o papel do enfermeiro no processo do cuidado nutricional, definiu este como um "conjunto de medidas a serem tomadas a fim de prover, ao paciente, uma alimentação com finalidade terapêutica, que garanta o fornecimento adequado de nutrientes, previna a desnutrição e contribua para o controle do processo patológico e a recuperação da saúde, proporcionando, ao mesmo tempo, o maior grau possível de satisfação sensorial e psicológica". Enfatizou também que o ato da alimentação é uma atividade tão simples e corriqueira que, se não nos detivermos nesta análise, ela acaba

passando despercebida na assistência, quando não associada diretamente a uma patologia.

Segundo MAHAN e ARLIN (1995), o processo do cuidado nutricional aos pacientes consiste em: 1) avaliação do estado nutricional; 2) identificação das necessidades ou dos problemas nutricionais; 3) planejamento e priorização dos objetos do cuidado nutricional para atingir essas necessidades; 4) complementação de atividades nutricionais para atingir os objetivos; 5) avaliação do cuidado dispensado.

Existe uma grande necessidade de que os profissionais da área de saúde, em contato com os pacientes, dêem importância ao cuidado nutricional (GRANT, 1996). “A pouca atenção dada aos aspectos nutricionais não decorre apenas da falta de recursos, mas do despreparo dos profissionais de saúde para lidar com esta questão” (BOOG, 1999b: 18).

## OBJETIVOS

---

2

### **2.1. Geral:**

- Levantar subsídios a uma proposta pedagógica para o ensino de nutrição nos cursos de medicina.

### **2.2. Específicos:**

- Descrever o ensino de nutrição recebido pelos médicos residentes de cirurgia no período de graduação.
- Identificar e analisar a compreensão dos residentes sobre a importância da alimentação na rotina diária.
- Identificar e analisar a abordagem dos residentes em relação aos problemas alimentares e nutricionais dos pacientes.

## MÉTODO

---

3

Para a construção do método, várias leituras foram realizadas no intuito de responder aos questionamentos que surgiram. As leituras que subsidiaram a constituição do método foram: MINAYO (1990), que esclareceu as várias abordagens que a sociologia oferece; LÜDKE e ANDRÉ (1986) ajudaram a definir a forma de como trabalhar com os sujeitos da pesquisa no campo e a melhor forma de abordar os sujeitos escolhidos; BARDIN (1977) para subsidiar a forma de análise dos resultados da pesquisa; e SANTOS e GAMBOA (2000), que contribuíram para esclarecer a forma de trabalhar com método quantitativo e qualitativo, explicando as necessidades de aproximação. Durante o decorrer das leituras, foi feita a opção pelo método quanti-qualitativo que responde melhor ao objeto e aos objetivos do trabalho. SANTOS e GAMBOA (2000: 46), referindo-se a pesquisas já concluídas, afirmaram que, quando se optava por “abordagem quantitativa e qualitativa na pesquisa de um mesmo problema, o resultado era um *insight*, uma compreensão e poder preditivo mais considerável”. Os mesmos autores completaram que o método científico quantitativo, que já tinha uma eficácia nas ciências naturais, não poderia ser esquecido na pesquisa dos problemas humanos e que esse método não é incompatível e pode ser usado pelos pesquisadores sem caírem em contradição epistemológica.

POLIT e HUNGLER (1991) descreveram também que o método quantitativo e o qualitativo são complementares. Os estudos quantitativos são freqüentemente fortes em termos de generalização e precisão, controle de variáveis externas e confiabilidade das medidas. Introduzindo controle rígido sobre a pesquisa, esta pode contudo falhar em capturar o contexto total da situação e pode sofrer superficialidade. A força da pesquisa qualitativa repousa em sua confiabilidade e no seu potencial de produzir *insights* na natureza verdadeira dos fenômenos complexos, por meio da apreensão das informações profundas. Segundo as mesmas autoras, a utilização de ambos os métodos pode ser trabalhado na triangulação, que se refere ao uso de múltiplos métodos ou perspectivas para coletar e interpretar dados sobre alguns fenômenos na ordem de convergir em representação precisa da realidade (Denzin *apud* POLIT e HUNGLER, 1991).

Na pesquisa qualitativa, são evidenciadas cinco características as quais foram discutidas por Bogdan e Bikler (*apud* LÜDKE e ANDRÉ, 1986: 11). Estas características são: “1) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento; 2) os dados coletados são

predominantemente descritivos; 3) a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; 4) o 'significado' que as pessoas dão às coisas e à vida são focos de atenção especial pelo pesquisador; 5) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo".

Em face dos objetivos do trabalho, optou-se por trabalhar com dois instrumentos, sendo um de perguntas fechadas e abertas e o segundo só de questões abertas, aplicado por intermédio de entrevistas. O primeiro instrumento investigou o ensino de nutrição que os residentes obtiveram na graduação. A elaboração desse instrumento deveria ser de fácil preenchimento, que não ocupasse muito tempo do residente, que facilitasse a proximidade da pesquisadora com o grupo pesquisado e que ajudasse a selecionar, por meio da aplicação de critérios, indivíduos para o segundo momento da pesquisa.

A etapa na qual se investigou mais profundamente a compreensão dos residentes sobre a importância dada à alimentação e a abordagem em relação aos problemas alimentares e nutricionais dos pacientes trouxe questões do cotidiano pessoal e experiências relatadas nas falas.

### **3.1. Procedimentos metodológicos**

#### **3.1.1. Local da pesquisa**

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que se caracteriza como hospital-escola e conta com 413 leitos.

Essa instituição de ensino médico não oferece na sua grade curricular o ensino formal de nutrição. Durante o período de graduação dos alunos de medicina, são oferecidas 71 disciplinas obrigatórias, e destas, cinco abordam, em forma de aulas ou seminários, assuntos relacionados à nutrição (dados relativos ao ano letivo de 2000).

O grupo de residentes de cirurgia estudado foi suficientemente heterogêneo quanto à origem universitária, contando com médicos procedentes de 6 estados e 11 faculdades (Tabela 2), o que permite averiguar diferentes abordagens e formas de ensino de nutrição na graduação.

Esse grupo de pesquisa foi selecionado por dois motivos: primeiro porque, durante os estágios universitários da pesquisadora, o contato com residentes dessa área fez emergir um questionamento acerca das razões pelas quais os residentes não se envolviam mais no processo de cuidado nutricional, e segundo, porque conta com médicos de várias especialidades para as quais a nutrição desempenha papel importante na evolução clínica e cirúrgica do paciente.

Na época do levantamento dos dados nessa universidade, o hospital-escola contava com 12 nutricionistas ligadas à D.N.D. (Divisão de Nutrição e Dietética), sendo 5 responsáveis pelo setor de produção. Destas, uma estava designada ao cargo de diretora e outra ao de assistente técnica da diretoria. Sete nutricionistas eram responsáveis pela nutrição clínica, desenvolvendo em suas rotinas de trabalho orientação e avaliação nutricional em pacientes de ambulatórios e enfermarias de todo o hospital. As alterações sugeridas em relação às dietas pelas nutricionistas eram discutidas com os residentes e docentes responsáveis pelas disciplinas. Existe também uma profissional ligada ao G.A.N (Grupo de Apoio Nutricional), responsável pela nutrição enteral e parenteral do hospital, sendo que esta se encontrava muito presente nas disciplinas de cirurgia do Trauma e Unidade de Terapia Intensiva. A prescrição da dieta no hospital é realizada pelos residentes e discutida com os docentes e residentes mais graduados. As nutricionistas discutem com os médicos as alterações das dietas. Isso se dá porque elas passam visitas em algumas enfermarias e alguns ambulatórios. É necessário citar também que determinadas áreas possuem uma atuação mais direta dos profissionais de nutrição, como é o caso da Pediatria, das Unidades de Transplantes de Órgãos e da Unidade de Terapia Intensiva e Trauma.

### **3.1.2. Sujeitos**

Por intermédio da secretaria responsável pelo registro acadêmico dos residentes, foi levantado o total de 60 médicos, residentes de cirurgia, vinculados a 10 disciplinas: Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Moléstia Vasculár Periférica, Unidade de Terapia Intensiva, Urologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia do Trauma, Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia) e Cirurgia do Tórax.

Dois residentes, um do primeiro e outro do terceiro ano, não fizeram parte da pesquisa pois se encontravam em férias (os dois são oriundos da UNICAMP) e três

residentes do terceiro ano, pertencentes à disciplina Unidade de Terapia Intensiva foram excluídos da pesquisa pois não eram cirurgiões: dois eram médicos clínicos e um anesthesiologista. É importante acrescentar que, na distribuição dos questionários na primeira etapa, estes residentes participaram porque constavam na relação de alunos da disciplina Unidade de Terapia Intensiva que, no curso de residência dessa universidade, integra o rol das disciplinas de cirurgia, de tal forma que os médicos residentes na UTI podem ser cirurgiões ou clínicos, e no presente ano todos eram clínicos. A pesquisadora só identificou que eram médicos clínicos, após o momento da distribuição do instrumento, mas seus respectivos dados não fizeram parte das análises e eles não foram entrevistados.

Sendo assim, foram estudados 55 sujeitos do primeiro ao quinto ano de residência (Tabela 1), de ambos os sexos, sendo 9 (16,4 %) do sexo feminino e 48 (83,6%) do sexo masculino, com a faixa de idade variando de 23 a 34 anos, sendo a maior frequência na faixa etária entre 26 e 27 anos (média de 26,6 anos).

Tabela 1: Procedência Universitária dos Residentes de Cirurgia (UNICAMP, 2000)

<b>Ano da residência</b>	<b>Nº de residentes da UNICAMP</b>	<b>Nº de residentes de outras Universidades</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
R1	10	2	12	21,8
R2	11	2	13	23,6
R3	8	5	13	23,6
R4	5	7	12	21,8
R5	2	3	5	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

Do total, 65,5% eram oriundos da própria UNICAMP, e 34,5% de outras 11 instituições, distribuídas por 6 estados (Tabela 2).

Tabela 2: Procedência Geográfica dos Residentes de Cirurgia (UNICAMP, 2000)

	MA	CE	BA	MS	MG*	SP**		TOTAL
						UNICAMP	OUTRAS	
R1	0	1	1	0	0	10	0	12
R2	0	0	1	0	0	11	1	13
R3	0	0	2	1	0	8	2	13
R4	1	1	1	0	3	5	1	12
R5	0	0	1	0	1	2	1	5
TOTAL	1	2	6	1	4	36	5	55

\*Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Juiz de Fora.

\*\*PUCCAMP, USP São Paulo, USP Ribeirão Preto, UNIFESP.

### 3.1.3. Instrumentos

Foram elaborados dois instrumentos para a pesquisa, sendo um em forma de questionário. Este serviu para a obtenção de dados descritivos do ensino de nutrição na graduação, atendendo ao primeiro objetivo específico do trabalho. O outro instrumento, com perguntas abertas, versou também sobre o ensino de nutrição durante a graduação médica e visou a obter dados para responder aos demais objetivos. Durante essa etapa de coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas individuais com os sujeitos selecionados.

É importante salientar que os instrumentos foram alterados em dois momentos: o primeiro, após o pré-teste, realizado nos dias 28/3 e 4/4/2000 com três ex-residentes de cirurgia das disciplinas de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Urologia, que haviam se desligado da residência naquele ano. A escolha destes foi aleatória. Para facilitar, foram escolhidos residentes que, de alguma forma, mantinham vínculo com a instituição. Com este grupo foram testados o primeiro e o segundo instrumento. Nesta etapa o primeiro instrumento possuía 8 questões e o segundo, 12 questões.

O segundo momento foi após o envio à Fundação à Amparo e Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), instituição financiadora da pesquisa. O parecerista fez sugestões para acrescentar, no primeiro instrumento, itens que abordassem o contato dos residentes com publicações brasileiras voltadas à nutrição e organizações médicas que desenvolvessem ensino *lato sensu* em nutrição. Foram então elaboradas e acrescentadas mais 6 questões. Após as alterações sugeridas, o primeiro instrumento passou a ter 14 questões e o segundo manteve-se sem alteração.

### 3.1.4. Coleta de dados

A descrição será feita em duas etapas, de acordo com o ocorrido na pesquisa, para facilitar a compreensão dos procedimentos relativos à coleta.

#### A) PRIMEIRA ETAPA

##### A.1. Encaminhamento do projeto às disciplinas

O projeto<sup>6</sup> foi entregue com o anexo da aprovação do Comitê de Ética da universidade aos dez professores responsáveis pelas disciplinas envolvidas na pesquisa, no período de maio a junho de 2000. Nesse mesmo período, ocorreu a coleta da aprovação, isto é, os professores responsáveis assinaram o termo de consentimento (anexo V) para realização da pesquisa nessas disciplinas. Outro docente de uma das disciplinas envolvidas mostrou-se interessado e solicitou o envio do relatório final da pesquisa para aprimoramento da disciplina.

Após a autorização dos professores, foi entregue aos residentes o primeiro questionário.

##### A.2. Procedimento a entrega dos questionários

###### ▪ **Apresentação da pesquisa**

Antes da entrega do questionário (anexo I) aos residentes, a pesquisadora apresentou e explicou a pesquisa, e consultou-os sobre se gostariam de participar. Isso ocorreu de forma espontânea, individual ou em grupo. Após a aprovação, a pesquisadora distribuiu os questionários, sempre anotando a que disciplina o residente se encontrava vinculado.

###### ▪ **Distribuição dos questionários**

A primeira entrega foi realizada no final do mês de agosto (dia 29) aos

---

<sup>6</sup> O projeto entregue aos professores das disciplinas, foi aquele que não havia sido, no momento, alterado com as sugestões da FAPESP.

residentes de duas disciplinas. Após o recolhimento dos questionários preenchidos, estes foram entregues aos residentes de mais duas disciplinas, e assim por diante. A entrega ocorria de segunda a quarta-feira, e o recolhimento dos questionários de quarta até sexta-feira. Os residentes não ficavam com o questionário durante o final de semana, em razão da atribuição de atividades nesse período, o que poderia fazê-los esquecerem de desses questionários. Nove (16,4%) dos residentes não devolveram os questionários no período descrito acima. Eles os levaram para suas residências e permaneceram com eles durante uma semana ou até dez dias, demandando assim a procura dos residentes durante as semanas consecutivas e a cobrança dos questionários.

A entrega de 70% dos questionários foi realizada em enfermarias e outros 30%, em ambulatórios. Desses 30% de questionários entregues em ambulatórios, apenas um ambulatório possibilitou a coleta no mesmo dia. A pesquisadora ficou durante três horas à disposição dos residentes, aguardando o preenchimento dos dados para evitar que levassem o questionário embora, garantindo assim o seu recolhimento.

#### ▪ **Período de coleta dos questionários**

Do total de 55 questionários entregues, 46 (83,63%) foram recolhidos até o dia 20 de setembro de 2000, enquanto 9 (16,37%) foram devolvidos até o dia 16 de outubro do mesmo ano, totalizando 45 dias de coleta.

#### ▪ **Intercorrências mais freqüentes**

As intercorrências mais freqüentes foram a falta de tempo para o preenchimento no momento da entrega e o esquecimento da devolução do questionário na data estabelecida. Durante esse período ocorreu, no dia 11 de setembro, a troca dos residentes do primeiro e segundo ano nas disciplinas. Assim sendo, a pesquisadora teve que retornar aos departamentos em que já havia passado para entregar ou pegar os questionários dos residentes do primeiro e segundo ano. Havia dois residentes de cirurgia do segundo ano no Hospital Imaculada Conceição, na cidade de Sumaré. Esse hospital está vinculado à UNICAMP e disponibiliza um campo de estágio comunitário durante a residência de cirurgia da universidade, tendo um professor dessa universidade como responsável. Nesse caso foi deixado com o colega da disciplina da Cirurgia do Trauma apenas um questionário para ser entregue ao residente (pois o outro residente já havia sido entrevistado em outra disciplina) e foi marcada uma data para o recolhimento do

questionário, no hospital da cidade de Sumaré. É importante ressaltar que foi adaptada a coleta à rotina de trabalho dos residentes. Em cada enfermaria foi identificada a rotina diária, evidenciando os dias em que eles estariam no centro cirúrgico e quando estariam nos ambulatorios. Foi feito o levantamento e, com base nele, criou-se uma estratégia de abordagem desses residentes. A pesquisadora evitou ao máximo a entrada no centro cirúrgico, pois o ambiente é privativo da profissão e a entrada de terceiros poderia atrapalhar a rotina, e o questionário poderia ainda ser preenchido atabalhoadamente. A entrada no centro cirúrgico ocorreu três vezes, sendo duas para pegar o questionário preenchido e outra para entregá-lo ao residente, que preferiu preenchê-lo no momento.

Esta descrição é relevante pois o acesso a esse tipo de sujeito é considerado muito difícil, quer seja pela própria dinâmica do centro cirúrgico, quer seja pela adesão dos médicos.

## **B) PREPARAÇÃO PARA A SEGUNDA ETAPA**

### **B.1. Formação de critérios para seleção dos entrevistados na segunda etapa:**

Foram criados critérios de inclusão para a escolha dos questionários desses residentes no segundo momento: a entrevista. Esses critérios foram elaborados quando da análise dos questionários.

Os critérios adotados para inclusão dos sujeitos foram:

*1. Divergência de respostas em relação ao ensino de nutrição, no período de graduação entre alunos oriundos da mesma universidade*

No momento em que começaram a ser manuseados os questionários, percebeu-se que alguns alunos, provenientes da mesma universidade, deram opiniões diferentes sobre o ensino de nutrição. Uma das questões, que investigava se o ensino de nutrição durante o período de graduação teria sido suficiente ou insuficiente, identificou indivíduos provenientes da mesma instituição, cujas respostas eram divergentes. É importante citar que esses indivíduos pertenciam às universidades da região Sudeste (São Paulo e Minas Gerais) e Nordeste (Bahia). As seis universidades que tinham apenas

um representante foram mantidas na pesquisa, pelo fato de apresentarem diversidade nas formas de ensino formal ou informal de nutrição.

*2. Obter a maior diversidade possível das especialidades e dos anos de residência*

Como foram trabalhados todos os anos de residência, tentou-se investigar indivíduos distribuídos por todos os anos disponíveis, para também manter uma heterogeneidade em relação às respostas. Em relação ao ano de residência, foram selecionados três representantes do quinto ano, seis do quarto ano, três do terceiro, um do segundo e um do primeiro ano.

### **C) SEGUNDA ETAPA**

Buscou-se, nesta segunda etapa, a maior heterogeneidade possível a fim de compor um grupo que refletisse as múltiplas dimensões, no presente estudo, assumidas pelo ensino de nutrição nas diferentes instituições de origem.

Nessa etapa, foi utilizado um instrumento com perguntas abertas e foram realizadas entrevistas individuais. As anotações de campo foram registradas com as sugestões de LÜDKE e ANDRÉ (1986: 30): “1) Descrição dos sujeitos; 2) reconstrução de diálogos; 3) descrição de locais; 4) descrição de eventos especiais; 5) descrição das atividades; 6) os comportamentos do observador”.

#### **▪ Escolha dos sujeitos**

Foram selecionados 15 residentes que atenderam aos critérios criados (descritos no item “Preparação para a segunda etapa”). Participaram desse momento residentes das disciplinas de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Moléstia Vascular Periférica, Urologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Trauma, Moléstias do Aparelho Digestivo (Gastrocirurgia) e Cirurgia do Tórax, envolvendo uma universidade particular, quatro universidades estaduais e seis universidades federais, distribuídas nas regiões: Sudeste (São Paulo e Minas Gerais), Nordeste (Maranhão, Ceará e Bahia) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul).

A seleção desses sujeitos obedeceu ao que foi apontado por MINAYO (1999) para amostragem em pesquisa qualitativa. Enquanto numa abordagem quantitativa se busca um critério de representatividade numérica, numa vertente qualitativa é menos importante a generalização, uma vez que a pesquisa qualitativa privilegia o aprofundamento e a compreensão. Segundo MINAYO (1999), a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões e, por isso, privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos os quais o investigador pretende conhecer.

#### ▪ **Procedimentos da entrevista**

Os residentes selecionados foram abordados pela pesquisadora, que apresentou o motivo pelo qual os tinha selecionado com o questionário em mãos, para apontar algumas das respostas que haviam chamado sua atenção. A partir daí, sintetizou-se a idéia principal, para o residente, do que ele tinha colocado. Conversaram informalmente e então os residentes foram convidados para a segunda etapa. Após a aceitação de participar do segundo momento, agendava-se previamente uma data para a realização da entrevista.

O período de realização das entrevistas ocorreu do dia 7 de novembro até 22 de dezembro de 2000, totalizando 45 dias. O período total, considerando as duas etapas, foi de três meses.

Quatro residentes participantes dessa etapa tomaram a iniciativa de deixar os números dos *bips* com a pesquisadora, solicitando-lhe que entrasse em contato algumas horas antes da entrevista, lembrando-os do compromisso e combinando o local para a entrevista.

#### ▪ **Intercorrências mais freqüentes**

Durante o período das entrevistas, as intercorrências mais freqüentes foram: escassez do tempo disponível, local, chamadas e *bips*. Por mais que as entrevistas tivessem sido agendadas antecipadamente, várias vezes não puderam ser realizadas por causa de algum imprevisto, entre estes, cirurgias de emergência. Alguns dos residentes não puderam se ausentar da enfermaria, o que obrigou à realização da entrevista no local. Três residentes foram várias vezes interrompidos para atender imprevistos. Nestes casos, a pesquisadora sempre os questionava sobre se gostariam de continuar ou

agendariam outro dia. Geralmente os residentes resolviam as intercorrências e retornavam para junto da pesquisadora, dando continuidade às entrevistas. Em nenhum caso foi suspensa a pesquisa.

#### ▪ Técnica

As entrevistas foram realizadas em locais reservados como: salas individuais na biblioteca da Faculdade de Medicina, ambulatórios, salas de reunião e enfermarias.

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada (anexo 2), sendo que em nenhum momento foi alterada a ordem de seqüência das perguntas. Três dos residentes entrevistados pediram para olhar o questionário antes do início da pesquisa. Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora explicou os três momentos que são evidenciados no instrumento. Na última etapa, sobre a pergunta número um, que se reporta ao IBRANUTRI, todos pediram mais informações, pois desconheciam essa pesquisa.

Optou-se por esta técnica pelo fato de que a entrevista constitui, segundo MINAYO (1993: 109), um instrumento privilegiado de coleta de informações dada “a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo pela magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas”.

A gravação foi o recurso escolhido, pois possibilita melhor apreensão dos depoimentos, evitando assim a perda de registros importantes. Os entrevistados foram consultados em relação à gravação da entrevista e não ocorreu nenhuma recusa.

### 3.1.5. Análise dos dados

#### Primeira etapa

- Avaliação estatística da primeira etapa

No primeiro contato com os questionários, foi realizada a separação destes por ano de residência (R1 a R5). Foi utilizado o software Epi Info 6 e realizada uma análise estatística descritiva pela freqüência e pelo percentual dos dados. Este instrumento foi criado para subsidiar a seleção dos indivíduos para a segunda etapa.

## Segunda etapa

- Transcrição das fitas

Foi realizada pela pesquisadora, diretamente do gravador para o microcomputador, e revisada também pela mesma e outras duas pessoas. Foi elaborado um livro de transcrições<sup>7</sup> o qual resultou em 168 páginas.

- Leitura do material

Foram realizadas várias leituras do material. Primeiramente foi lido todo o material, depois foi realizada uma leitura horizontal de cada pergunta do texto e classificado o material.

Em seguida, foram transcritas para uma ficha, com a referência numérica do livro de transcrições, retirando-se, de cada pergunta, as falas individuais. Com base na leitura foram criadas três categorias: “O ensino de nutrição na graduação dos residentes”, “A prática clínica” e “Qualidade da alimentação dos residentes”.

- Critérios de análise

Trabalhou-se com a análise de conteúdo que, segundo Bardin (apud MINAYO, 1999: 199), pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”. Seguindo os passos para a análise, descritos pela autora, procurou-se articular as falas com o referencial teórico sobre o ensino de nutrição em medicina, explorado na introdução.

Os obstáculos à obtenção de dados são uma realidade para quem trabalha em pesquisa. Os problemas variam conforme o tipo de pesquisa, desde a escolha das estratégias a serem utilizadas até a forma de abordagem em entrevistas diretas. Quando um pesquisador se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa, em que busca trabalhar

---

<sup>7</sup> Este nome foi adotado com base na leitura da tese de doutorado realizado na Faculdade de Saúde Pública, USP (1996): **Educação nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva**, da doutora Maria Cristina Faber Boog.

em campo ativamente, dificuldades grandes são encontradas, especialmente em relação à disponibilidade do sujeito que se propõe a investigar. Entretanto, são exatamente as dificuldades que constituem a mola propulsora para o investigador buscar respostas para suas perguntas. Não existe dificuldade que o homem não se proponha a ultrapassar e isto condimenta o prazer de descobrir formas e meios para que o seu trabalho se efetive. O desafio de acessar um grupo considerado resistente transforma-se num estímulo a mais para a investigação. As dificuldades, que inicialmente geraram insegurança e até sofrimento, remetem a uma reflexão filosófica que amplia os horizontes, levando o pesquisador a mudar seus pontos de vista, sua posição em relação à pesquisa, de tal forma que, quando a pesquisa chega ao fim, o produto não são apenas resultados e conclusões, mas sobretudo uma criação de estratégias e sentidos para o trabalho.

Não ocorreu, em nenhum momento, recusa de participação na primeira e na segunda etapas da pesquisa por parte dos residentes. Mesmo assim, como já afirmado acima, houve dificuldades, empecilhos que foram contornados sem comprometimento da pesquisa. Assim notamos que houve questionamento em relação ao preenchimento do nome no questionário, mesmo tendo sido solicitadas apenas as iniciais. Além disso, 2 dos 55 residentes perguntaram se seria necessário pesarem-se ou tomarem alguma dieta específica na pesquisa, com o que não concordariam em participar. Também houve um residente que havia sido selecionado para a entrevista e que não pôde participar em virtude do vínculo com uma disciplina que o impossibilitaria de se ausentar por qualquer período, além do que o horário era irregular. A pouca disponibilidade do tempo e o local para preenchimento dos questionários e para a entrevista foram as maiores dificuldades enfrentadas.

- Disponibilidade de tempo: o tempo, tanto para preenchimento do questionário quanto para a entrevista, foi uma dificuldade com que a pesquisadora se deparou no decorrer da pesquisa. Isso porque a rotina do residente de cirurgia é intensa e a disponibilidade de tempo é bastante escassa, muitas vezes pelo fato de as cirurgias ocuparem grande parte do dia. Foi necessário adaptar-se à rotina de trabalho de cada disciplina.
- Falta de local apropriado: não foi possível fazer o residente ausentar-se de suas atividades para preencher o questionário, mesmo no momento da realização da entrevista, o que, no entanto, não comprometeu o resultado

da pesquisa. Dos residentes que participaram da segunda etapa, apenas três não puderam se ausentar da enfermaria onde a entrevista então se realizou, sendo freqüentes as interrupções.

A pesquisadora tentou, de forma sutil, recolher os questionários sempre evitando atrapalhar a atividade do momento, ou desestruturar a rotina préestabelecida. Em relação aos questionários, alguns demoraram a ser devolvidos, o que levou a pesquisadora a cobrá-los diretamente, seja em enfermaria ou ambulatório.

É interessante relatar que os residentes se mostraram bastante solícitos e 11 (20%) destes manifestaram interesse em conhecer os resultados da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

4

#### 4.1. Resultados da primeira etapa da pesquisa

Inicialmente serão apresentados os resultados obtidos por meio de questionários que respondem ao primeiro objetivo proposto no trabalho, qual seja descrever as respostas dadas pelos médicos residentes de cirurgia sobre o ensino de nutrição no período de graduação.

##### 4.1.1. Fluxograma da investigação sobre o ensino de nutrição

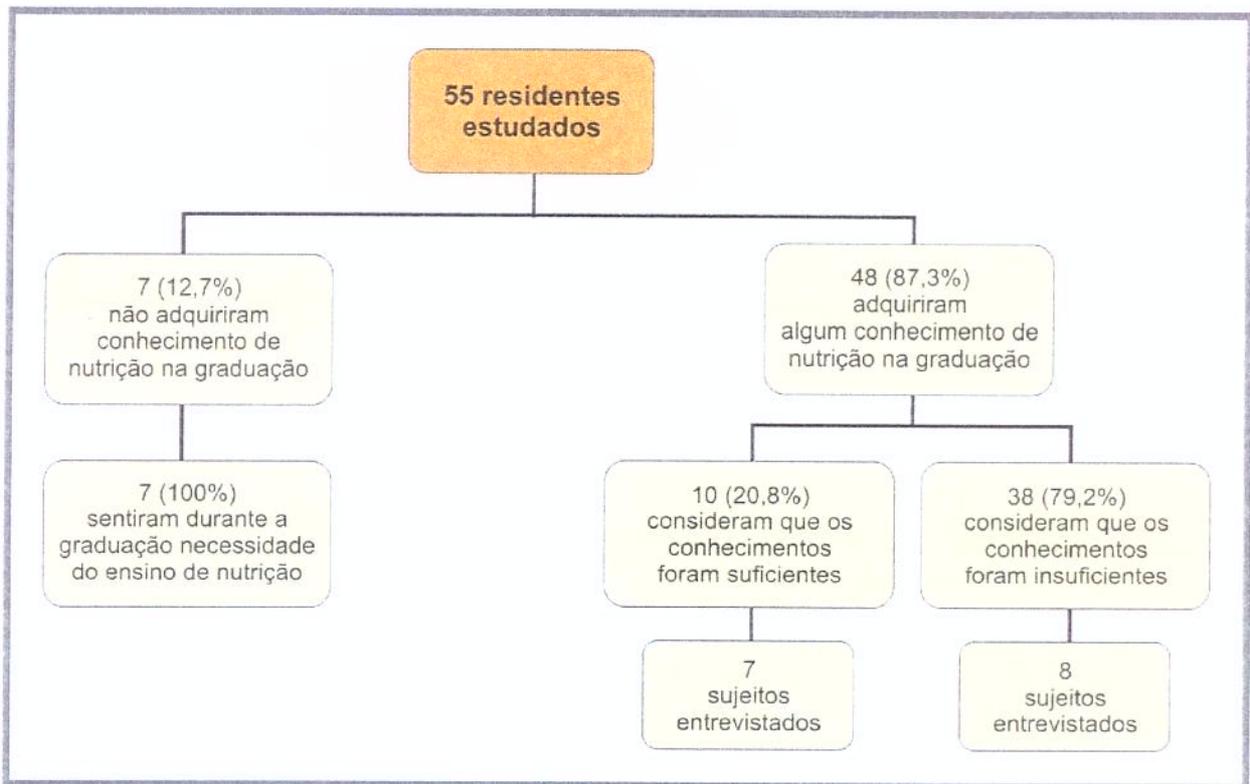


Figura 1: Fluxograma da pesquisa

Dos 55 residentes de cirurgia pesquisados, 48 (87,3%), responderam que adquiriram conhecimentos de nutrição, enquanto 7 (12,7%) responderam negativamente e enfatizaram que sentiram falta de ensino adequado, como também dificuldade de prescrever dietas e orientar o paciente em determinadas situações clínicas, em virtude até da sua própria falta de interesse pelo assunto durante a graduação.

Quando questionados se o ensino de nutrição fora suficiente, obtivemos do grupo de 48 residentes as seguintes respostas: 10 (20,8%) acharam que sim, sendo que estes eram procedentes da UNICAMP (2), PUCCAMP (1), USP São Paulo (1), USP Ribeirão Preto (1), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (1), Universidade Federal da Bahia (3) e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (1). Os outros 38 (79,2%) residentes responderam que o ensino fora insuficiente, identificando em quais circunstâncias perceberam essa falha.

As respostas mostraram que, já durante a graduação e residência médica, os médicos vieram a perceber a importância da nutrição<sup>8</sup>, quando se depararam com questões de nutrição na prática médica diária<sup>9</sup>, o que os levou a identificar falhas ocorridas durante o ensino acadêmico<sup>10</sup>.

BOOG (1999a) também constatou resultado semelhante em estudo realizado com médicos e enfermeiros: os médicos relataram não ter tido disciplina específica, havendo deficiência de formação nessa área, conhecimento insuficiente, o que redundava em falta de preparo técnico para lidar com problemas de alimentação.

Quando questionados sobre se durante a graduação tiveram alguma disciplina de nutrição, 14 (25,5%) residentes responderam afirmativamente, entretanto apenas 5 (9,1%) referiram disciplina curricular obrigatória. Entre os 14 residentes houve 19 citações de outras formas de ensino durante a graduação (Tabela 3).

Como já ficou evidenciado na introdução, este problema não existe só no Brasil. A SERMEN realizou um estudo em 11 escolas de medicina do sudeste americano, durante o período de dezembro de 1984 a fevereiro de 1985, e verificou que dos 236 estudantes sênior entrevistados, 54% relataram ter tido acesso à nutrição como disciplina eletiva e 6% tiveram contato ativo com uma disciplina específica (WEINSIER e cols., 1989). Outra pesquisa investigou que, das 129 escolas médicas dos Estados Unidos,

---

<sup>8</sup> "Só senti na residência, quando comecei a lidar com nutrição para traumatizados." "Quando comecei a estudar para concursos de residência em cirurgia geral."

<sup>9</sup> "Cuidados com a formulação de nutrição parenteral, dieta enteral e dieta adequada para pós-operatório."  
"Orientação para pacientes com doenças crônicas."

"Não sei prescrever alimentação para algumas patologias."  
<sup>10</sup> "Os ensinamentos de nutrição são superficiais."

"Não recebi informações suficientes de nutrição parenteral e nutrição enteral."  
"Nunca foi abordada a nutrição no sentido completo."

apenas 29 (23%) ofereciam uma disciplina de nutrição durante a graduação (FELDMAN, 1991). No Brasil, BOUCINHAS e BEZERRA (1980) investigaram o ensino de nutrição na graduação médica entre 1976 e 1978 e notaram a redução nesse ensino durante o período.

Tabela 3: Residentes que cursaram durante a graduação disciplina de nutrição (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Disponibilidade da disciplina	Nº de citações	Enfoque predominante
Disciplina curricular obrigatória	5	Aspectos nutricionais da população brasileira, aspectos da alimentação infantil e aleitamento materno.
Curso de extensão	1	Interação droga e alimento
Outros cursos (minicursos, curso pré-congresso e outros)	7	Nutrição enteral e parenteral
Internato	6	Nutrição infantil e aleitamento materno

A grande maioria, 41 (74,5%) residentes, respondeu que não cursou nenhuma disciplina de nutrição. Entretanto, um residente desse grupo preencheu o campo destinado à identificação da disponibilidade da disciplina e ao enfoque, o que atraiu a atenção da pesquisadora. Esse residente assinalou todas as opções disponíveis na pergunta, informando que cursou nutrição como disciplina obrigatória, optativa, no internato, além de outros cursos e todos os enfoques sugeridos na pergunta foram referidos como estudados. Sabe-se porém que a universidade cursada por esse residente não oferece disciplina de nutrição obrigatória e que a nutrição é abordada apenas em outras disciplinas. O impasse criado para esclarecer a incoerência exigiu a busca de explicação para sua ocorrência, o que se conseguiu por intermédio de FAZENDA (1994: 83). Para esta autora, a memória é permeável para agrupar fatos do passado e do presente ao mesmo tempo; recursos utilizados para qualquer produção de conhecimento. Diz ela que:

“a memória quando desenha um quadro já vivido o faz diferente. Diferente porque já impregnado por um crivo, por uma seleção que se não garante a

precisão da objetividade, garante a riqueza da subjetividade que, igualmente, é fidedigna e indicadora de validade. Fidedigna e indicadora de validade porque substitui o propósito de precisão por outro propósito: o de selecionar do quadro aquilo que mais marcou, aquilo que foi, ou que parece ter sido mais significativo a ponto de se tornar inesquecível e inesgotável. Inesgotável porque ao recuperar o ponto vivido de forma diferente da que foi vivida torna o ontem em hoje, ao mesmo tempo e no espaço, com perspectiva de amanhã."

Desse modo, o que se compreende é que o residente trouxe à tona assuntos sobre nutrição que hoje ele domina e que podem ter sido apreendidos por meio de leituras, cursos e aulas durante esses anos.

Procurou-se saber se durante aulas teóricas da graduação ou do internato foram discutidos ou estudados temas relacionados à nutrição. Obtivemos para as duas situações que 49 (89,1%) residentes responderam afirmativamente e 6 (10,9%) negativamente (Tabela 4). Nessa questão, cada residente que respondeu afirmativamente citou que três a quatro disciplinas continham o ensino de temas relacionados à nutrição.

Tabela 4: Disciplinas mais citadas que abordam nutrição durante a graduação e o internato (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Disciplinas	Número de citações	
	Graduação	Internato
Pediatria	28	29
Cirurgia do Trauma	12	17
Clínica Geral	11	10
Gastrocirurgia	9	5
Fisiologia	6	0
Endocrinologia	5	0
Gastroclínica e Gastroenterologia	4	4
Clínica Cirúrgica, Bioquímica e Unidade de Terapia Intensiva	3	3
Ginecologia e Medicina Preventiva	2	2
Outras*	1	1

\*Outras: **graduação**: uma citação para Saúde Pública, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Neuroclínica, Hematologia, Nutrologia e Serviço de Nutrição e Dietética. **Internato**: uma citação para Medicina Preventiva, Endocrinologia, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Neuroclínica, Hematologia, Ginecologia e Unidade de Emergência.

BOUCINHAS e BEZERRA (1980) relataram em seu estudo que assuntos de nutrição eram disseminados por áreas da Clínica Médica, Puericultura e Medicina Preventiva. Outro estudo realizado na Venezuela também mostrou que a nutrição era ensinada em Puericultura e Pediatria, Medicina Preventiva e Fisiologia (CHACÓN e cols., 1978). FELDMAN (1995) enfocou em seu trabalho que a abordagem de informações nutricionais por intermédio de outras disciplinas, como bioquímica e farmacologia, pode ser contraproducente, porque leva à não-identificação da nutrição como matéria importante na formação médica.

Para analisar o resultado da questão 7, que investiga o enfoque dado à nutrição durante o período acadêmico (Tabela 5), foi utilizada a nomenclatura proposta em um seminário, realizado no Brasil em 1965, no qual se discutiu o ensino de nutrição nas escolas brasileiras de medicina, qual seja: Ciclo Básico, Ciclo Clínico e Ciclo de Medicina Preventiva e foram agrupados os enfoques (RAO, 1966).

Tabela 5: Enfoque dos assuntos trabalhados durante a graduação (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Ciclo	Disciplina	Enfoque	Sujeitos	
			F	%
<i>Básico</i>	<u>Bioquímica</u>	Bioq. da nutrição	25	45,4
	<u>Farmacologia</u>	Interação droga e alimento	17	30,9
<i>Clínico</i>	<u>Pediatria</u>	Nutr. infantil e Aleitamento materno	37	67,3
	<u>Clínica Médica</u>	Dietoterapia, Alimentação na prevenção de doenças e Dietética.	49	89,1
		Nutr. Ortomolecular	5	9,09
	<u>Cirurgia</u>	Nutrição enteral e parenteral	46	83,6
<i>Medicina Preventiva</i>		Condições nutricionais da população brasileira. Fatores relacionados às condições de alimentação. Aspectos culturais da alimentação.	43	78,2

Alguns estudos têm mostrado que os temas trabalhados nas disciplinas variam nas Américas e na Europa. Na América Latina preconizou-se uma abordagem

social (BOUCINHAS e BEZERRA, 1980; CHACÓN, 1978; ROMO e OLIVARES, 1983); na América do Norte uma ênfase em dietoterapia (GALLAGHER e VIVIAN, 1979; WEINSIER e cols., 1989); e, na Europa, uma preocupação preventiva (DRENTHEM, 1997). É preocupante o fato de 21,8% dos médicos informaram nunca terem tido contato com temas relacionados à nutrição dentro da área de Medicina Preventiva. Esses médicos desenvolvem sua residência em um hospital-escola que praticamente possui mais da metade de seus pacientes de origem socioeconômica baixa, e que necessitam de um acompanhamento nutricional adequado, pois muitas vezes entram no hospital com baixo peso, o que foi detectado por WAITZBERG e cols. (1996).

#### 4.1.2. Implementação da nutrição na prática clínica

Mais da metade dos residentes considera que a nutrição deveria ser uma disciplina obrigatória no currículo da graduação (Gráfico1).

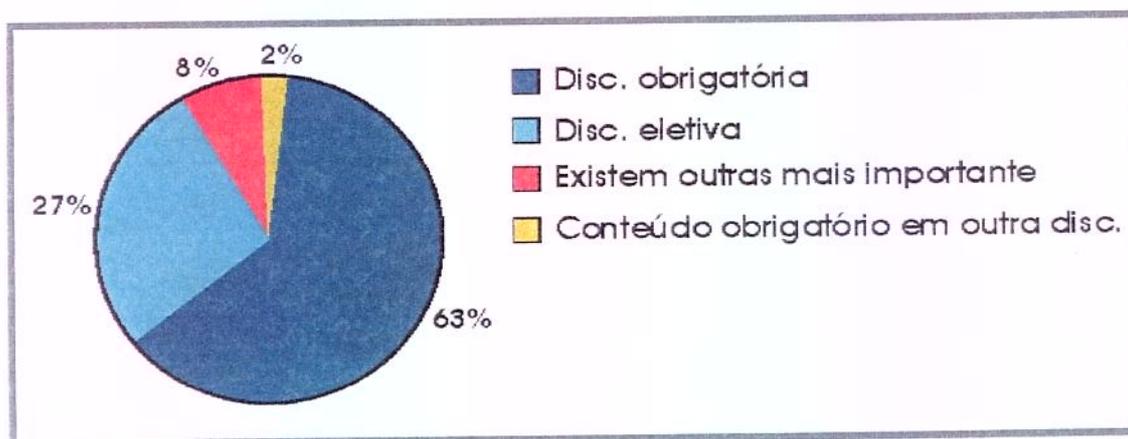


Gráfico 1: Sugestões sobre a oferta da nutrição no currículo acadêmico de medicina (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Estudos debatem o momento mais oportuno de inserção dessa disciplina no currículo acadêmico. Alguns autores defenderam que deveria ser durante a graduação (LOPEZ e cols., 1988) e outros, na pós-graduação (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990).

No Brasil, a Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto oferece aos alunos do quarto ano médico um curso obrigatório de nutrição durante a graduação (DUTRA DE OLIVEIRA, 1990). Para este autor um programa de graduação médica deveria oferecer,

ao aluno de medicina, aulas de Nutrição Clínica, para que tomem conhecimento da especialidade, desde o início do curso clínico e em igualdade de condições com outras disciplinas. Deve-se também oferecer ao residente a possibilidade de fazer residência e pós-graduação nessa área.

No Gráfico 2 são apresentadas as conotações a respeito da importância da nutrição na prática médica.

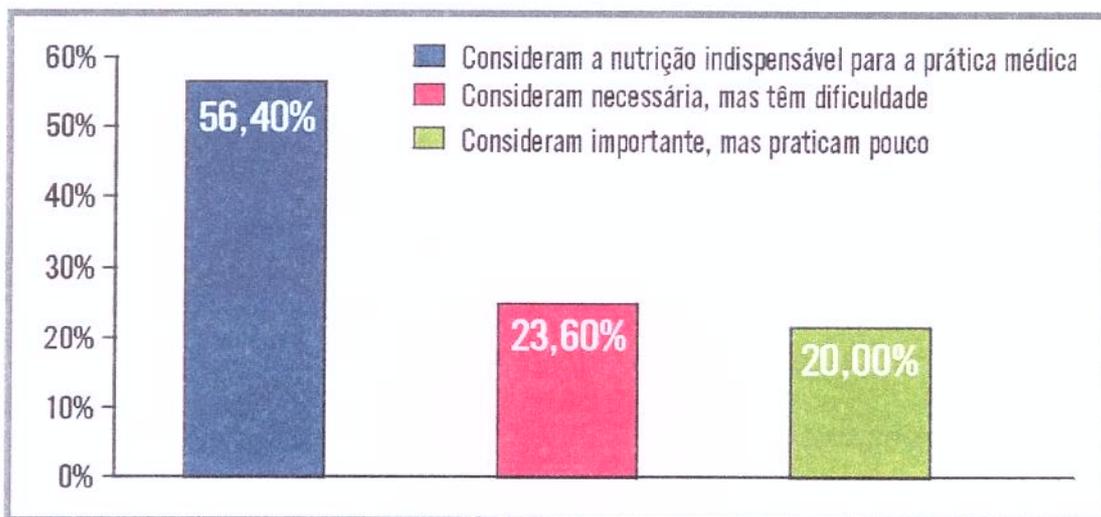


Gráfico 2: Considerações a respeito da importância da nutrição na prática médica (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Um estudo realizado na Venezuela, com sete escolas de medicina, quatro de odontologia, quatro biomédicas e três escolas de enfermagem, mostrou que a maioria dos alunos (83,3%) considerou que todos os profissionais da saúde deveriam conhecer um pouco de nutrição e apenas 9,8% consideraram-na uma especialidade (CHACÓN e cols., 1978). Vários autores consideraram que cabe aos médicos realizar orientação nutricional, porém pesquisa desenvolvida na Alemanha mostrou que, de 40.000 mil médicos entrevistados, metade não sabia fazer essa orientação (WIESEMANN, 1997). Cabe enfatizar que, por lei, no Brasil, a nutricionista é responsável por realizar orientação nutricional. A profissão foi regulamentada pela Lei Federal nº 8.234 de 17 setembro de 1991. No artigo 3º da referida lei são estabelecidas as atividades pelas quais a nutricionista é responsável, dentre as quais, no inciso VII, a “assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas e em consultórios de nutrição e dietética”.

Investigou-se de que forma os residentes acessam informações sobre nutrição (Tabela 6).

Tabela 6: Porcentual de residentes que nunca acessam fontes de informações sobre nutrição (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

Fontes	Nunca acessam	
	f	%
Livros científicos de nutrição <b>nacionais</b>	33	60,0
Livros científicos de nutrição <b>internacionais</b>	45	81,8
Livros de nutrição para leigos	38	69,1
<i>* Livros de nutrição</i>	20	36,4
Livros científicos <b>nacionais</b> da sua especialidade que contêm capítulos sobre nutrição	8	14,5
Livros científicos <b>internacionais</b> da sua especialidade que contêm capítulos sobre nutrição	16	29,1
<i>*Livros científicos da sua especialidade que contêm capítulos sobre nutrição</i>	5	9,1
Periódicos científicos <b>nacionais</b> de nutrição	49	89,1
Periódicos científicos <b>internacionais</b> de nutrição	49	89,1
<i>*Periódicos científicos de nutrição</i>	47	85,5
Periódicos científicos <b>nacionais da sua especialidade</b> que contêm capítulos sobre nutrição	15	27,3
Periódicos científicos <b>internacionais da sua especialidade</b> que contêm capítulos sobre nutrição	16	29,1
<i>*Periódicos científicos da sua especialidade que contêm capítulos sobre nutrição</i>	11	20
Material de divulgação científica distribuído por laboratórios com informações sobre nutrição	28	50,9
Divulgação por meio da sociedade médica	26	47,3
Internet	37	67,3

\*Os dados acima foram agrupados e analisados para averiguar quantos foram os médicos que realmente nunca acessaram assuntos de nutrição, tanto em livros como em periódicos, nacionais ou internacionais, de sua especialidade ou não.

Observa-se acima que livros e periódicos específicos de nutrição, independente se nacionais ou internacionais, são pouco acessados por eles. O acesso dá-se preferencialmente por meio de livros e periódicos de sua especialidade.

BOOG (1996), estudando de que forma médicos e enfermeiros atualizam conhecimentos sobre nutrição, observou que a leitura foi mencionada por 11,8% dos médicos e 23,5% das enfermeiros estudadas. A autora constatou ainda, nos depoimentos,

a dificuldade de encontrar material adequado sobre nutrição. A dificuldade dos residentes em acessar livros e periódicos específicos de nutrição é também apontada em outros trabalhos que questionam as dificuldades de se elaborar material didático sobre nutrição e questionam até que ponto eles são realmente didáticos (RAO, 1971; CHÁCON e cols. 1978; LOPEZ e cols., 1988; ROMO e OLIVARES, 1983).

A pesquisadora observou que dos cinco residentes que cursaram disciplina obrigatória, poucos acessam informações nos livros e periódicos de nutrição, nacionais ou internacionais. Sobre este aspecto, LOPEZ e cols. (1988) enfatizaram que ensinar nutrição não é meramente trocar receitas, textos ou *softwares*, mas sim compartilhar conhecimento com os alunos em sala de aula, em laboratórios, levar discussões de casos clínicos às reuniões de departamento, enfocando-se assuntos de nutrição.

É interessante citar que, quando questionados sobre se conheciam algum livro de nutrição, 14 (25,5%) responderam afirmativamente, sendo que, destes, 3 não escreveram no campo apropriado o nome do livro e 1 residente citou três exemplos. 41 (74,5%) residentes responderam negativamente e 1 (1,8%) relatou conhecer periódicos de nutrição. Os livros mais citados encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 7: Livros mais citados na pesquisa (Residentes de Cirurgia, Campinas, 2000)

	<b>Nome dos livros</b>	<b>Autor</b>	<b>Quantidade de citações</b>
1.	Nutrição parenteral e enteral	Waitzberg, D.L.	3
2.	Nutrição enteral e parenteral em pacientes críticos	?	1
3.	Handbook of nutrition and the kidney	Mitch	1
4.	Nutrição e metabologia	Fisher, J. E.	1
5.	Suporte nutricional parenteral e enteral	Riella, M. C.	1
6.	Nutrição em pacientes cirúrgicos	?	1
7.	Nutrição enteral e parenteral em medicina intensiva	?	1
8.	Manual de suporte nutricional	Carvalho, R. B.	1
9.	Nutrição em pediatria	Woiski, J. R.	2
10.	Dietas em pediatria	Marcondes, E.	1
11.	Krause. Alimentos, nutrição e dietoterapia	Mahan, L.K. e Arlin, M.T.	1

Os nomes dos números 2, 6, 7 foram citados por três residentes, entretanto esses livros não foram encontrados. Foram checados os nomes por meio da Internet, da

biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e do catálogo de livros que se encontra nas livrarias.

Quando investigados sobre a quem se reportam para discutir as dificuldades encontradas em relação à nutrição na prática diária, 22 (40%) residentes responderam que discutem com colegas de profissão, nutricionistas, enfermeiras e procuram em revistas e periódicos; 25 (45,5%) discutem somente com a nutricionista; 6 (10,9%) discutem apenas com colegas de profissão; e 2 (3,6%) pesquisam em revistas e periódicos.

Investigados se já participaram, por intermédio de sociedades médicas, de algum evento sobre nutrição, 7 (12,7%) responderam afirmativamente e 48 (87,3%) negativamente. Existe uma grande necessidade de que as sociedades médicas incentivem eventos que abordem nutrição, pois assim melhorará a propagação de informação e a valorização da nutrição.

#### **4.1.3. Discussão**

Os dados obtidos nessa etapa do trabalho vêm justamente demonstrar o pouco enfoque que é dado à nutrição na grade curricular acadêmica dos residentes participantes desta pesquisa, corroborados por outros trabalhos que mostram as mesmas falhas do ensino. O ensino da nutrição, por mais que tenha sido debatido desde a década de 50 por vários autores, apresenta a sua introdução na grade curricular médica ainda como uma incerteza. Essas incertezas são nitidamente vistas nessa etapa do trabalho. Residentes que obtiveram algum conhecimento de nutrição, tiveram-no de forma fragmentada e inserida dentro de outras disciplinas, como também 12,7% dos residentes referiram que não obtiveram nenhum conhecimento de nutrição.

Sobre este aspecto, a inserção da nutrição dentro da grade curricular aponta na direção do que discute WINICK (1993): que nutrição não é reconhecida como uma ciência pelos médicos. Dessa forma não possui *status*, respeito e merecimento como deveria. FELDMAN (1995) completa que, enquanto assuntos de nutrição forem disseminados dentro de outras disciplinas, a nutrição não será reconhecida pelos estudantes, porque perderá sua identidade.

Entretanto, neste trabalho, os médicos residentes relataram que percebem a importância da nutrição, mas têm dificuldade da aplicação na prática médica diária.

É importante enfatizar que, mesmo que seja introduzida em outra disciplina, é necessário saber como trabalhar com assuntos referentes à nutrição, pois não basta simplesmente informar regras e quantidades de nutrientes. É preciso levar o aluno a refletir de que forma as informações podem ter aplicação prática. Uma das preocupações da *Nijmegen Continuous Morbidity Registration* é não apenas se ater à quantidade de conteúdos, mas a “como oferecer as informações” (NIJMEGEN..., 1997: 2201), pois os médicos acabam recebendo uma sobrecarga de conteúdos inadequados para a orientação de pacientes.

O não-enfoque adequado da nutrição se reflete na dificuldade dos alunos em trabalhar com a nutrição na prática do dia-a-dia. Apenas a introdução de temas de nutrição não irá conscientizá-los da importância desta. É necessário que o processo de conscientização implique a presença de educadores e educandos, criadores, investigadores, inquietos, rigorosamente curiosos, humildes e persistentes (FREIRE, 1996). WEINSIER (1995: 839) reforça: “se os estudantes forem sensibilizados e conscientizados sobre a importância da nutrição, é bem provável que contribuam para expandir e aplicar seus conhecimentos e habilidades em nutrição ao longo das suas carreiras”.

A conscientização não vem apenas da disponibilidade de materiais didáticos, já que poucos residentes acessam informações sobre nutrição por meio de leituras especializadas, como foi visto nos resultados do trabalho. Segundo WOERKUM (1997) os médicos clínicos gerais deveriam buscar mais informações por intermédio de conexões *on-line* de dados ou pelo uso de CD ROM. Após um seminário realizado nos Estados Unidos, ofereceu-se uma proposta para que todos os materiais didáticos construídos pelas universidades, como também informações em relação à nutrição, fossem expostos pela Internet em um site específico (<http://www.preventivenutrition.com>) (KOLASA e cols., 2000). Entretanto ficou uma pergunta: será que apenas buscar esse tipo de informação levará a uma compreensão e conscientização? Buscando resposta a esse questionamento, MORIN (2000a) enfatizou que nem a Internet e nenhuma técnica de obtenção de informação por telefone pode trazer a compreensão. O autor garantiu que,

quando bem transmitida e compreendida, pode, de certa forma, trazer a inteligibilidade, mas não a compreensão.

Os dados obtidos neste trabalho mostram que mais de 90% dos residentes gostariam que a nutrição fosse inserida dentro da grade curricular médica, 69% como disciplina obrigatória e 20% apontam para a disciplina eletiva. Entretanto observamos, na literatura, que neste aspecto, ocorre uma grande diversidade de opiniões entre os pesquisadores, pois não se tem ainda uma conclusão sobre o melhor momento de inseri-la. Alguns autores<sup>11</sup> consideraram que, se a nutrição fosse inserida como obrigatória, teria melhor adesão do que como optativa ou eletiva. Entretanto SWANSON (1991) enfatizou que, se colocada como disciplina obrigatória, iria competir com outras disciplinas, sendo assim deverá disputar espaço dentro da grade curricular médica, uma vez que esta já está saturada de disciplinas. Outra proposta é que o ensino de nutrição seja inserido como disciplina optativa ou eletiva. Sobre estes aspectos, estudos realizados por LUPO (1997) e WEINSIER (1989) mostraram que, em suas universidades, quando a nutrição foi oferecida dessa forma, ocorreu pouca adesão por parte dos alunos.

Pode-se observar neste trabalho uma grande insatisfação com o ensino que os residentes obtiveram durante a graduação, e neste sentido, os trabalhos desenvolvidos por ZIMMERMANN e KRETCHMER (1993) e WEISS e cols. (1988) reforçaram os resultados. De acordo com os dados obtidos por ZIMMERMANN e KRETCHMER (1993), muitos estudantes de graduação das universidades americanas de medicina estão insatisfeitos com a qualidade e quantidade de nutrição em seus currículos.

É interessante citar que ocorreram 29 citações em relação à Pediatria (uma das disciplinas que discute nutrição). Talvez isso se deva ao fato de que a Pediatria trabalhe com crianças e estas precisam crescer, ao contrário dos adultos. Assim, está inerente à prática pediátrica o estímulo a uma alimentação saudável com objetivos e resultados óbvios para a evolução de seus pequenos pacientes. Entretanto o fato de a abordagem nutricional ser inerente a uma dada disciplina não subentende que o conhecimento assimilado nessa disciplina seja transferido a outras especialidades. O fato de a medicina preventiva ter sido citada poucas vezes em nosso trabalho (duas citações) ilustra também esta disparidade. A literatura européia enfatiza a necessidade de se

---

<sup>11</sup> KUSHNER e cols., 1990; OJEDA, 1974; RAO, 1966; CHACÓN e cols., 1978; SCRIMSHAW, 1956; CONSEJO SOBRE ALIMENTOS Y NUTRICION DE ESTADOS UNIDOS, 1964; WIESEMANN, 1997.

explorarem as questões preventivas dentro da medicina justificando que este enfoque poderá auxiliar os médicos a ficarem mais atentos aos problemas alimentares que hoje acometem a população. Mas não basta apenas o enfoque para mudanças alimentares, pois também os problemas de desnutrição com que hospitais públicos se deparam no trabalho diário são muito importantes. O médico deverá, pelo menos, ter contato com questões as quais possam alertá-lo na prática do dia-a-dia, e a alimentação faz parte desse grande contexto.

De outra forma, encontramos um ponto de convergência entre as disciplinas de **Pediatria e Medicina Preventiva**, que consiste no pouco acesso à literatura específica de nutrição. Ora, era de se esperar que a Pediatria, como disciplina mais citada, estivesse relacionada a uma também maior citação de livros, o que não se efetivou. Este fato atesta que mesmo nas disciplinas em que houve ensino de nutrição, não houve estímulo à procura de literatura especializada.

Em contrapartida obtivemos que a cirurgia é a segunda disciplina mais citada no que se refere à abordagem de nutrição durante a graduação. Isso ocorre pelo fato de que o aspecto nutricional do paciente está diretamente relacionado à evolução cirúrgica. Assim a abordagem – avaliação e orientação – no pré e pós-operatório visam a diminuir os riscos e à recuperação imediata dos pacientes. Entretanto aqui também se pode observar dificuldade na citação de literatura de nutrição, como nas disciplinas anteriores.

#### **4.2. Resultados da segunda etapa**

Como já citado no capítulo anterior, para a segunda etapa destacaram-se 15 residentes selecionados com base em critérios construídos para este fim. Esses critérios foram: 1) divergência de respostas em relação ao ensino de nutrição no período de graduação entre alunos oriundos da mesma universidade e 2) diversidade de especialidades e anos de residência. Nessa etapa foram elaboradas perguntas, visando a responder aos objetivos específicos propostos por este trabalho.

Os dados avaliados conduziram-nos a criar três categorias com suas respectivas subcategorias. Dessa forma o trabalho ficou estruturado da seguinte forma:

#### 4.2.1. O ensino de nutrição na graduação dos residentes

- Ensino teórico: “Na teoria, muita coisa, na prática, muito pouco.”
- Ensino prático: “Meu conhecimento prático de nutrição é muito... pequeno, é quase um conhecimento de um leigo...”
- Sugestões sobre o ensino: “É uma esperança para uma mudança.”

#### 4.2.3. A prática clínica

- Abordagem da nutrição com o paciente hospitalizado: “A abordagem da parte nutricional é... muito simplória.”
- Orientação alimentar: “Muito genérica... muito esparsa”.
- Interdisciplinaridade: “Como a gente não senta, todo mundo junto para conversar, (...) acaba sendo conversa de corredor”.
- Inquérito Brasileiro de Nutrição

#### 4.2.5. Qualidade da alimentação dos residentes

- Preferências alimentares
- Organização do trabalho
- Ofertas de serviços
- Desritualização do comer
- Possibilidades de uma melhora da alimentação

Para análise dos dados obtidos nesta pesquisa, realizou-se uma busca por intermédio dos bancos de dados MEDLINE e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) por meio de levantamento bibliográfico dos trabalhos publicados na América Latina, América do Norte e Europa nos últimos 30 anos. Esses trabalhos publicados discutem, com freqüência, assuntos voltados a problemas técnicos, como inserir a nutrição no ensino médico, em que momento, quem deve ministrá-la, como também a carga horária. Como no decorrer da pesquisa surgiram questões que exigiam respostas para problemas metodológicos e para a dificuldade de compreender a problemática da nutrição na prática diária de trabalho dos médicos, houve necessidade de

se buscar novas leituras que ajudassem na análise dos resultados. Sendo assim foram realizadas leituras das obras dos educadores Paulo Freire e Edgar Morin.

As primeiras leituras realizadas foram de Paulo Freire. Este educador propôs que, em sala de aula, deveriam ser discutidas questões do cotidiano, pois estes dados conduzem a refletir e construir um novo conhecimento. Como disse GADOTTI (1995: 38): “Não se pode reduzir a contribuição de Paulo Freire apenas à alfabetização popular de adultos, como muitos de seus seguidores pensam. Sua contribuição ultrapassa o seu método, situando-se num âmbito mais amplo da educação e da teoria do conhecimento”. A proposta de ensino problematizadora possibilita a construção de um conhecimento crítico que leva o indivíduo a intervir na realidade que vivencia, de forma transformadora, objetiva e consciente. Esta construção crítica do conhecimento só poderá se instituir por intermédio de um ensino contextualizado sociocultural e historicamente. Podemos considerar que a alimentação faz parte desse contexto. Se queremos ensinar nutrição ao médico, não podemos deixar de levá-lo a refletir sobre questões culturais, econômicas, políticas, emocionais, além, obviamente, das bioquímicas e fisiológicas que sempre envolvem a alimentação no ambiente hospitalar.

Entretanto outros questionamentos continuavam sem respostas e foi com base nas leituras de Edgar Morin que as lacunas foram sendo preenchidas. Para o autor, o ensino ainda continua com uma visão reducionista, limitada, dividida e compartimentalizada, como também buscando respostas na simplificação e na lógica. Entretanto a formação desse conhecimento se depara com outras realidades, como problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários (MORIN, 2000a), que ele denomina de “paradigma da complexidade”. Para o autor, outras perspectivas são necessárias para uma nova construção científica. Como disse MORIN (2000b: 334): “O paradigma da complexidade não ‘produz’ nem ‘determina’ a inteligibilidade. Pode somente incitar a estratégia/inteligência do sujeito-pesquisador a considerar a complexidade da questão estudada. Incita a distinguir e fazer comunicar em vez de isolar e de separar, a recolher os traços singulares, originais, históricos do fenômeno em vez de ligá-los pura e simplesmente a determinações ou leis gerais, a conceber a unidade/multiplicidade de toda entidade em vez de heterogeneizar em categorias separadas ou de homogeneizar em indistinta totalidade. Incita a dar conta dos caracteres multidimensionais de toda realidade estudada”.

Dessa forma, essas leituras proporcionaram reflexão sobre as propostas metodológicas que serão citadas no decorrer do trabalho, em relação ao ensino de nutrição, como também conduziram a uma análise retrospectiva do processo educativo pelo qual a pesquisadora passou no decorrer de sua própria aprendizagem.

#### **4.2.1. O ensino de nutrição na graduação dos residentes**

Nas discussões que vêm sendo publicadas sobre o ensino de nutrição nas literaturas específicas, constatou-se que os pesquisadores enfatizam a necessidade de se introduzir o ensino de nutrição na grade curricular médica. Entretanto, será que esse ensino responde às expectativas dos residentes? Como disse BOOG (1996: 109) “considerando que a nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos, que nenhum fenômeno orgânico normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e ainda o papel primordial da nutrição na promoção, manutenção e recuperação da saúde, pressupõe-se a necessidade de um adequado preparo dos profissionais da área da saúde em relação ao assunto, ou seja, o domínio deste saber para utilizá-lo na prática profissional”. Dessa forma, nessa categoria tentou se explorar, com base nas falas dos residentes, como esse ensino foi aplicado, se respondeu às demandas da prática diária, como também o que eles desejam para que ele seja melhorado e quais são suas expectativas.

Questionados sobre como adquiriram conhecimentos de nutrição, os residentes reportaram dois níveis de experiência: ensino teórico e prático. Abaixo serão descritas estas experiências:

##### *A) Ensino Teórico:*

##### **“Na teoria, muita coisa, na prática, muito pouco”**

Os residentes relataram que os assuntos sobre nutrição foram pouco explorados, que ocorreu uma superficialidade no ensino e que aprenderam apenas algumas noções de nutrição. Acrescentaram que quando foram discutidos tópicos de nutrição, os enfoques eram direcionados para recomendações técnicas relativas a nutrientes (carboidratos, lipídios e proteínas), porém estas não chegaram a ser traduzidas

em recomendações dietéticas, de tal forma que o conhecimento teórico não encontrava aplicação prática.

“Não é uma abordagem nutricional, de nutrição específica. Se dá, das afecções de pediatria, que... ocorrem por desnutrição e você vê a desnutrição por aí. Você não vê... você, precisa de tanto de proteína, número de carboidrato, tanto de lipídio, não, você já vê a afecção consequência da desnutrição e você sabe que tem que nutrir. Agora como?, é outra história. Então você acaba devendo” (pág. 141).

Um residente acrescentou que os temas tinham um enfoque nutricional simples e eram discutidos de forma geral:

“Não era dito é... não era discutido o que o paciente comia, mas discutida a parte geral, como era a condição nutricional do paciente no Brasil e não especificamente falava sobre nutrição, mas tinha alguma coisa relacionada com nutrição” (pág. 110).

Um residente enfatizou que o aprendizado teórico não era utilizado na prática diária.

O ensino relatado por eles foi trabalhado na graduação ou residência médica. Apenas um residente enfatizou que aprendeu nutrição como uma disciplina obrigatória, (embora quatro residentes, na primeira etapa da pesquisa, tivessem relatado terem cursado disciplina específica). Segundo este, a nutrição foi explorada como uma disciplina específica no currículo de graduação e recebia a denominação de Nutrição Clínica. A nutrição era abordada de duas formas: teórica e prática e as aulas eram ministradas por médicos nutrólogos.

“(...) conhecíamos os casos, participávamos de prescrição dos pacientes e esses casos eram discutidos em forma de seminários, ou na própria discussão nas reuniões, que envolviam os docentes, nutricionistas, nós alunos e, às vezes equipe de enfermagem também, seria uma equipe multidisciplinar que discutia esses casos” (pág. 4).

Os outros residentes evidenciaram que a nutrição era trabalhada como um subtema em aulas “*espalhadas*” pelas outras disciplinas. As disciplinas mais citadas foram Pediatria e Puericultura, cirurgia, principalmente Gastrocirurgia, Cirurgia Geral,

Cirurgia do Trauma, como também a UTI e a Clínica Médica (Gastroclínica e Moléstias Infecciosas). Um residente citou que aprendeu sobre interação droga-alimento em farmacologia. As aulas eram ministradas por médicos, e como relata um residente:

“A maior parte por médicos, em geral se havia participação de nutricionista, era uma palestra, ou assim, uma coisa mais discreta, em relação à carga teórica que tem a prática médica” (pág. 13).

Alguns residentes apontaram que a busca por leituras de nutrição ocorreu em função do preparo para concursos de residência, o que contrasta com aqueles que se referem à obtenção de seus conhecimentos somente na prática. Não podemos deixar de citar aqueles que se dizem “*autodidatas*”, dizendo que buscaram seus conhecimentos por “*incentivos próprios*”. É interessante citar que dois residentes acrescentam que “*se fossem esperar por estímulo da faculdade iriam ficar sem saber*”.

Depreende-se das falas que, na grande maioria dos casos, o conhecimento é tão fragmentado que a nutrição não chega a ter para eles uma identidade própria. O fato de os temas de nutrição estarem integrados a outras disciplinas prejudica a construção de uma visão mais abrangente. Observou-se que os residentes que relataram terem cursado disciplinas obrigatórias possuíam uma preocupação maior que os outros residentes, em relação à nutrição, entretanto encontram também grandes dificuldades para aplicação dos conhecimentos na prática.

Em virtude de a nutrição ser essencial à conduta terapêutica, visto que a prescrição de dieta constitui o primeiro item de toda e qualquer prescrição médica, a demanda sempre existirá na prática da medicina, sobretudo na prática médica, em que cabe ao médico, e notadamente ao cirurgião, informar quando o paciente pode começar a receber alimento após uma cirurgia.

B) Ensino prático:

**“ Meu conhecimento prático de nutrição é muito... pequeno, é quase um conhecimento de um leigo...”**

A aprendizagem prática pode ser mais ou menos significativa, dependendo da existência ou não de docentes que detenham um conhecimento mais especializado, e

também pela forma como o aluno percebe esse interesse específico do docente pela nutrição.

Podemos observar que pelo fato de o ensino ter sido oferecido de forma fragmentada, “*espalhada, superficial*”, conforme retratado por eles, na realidade acabam não conseguindo aplicar o que aprenderam teoricamente à prática diária. Um residente enfatiza:

“Meu conhecimento prático de nutrição é muito... pequeno, é quase um conhecimento de um leigo, tá. Então assim, eu tenho dificuldade de associar esse tipo de conhecimento, que eu adquiri só na graduação, pro meu paciente na prática” (pág. 89).

Enquanto alguns residentes relataram dificuldade de estabelecer a conexão teoria-prática, outros relataram situações em que se constata a existência dessa relação. Contudo ela nem sempre é avaliada positivamente, como pode ser observado no depoimento seguinte:

“Basicamente na prática! Nós assim não tivemos nem no Ciclo Básico, nem durante o internato matéria que se chamasse nutrição. Mas algumas áreas, principalmente a Pediatria, e mais ainda no nosso caso, que é mais relacionado e a gente acaba guardando mais, a Cirurgia; é... a gente tinha na Pediatria inúmeras aulas sobre só os aspectos nutricionais; outra coisa, aqueles seminários de internato que faz depois do ambulatório sempre falando de nutrição também. A gente sempre tinha que orientar, explicar o que seria uma dieta tal e coisa. Na parte da cirurgia também. Primeiro, na enfermaria, os diferentes tipos de dietas, então também tinha seminário, explicação. (...) na enfermaria tinha um livro que falava das dietas, da composição, calorias e indicações. E o uso do NPP também, a (...) sempre bateu bastante nisso em falar sobre NPP e essas coisas. É mais na raça assim mesmo. (...) Nunca tive um livro de nutrição. O que eu li de nutrição foi o que o Dr. (...) emprestou, que eu sempre esqueço o nome, acho que é o Dan. Então assim, na raça” (pág. 39).

O depoimento apresenta contradições próprias do ensino. É preciso ter cautela para tirar conclusões, porém é importante evidenciar a incerteza em relação ao

aprendizado: os docentes dominavam o assunto e até um deles o ajudou, emprestando um livro. Por que o residente enfatiza que aprendeu “na raça”?

Outra evidência da ausência de relação entre teoria e prática é o fato de que, apesar de terem conhecimentos sobre nutrição, as práticas dietéticas hospitalares não são bem compreendidas, como mostra o depoimento abaixo, acerca de dietas enterais:

“(…) é uma coisa batida no liquidificador. Uma coisa como leite batido com farinha láctea com qualquer coisa, pra nutrir o paciente. Nunca foi especificado como seria o preparo disso” (pág. 78).

O que ocorre em relação à terapia nutricional fica, de certa forma, nebuloso para o residente. Isso aparece na fala de um deles, quando diz: “*não se senta para discutir isso aí*”, ou seja, não se discute sequer aquilo que está sendo trabalhado com os pacientes.

Houve também depoimentos muito favoráveis, nos quais os residentes relataram experiências positivas, vivenciadas em clínicas, nas quais havia um docente referido como especializado em nutrição:

“A gente tem algumas noções, e... existe um determinado docente que na verdade se interessa por nutrição, na Cirurgia do Trauma. Então ele acaba, é... ele acaba te questionando, e você acaba é... procurando algumas coisas, né, nos conhecimentos... de... livros mesmo, principalmente pré e pós-operatório” (pág. 50).

Alguns residentes relataram que, durante o período de graduação, residência e internato, tiveram contato com outras equipes, como enfermagem e nutrição, o que colaborou, em parte, também para o aprendizado.

“Mas durante a residência, parte durante o internato, mas principalmente durante a residência, nosso contato com a equipe de nutrição era muito, muito bom, porque a gente ficava na enfermaria e tinha uma ou duas nutricionistas e três ou quatro estagiárias da nutrição fazendo estágio lá, junto na clínica cirúrgica” (pág. 28).

Foi surpreendente encontrar, entre os residentes, opiniões negativas a respeito das atitudes de alguns docentes, os quais atribuíam uma importância maior à nutrição:

"É... o (...) tem uma noção boa de nutrição, é um cara que se preocupa muito com nutrição, e... não sei se ele tem alguma especialização, mas eu acho que ele fez alguma coisa em nutrição, (...), porque ele é um neurótico" (pág. 152).

Outro residente também enfocou:

"(...) tem docente que dá chlique, porque você deixou de ver uma caixinha de suplemento nutricional do paciente. Por que diz: 'que a alimentação é mais importante do que qualquer remédio que possa dar' ... já vi 'piti', chliques por causa disso" (pág. 79).

O olhar desses residentes para essas experiências demonstra uma visão negativa, até mesmo pejorativa em relação a docentes que questionam aspectos nutricionais.

Podemos deduzir que, sobrepondo-se ao fato da ausência de um ensinamento teórico (ou da superficialidade deste), encontramos uma prática, realizada pelos residentes, bastante prejudicada, decorrente da ausência de um direcionamento, no ensino prático, para as questões relativas à nutrição.

Inquiridos sobre as ações e responsabilidades que competem ao residente em relação ao cuidado nutricional, aparece um consenso quanto à responsabilidade do médico com o estado nutricional do paciente, sobretudo nos períodos pré e pós-operatório, e à importância do cuidado nutricional na evolução do paciente. Entretanto, o valor atribuído às ações que, na prática, concretizam o cuidado nutricional, é insignificante, conforme afirmou um dos entrevistados, cuja expressão serviu de subtítulo a este capítulo: *"Na teoria, muita coisa, na prática, muito pouco"*.

Os 15 residentes descreveram que, *"teoricamente"*, a responsabilidade sobre o cuidado nutricional é deles, de maneira *"total"*, *"primordial"* e *"grande"*, mas que, na prática, não se realizam adequadamente as ações pertinentes a esse cuidado.

"Então, o residente, ele acaba sendo o médico que está vendo o paciente diariamente e acompanhando a evolução dele. Então, é... no final das contas, num hospital universitário, ele tem um papel primordial e acaba sendo talvez um dos mais responsáveis pelo cuidado nutricional do paciente, porque ele que está vendo as coisas que estão acontecendo" (pág. 142).

Observamos que a importância que os residentes atribuem ao cuidado nutricional está atrelada ao conhecimento que eles têm sobre a influência da nutrição na evolução do paciente no pré e pós-operatório. Essa importância a que eles se referem é apresentada por citações que evidenciam como é claro, para eles, o valor da alimentação. Eles relataram que a alimentação é importante, pois *"promove o restabelecimento do paciente"*, faz a *"prevenção de desnutrição"*, o alimento tem grande importância no *"aspecto psíquico do paciente"*, como também se o paciente não for bem nutrido ocorrem *"complicações na recuperação"*, *"má cicatrização"* e conseqüentes complicações.

"(...) para o cirurgião é um... tópico muito importante, porque... se a gente está preocupado em reabilitação do pós-operatório, é fundamental a nutrição. É um tópico tão importante quanto... medicação prescrita, tem que ser presente, quando... conduta no pós-operatório, no pré-operatório. Enfim, tudo pode contribuir para o ato cirúrgico ou não, então é um fato importantíssimo" (pág. 162).

"Bom, nos tipos de paciente que eu lido, eu acho que a alimentação... é um pilar do manejo do paciente. É um fato que não pode ser esquecido e deixado em segundo plano, porque, como eu disse, se a gente está pensando em reabilitar o paciente e proporcionar uma adequada cicatrização... (...) retorno às atividades habituais, a nutrição é um fator preponderante. Paciente não tem como evoluir bem com uma nutrição inadequada, não existe isso" (pág. 164).

Entretanto, essa importância referida por eles não condiz com a atitude que permeia a execução das ações relativas ao cuidado nutricional, que são realizadas de *"forma mecânica"*:

"Na prática acredito que acaba fazendo simplesmente a prescrição do tipo dieta, né, sem muitas vezes se preocupar em ver o resultado

disso, em termos de qualidade se está sendo adaptado, se o paciente está mesmo ingerindo o que está sendo prescrito, e... se o paciente está aceitando o que está sendo colocado..." (pág. 5).

Outro residente acrescentou:

"O paciente é diabético, dieta para diabético, então, a gente acaba tendo na cabeça os estereótipos do tipo de paciente que a gente atende e o tipo de dieta que a gente solicita, né. A gente não acaba entrando em detalhes, de como é essa dieta" (pág. 90).

Acrescentaram que acabam não realizando avaliação antropométrica – *"o peso ninguém sabe direito"* - como também *"acabam não dando tanta importância"* e *"possuem pouco tempo para ficar argüindo muita coisa"*.

Alguns residentes sentem a necessidade de conhecerem melhor os recursos disponíveis no hospital, referidos por dois residentes como o *"arsenal"* disponível. Pairam dúvidas acerca de como utilizar os exames laboratoriais para avaliar o estado nutricional do paciente. Três residentes relatam a dúvida sobre qual o momento de se iniciar a alimentação no período pós-operatório. Quatro residentes apontam que sentem necessidade de procurar um profissional mais adequado para ajudar nas ações em relação ao cuidado nutricional:

"Saber procurar um profissional mais adequado, para tentar tirar uma dúvida ou até mesmo, é... sanar aí defeito ou problema, ou um erro que ele possa estar cometendo. Não um erro pejorativo, mas sim um erro, um erro alimentar..." (pág. 29).

### C) Sugestões sobre o ensino

#### **"É uma esperança para uma mudança"**

Questionou-se quais sugestões poderiam levar o ensino de nutrição a ser inserido na grade curricular médica. As opiniões dos residentes sobre este assunto são controversas. A maioria dos residentes relata que o ensino de nutrição deveria ser oferecido como *"obrigatório"*, justificando que, dessa forma, poderiam *"integrar melhor o diagnóstico, quanto à terapêutica desses pacientes"*; evitando aprenderem *"coisa esparsa"*

*na clínica cirúrgica e na clínica médica*”; como também poderiam trabalhar mais *“na prática e ver a resposta do doente”*.

Entretanto os residentes também acreditam que apenas mais uma disciplina na grade curricular poderá não ser valorizada:

“Na minha opinião, criar uma disciplina obrigatória dentro do ensino médico, de nutrição, eu acho que... como outras que eu tive na graduação que duravam três meses, dois meses ou seis meses, fica um negócio distante pra prática médica e uma coisa momentânea da formação do médico, fica uma coisa limitada” (pág. 167).

**Enfatizaram também:**

“Como matéria obrigatória, o currículo da gente já tem tanta coisa, que a gente deixa de fazer e sai da faculdade sem saber, como exame neurológico, coisa que seria importante saber. Não dá para aprender tudo” (pág. 85).

Dois residentes acreditam que, se a nutrição for trabalhada na residência, o médico (residente) refletirá melhor sobre o assunto:

“É... você não está vivendo aquilo que faz você procurar, né, perguntas do tipo: o paciente está com uma dieta sem resíduo, e aí ele pergunta: ‘e aí, doutor, gelatina (risos) eu posso comer?’ ‘logurte eu posso tomar?’ Então muitas vezes a gente se depara com algum tipo de situação que durante a graduação não adianta, você... é... não vai se interessar, e durante o período de residência é muito importante ter essas noções” (pág. 54).

Alguns residentes sugeriram que o ensino de nutrição poderia ser disciplina optativa, outros uma disciplina obrigatória, mas que também fosse trabalhada dentro de outras disciplinas; outra sugestão é trabalhar em módulo só dedicado à nutrição, mas discutida em outra disciplina.

Alguns residentes acharam que não deveriam ter aulas, mas sim uma equipe multidisciplinar.

“Não precisa dar aula, fazer palestras, cursos mesmo. Mas a presença do profissional em si para troca de informações já auxilia bastante na graduação como também na residência” (pág. 35).

Um residente apontou que o primeiro passo é procurar não deixar vago, como tem sido, o ensino de nutrição.

Apresentaram também necessidade de uma formação mais crítica.

“Então eu acho que uma das coisas seria um bom curso, não adianta só existir um curso e sim um bom curso. Alguém que possa dar e seja capacitado, que inclusive saiba... adequar as aulas com o que está vivendo, não adianta o cara chegar lá e falar só do assunto, despejar um monte de teoria, como ação de medicamento... etc...” (pág. 157).

Um residente apontou que, para que a nutrição seja inserida na grade curricular, esta questão poderia ser discutida na reforma curricular que hoje é um assunto atual em todas as universidades.

“Eu acho que é uma esperança para uma mudança para melhorar isso. Porque não é uma coisa levada em consideração” (pág. 46).

#### **4.2.2. Discussão**

Há 33 anos, a Associação Médica Americana (AMA) e o Conselho em Alimentação e Nutrição criticaram as escolas nos Estados Unidos pela sua falta de compromisso com o ensino de nutrição, relatando que a nutrição estava recebendo reconhecimento e atenção inadequadas na educação médica (ZIMMERMANN e KRETCHMER, 1993). O material empírico, levantado por intermédio desta pesquisa, provocou reflexões sobre o ensino de nutrição recebido por esses residentes durante a graduação, pois pode nos retratar como se dá a relação do conhecimento obtido com a prática diária.

Como se pode observar nas literaturas estudadas provenientes de diversos países, o ensino de nutrição ainda não alcançou um espaço dentro das universidades, ou, pelo menos, não tem uma participação efetiva dentro do processo da educação médica. Os resultados obtidos nessa pesquisa, realizada com residentes oriundos de vários

estados, com vivências diferentes, mostrou-nos situação muito similar. A maioria dos residentes relata que não teve disciplina de nutrição, e percebe a necessidade de suprir essa lacuna.

Os resultados apontam que os residentes receberam um ensino fragmentado, superficial, que não os conduziu a uma consciência crítica, que privilegiou o ensino e as técnicas de tratamento em vez de aspectos preventivos. Podemos observar que os residentes ficam com uma visão incipiente do conhecimento. Esta terminologia foi usada por BOOG (1996: 123): “A visão dos médicos pode ser descrita como incipiente, assistemática e apriorística. Incipiente porque o conhecimento adquirido no curso de graduação em disciplinas não específicas é um conhecimento superficial e fragmentado. Os profissionais não chegam a sistematizar estes fragmentos de informação, o que faz com que não haja uma visão global sobre o assunto. Esta falta de sistematização os impede de buscar informações e atualizações”.

Este trabalho é mais um no rol dos que se propõem a estudar o ensino de nutrição em medicina. Entretanto, este se diferencia pois apresenta uma contribuição singular quando faz análise da visão dos educandos por intermédio de uma metodologia que não se limita a avaliar o conhecimento mas que busca ampliar a compreensão dos médicos em relação à problemática de nutrição. Essa abordagem vem responder à necessidade explicitada por MORIN (2000a) de ampliar a compreensão do problema. Para o autor, a educação depara-se com obstáculos como problemas de comunicação e mal-entendidos, a noção inadequada para interpretação de determinado assunto, ignorância dos ritos e dos costumes, incompreensão dos valores culturais e éticos, dificuldades de argumentos de outra visão de mundo e incompreensão de uma estrutura mental em relação a outra. Todos os aspectos que Edgar Morin analisa são constatados nos resultados.

FREIRE (1996: 24) apontou que a construção de um conhecimento se dá com base em um alicerce. Mesmo com pouco conhecimento, vão se modificando e ampliando os conhecimentos junto com as atividades práticas. Entretanto, para o autor, só se concretiza a construção do conhecimento quando a teoria e a prática estiverem bem entrosadas. Disse o autor: “A reflexão crítica sobre a prática torna-se uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria pode ir virando um blablablá e a prática um ativismo”.

Como podemos observar, existe uma lacuna entre a teoria ensinada e a prática clínica aplicada. O residente depara-se com dois problemas: um aprendizado de caráter tecnológico, técnico e específico de temas de nutrição enteral, parenteral, dietas imunomoduladoras, bioquímica, entre outros; e, de outro lado, a prática que permeia questões do cotidiano. Assim, o residente tem dificuldade em aplicar o aprendido às necessidades do cotidiano.

Os residentes enfatizaram a importância da nutrição na evolução clínica dos pacientes. Contudo esta opinião não condiz com a sua atitude, em relação ao cuidado nutricional. Resultado semelhante foi observado por HELMAN (1997), em um trabalho realizado com médicos australianos, no qual se buscou investigar a visão que os médicos tinham sobre a importância da nutrição para a saúde e para a prática clínica. Observou-se que a maioria das respostas foi positiva em relação às atitudes, entretanto, na prática, as ações que afirmavam ter importância para saúde e prática clínica não se realizavam. Este autor agregou esse problema a alguns obstáculos como: falta de tempo, falta de confiança e um conhecimento inadequado.

Ao analisar os obstáculos acima apontados, ficaram alguns questionamentos: se o médico, ao justificar suas atitudes, sempre se apoiar em obstáculos, como poderá ser discutida a nutrição? Não se deveria repensar o processo do ensino de nutrição que está sendo oferecido ao médico? Não seria necessária uma reflexão sobre o problema?

Segundo MORIN (2000a), o conhecimento das informações e dos dados isolados é insuficiente para compreensão de um problema. Para que as informações e os dados tenham sentido, é necessário que o indivíduo contextualize a questão e dê um sentido ao problema vivenciado. Dessa forma, podemos dizer que seria necessário que o ensino de nutrição possibilitasse ao aluno reflexões sobre as questões do dia-a-dia, ou até mesmo sobre os fatos do seu próprio cotidiano.

Podemos observar que, dentro da literatura específica encontrada nos bancos de dados do MEDLINE e LILACS, que buscam abordar o ensino de nutrição, este enfoque de ensino problematizador tem pouca ênfase. O direcionamento das discussões está voltado para a forma sobre como inseri-la, qual o momento, quem deveria ministrá-la, como viabilizar recursos financeiros para o desenvolvimento de pesquisas. Entretanto, foram encontrados poucos trabalhos que discutissem e enfatizassem a importância da

problematização no ensino, buscando questões sobre alimentação, vivenciadas no cotidiano e incorporando-as no ensino de sala de aula.

CHERY e cols. (1987), em um trabalho desenvolvido durante 13 anos, observaram o nível de conhecimento e a prevalência de crenças infundadas entre os estudantes canadenses. Basearam-se na hipótese de que a adição de conhecimentos não reduz necessariamente o predomínio de crenças. A pesquisa demonstrou que, durante os anos de 1971 a 1984, houve um crescimento no conhecimento, entretanto a prevalência de crenças encontrada em 1984 era similar àquela observada em 1971. Os pesquisadores concluíram que o curso de nutrição não estava conseguindo trabalhar as atitudes dos alunos e assim não os tornava suficientemente críticos em relação às suas próprias crenças.

HEIMBURGER e cols. (1994) realizaram uma pesquisa na Universidade do Alabama com alunos de medicina, com o propósito de aprimorar o ensino da disciplina de Introdução à Nutrição Clínica. A proposta era fazer com que os estudantes, durante o período em que estivessem cursando essa disciplina, realizassem a análise da própria composição alimentar por meio do computador, e depois realizassem novamente este exercício no final do curso. Observou-se que a ingestão de lipídios, gordura saturada e colesterol havia sido reduzida, e que a ingestão de vitamina C excedeu as recomendações indicando um aumento na ingestão de frutas e hortaliças. Os pesquisadores constataram que conduzir o aluno a uma auto-avaliação dietética foi de grande valia para a aprendizagem.

SCHALL e STRUCHINER (1995: 99), discutindo educação em saúde, acrescentaram que o grande desafio da educação é fazer com que os indivíduos reflitam sobre a mudança de comportamento. Citam Rosenstock, que exemplificou a questão dizendo que “o conhecimento é importante e, às vezes, essencial para a mudança de comportamento, embora raramente suficiente. Não basta saber que o cigarro predispõe ao câncer, que diminui a expectativa de vida, para assumir a atitude de deixar de fumar.”

Os relatos desses autores têm em comum a preocupação com a aplicação dos conhecimentos à concretude das situações da vida cotidiana e com a conscientização dos estudantes, para que possam efetivamente perceber a presença da nutrição-ciência nas questões alimentares e nutricionais como se apresentam no dia-a-dia, quer seja no

âmbito profissional, pessoal ou social. Isto configura o método da problematização de Paulo Freire.

Nessa direção, para FREIRE (1996: 76), “a capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas sobretudo para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a, fala de nossa educabilidade...”.

Um ensino de nutrição problematizador poderia levar os alunos à ação e à reflexão sobre sua realidade, tomando-os mais cômicos e comprometidos com o propósito de transformação, tomando-os efetivamente sujeitos de sua própria transformação (FREIRE, 1996). Trazer para o ensino de nutrição tópicos apenas teóricos ou simplesmente técnico, não garante a conscientização. BOOG (1996), sobre este aspecto, acrescentou que, para trabalhar com nutrição, é necessário encontrar explicações nos fatores antropológicos e psicológicos da alimentação. Acrescentou a autora: “É ingênuo crer que, para a pessoa leiga, a idéia de alimento coincida com idéia de valor nutritivo; alimento é um agregado de símbolos e significados provenientes da experiência pessoal, social e cultural. O ensino da nutrição que não possibilitar ao aluno adquirir a habilidade para avaliar estes fatos, certamente não o tornará suficientemente sensível à compreensão dos problemas nutricionais individuais” (BOOG, 1999d: 26).

Entretanto, pode-se observar, nos trabalhos sobre ensino de nutrição apresentados no capítulo introdutório, que são sugeridos, para o ensino médico, tópicos estritamente teóricos sobre nutrição, que enfatizam a nutrição normal, alimentação no ciclo vital e dietoterapia para doenças específicas (AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION'S NUTRITION CURRICULUM PROJECT, 1997). Este ensino, caracterizado por uma imensidade de itens (anexo VII), conquanto fragmentado e destituído de aplicabilidade, proporciona uma visão estritamente técnica, que não motiva e não prepara o aluno para intervir nas questões relativas à alimentação e nutrição tais qual se apresentam no cotidiano.

A atuação profissional em um país tão marcado por problemas sociais, problemas no âmbito institucional, precariedade econômica e problemas tão diversos na área da nutrição, como prevalência de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição hospitalar e ainda altos índices de desnutrição calórico-proteica, além de outras carências, exige um ensino de nutrição que promova a formação de indivíduos

críticos, criativos e que tenham uma visão de ação transformadora. Pode-se acreditar que, com base em um ensino que possibilite essa reflexão, por mais que se depare com esses problemas, buscar-se-à compartilhar as dificuldades com outros profissionais ou resolver o problema sem ignorar o contexto em que o paciente está envolvido. A visão que permeia o ensino universitário vem de uma concepção tradicional de ensino, visão esta que apenas sobrecarrega os alunos de informações e que não fomenta uma criticidade que os leve a questionar. Eles acabam recebendo informações por meio da mídia, de indústrias farmacêuticas, jornais e revistas, e como disse PICCINI (2000: 15): “Os médicos recém-formados não são incompetentes, o que ocorre é o despreparo, uma inadequação desse profissional para se inserir num mercado com as características que hoje existe”. Ele acrescenta que o aluno acaba ficando à mercê das pressões do mercado.

Hoje discussões estão sendo realizadas para apontar uma nova proposta de ensino para a medicina. Segundo KISIL (1998: 20) “é hoje consensual entre os pesquisadores do setor, e entre grande parte dos membros da corporação médica, o diagnóstico de falência do atual sistema educativo e dos serviços de saúde. Escolas que não deveriam existir, com precárias condições para o ensino e a pesquisa, continuam graduando novos profissionais, sem as mínimas condições de servir à sociedade. Aos custos incorporados à sua educação, pode-se agregar todo o prejuízo que causam aos serviços de saúde, em razão de incompetência clínica e do mau uso do apoio e diagnóstico e terapêutico”. Segundo SHILS (1994), o ensino de nutrição deveria se enquadrar nas propostas da reformulação do ensino médico. O autor relatou que a nutrição deveria participar de todo o curso de graduação médica, expandindo-se também nos hospitais de cuidados terciários (*tertiary care hospitals*). São citados no trabalho três relatórios desenvolvidos por Mulle, S. (1984), Swanson e cols. (1993) e *Commission on Medical Education, Robert Wood Johnson Foundation* (1992), enfatizando que, para mudanças iniciais, é necessária a cooperação interdisciplinar no ensino e desenvolvimento do currículo, na integração da ciência clínica e básica e na auto-aprendizagem (*student self-learning*) do estudante.

A necessidade de estudar nutrição dentro da grade curricular médica foi sugerida por ZIMMERMAN<sup>12</sup> (2000: 88) no seminário sobre o Ensino de Graduação em Medicina, realizado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em fevereiro de 1999. Segundo este autor, que discutiu o currículo médico sob a óptica dos alunos, é necessário introduzir o aprendizado básico da nutrição pois “é hoje uma carência absoluta do nosso curso”.

É preciso rever a forma de trabalho que está sendo proposta para o ensino. Devemos levar em consideração que a proposta do ensino de nutrição “não é apenas transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou para sua construção” (FREIRE, 1996: 25). É necessário que se conduza o aluno a uma reflexão sobre sua realidade, fazendo com que se tornem conscientes e comprometidos com a sua transformação, assumindo-se assim como sujeitos de sua própria educação.

Para ensinar a nutrição na grade curricular médica não basta apenas disputar carga horária e descobrir como e quando inseri-la. Precisamos ter, antes de tudo, um esclarecimento sobre o porquê da necessidade de introduzi-la, qual objetivo, como trabalhá-la, quais os recursos necessários para sua instituição e manutenção, qual a proposta metodológica e principalmente para quem se ensina.

O papel da nutrição deverá ser visto não apenas como mais um componente da grade curricular. A necessidade de os médicos terem contato com essa ciência justifica-se com a sua conscientização sobre a importância da nutrição na evolução clínica e cirúrgica, além da manutenção do estado de saúde. Não obstante, os médicos deparam-se hoje com os freqüentes problemas de doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição hospitalar.

Sendo assim, o médico-cirurgião que pertence à esfera desse ensino tradicional não apenas necessita estudar dietas enterais e parenterais como também alimentação pré e pós-operatória, ou simplesmente participar de cursos extensivos que abordem apenas estas questões. É necessário que se busque uma integração de conhecimentos da nutrição como sugerido por FRANKLE (1976a), que enfatizou que isso se dá ao trabalhar a sociologia da nutrição conjuntamente com as questões clínicas.

---

<sup>12</sup> Caderno especial que discute a reformulação da proposta do ensino de medicina no Brasil, **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**, vol. 8, n. 1, 2000.

Dessa forma podemos apontar algumas propostas concretas como:

A nutrição precisa estar presente no ensino médico, na graduação.

Não é possível ainda fazer recomendações quanto a essa inserção, dentro das possibilidades institucionais atuais de disciplina obrigatória, eletiva ou optativa. Não se encontraram relatos de experiências bem-sucedidas nem na literatura nem na pesquisa.

Toda a literatura produzida sobre o ensino de nutrição está voltada a aspectos formais desse ensino, como carga horária, momento de inserção, conteúdo, não se chegando a um consenso. A pesquisa mostra claramente que os momentos mais valorizados pelos sujeitos pesquisados são aqueles em que o ensino esteve relacionado à prática clínica, o que diz muito mais respeito a métodos do que a aspectos formais acima citados. Não é a existência da disciplina que garante a construção de um conhecimento, assim como não é a experiência obtida na prática clínica isolada que garante a competência. É a relação teoria/prática que construirá um alicerce sólido, e esta relação só pode ser concretizada por intermédio de um corpo docente especializado, devidamente inserido no ensino, na pesquisa e na extensão, que domine a ciência da nutrição de forma ampla em todos os múltiplos aspectos.

Quando analisado positivamente, o aprendizado fica apenas como experiência positiva eventual, não planejada, ocorrido em face de uma atitude individual de um docente. Entretanto, às vezes, essa atitude é percebida pelo aluno como “mania” do docente.

Tanto a literatura quanto a pesquisa mostram que o ensino de nutrição tal como vem sendo ministrado não se adapta aos problemas enfrentados no cotidiano. Nas situações práticas, os residentes referiram, como influência positiva, o contato com nutricionistas. Por outro lado, essa possibilidade não é explorada do ponto de vista acadêmico. Consideramos que, para tanto, seriam necessários docentes nutricionistas e nutrólogos inseridos no ensino e na assistência, que se incumbissem da sistematização desse ensino, independente da forma como ele se estrutura na grade curricular. Essa sistematização é que garantirá o alicerce de que falou Paulo Freire, o qual, por sua vez, torna o aluno apto a modificar e ampliar seu saber de forma autônoma.

### 4.2.3. A Prática Clínica

Nessa categoria se observou, por meio da aprendizagem teórica que tiveram sobre nutrição, como se dá essa aproximação com a prática. Dessa forma tentamos verificar se ocorre, como ocorre, se existe um interesse em compartilhar com outros profissionais da área da saúde uma relação de parceria no cuidado nutricional.

#### A) Abordagem da nutrição com o paciente hospitalizado.

##### **“A abordagem da parte nutricional é... simplória.”**

Quando questionados sobre como fazem a abordagem dos problemas alimentares junto do paciente, observamos que pontuaram quatro aspectos: realizam-na por meio de anamnese, exames físicos, exames laboratoriais e buscam uma interface com a nutrição.

Cinco residentes enfatizaram que, para abordar os problemas alimentares e nutricionais, a anamnese é um método que possibilita investigar a história a respeito da doença do paciente e investigar aspectos sobre o hábito alimentar.

Um residente enfatizou:

“Então eu começo perguntando, principalmente, o que ele come, né, com que frequência é... para ver se realmente se tem uma alimentação de boa qualidade, ou não” (pág. 113).

Entretanto observamos que esta investigação não está sendo realizada por todos:

“É, isso aí, na verdade, a gente não faz, né, essa abordagem. É... (pausa) o máximo que a gente faz para o paciente é... quando você suspeita que o paciente é desnutrido, pacientes oncológicos, a gente faz a albumina, né, é mais... uma abordagem pré-operatória, é... mais detalhada isso não faz, né” (pág. 52).

Outro método citado para abordagem foi o exame físico. Eles relatam que é realizado por meio de “*observações*”:

“(...) o exame físico, que você já pode só pela observação detectar uma desnutrição... (pág. 15).

Um residente apenas relata que o exame físico realizado na sua disciplina é coletando peso e altura. Esse mesmo relata que, durante a graduação, o enfoque dado sobre nutrição é voltado para avaliação nutricional.

Em relação aos exames laboratoriais, a “*albumina sérica*” foi o mais enfatizado para verificar o estado nutricional do paciente. Eles relatam que esse exame é feito como “*rotina*”. Outros exames citados foram a dosagem de ferritina e o hemograma.

Contudo observamos que alguns residentes não enfatizaram em suas falas a necessidade do uso de exames físicos e exames laboratoriais. Relatam que realizam a abordagem por meio de “*conversas*”. A abordagem nutricional é vista como algo simples, sistemático e igual para todos os pacientes.

“(...) é a abordagem é... da parte nutricional é muito... é... simplória, vamos dizer assim. Porque você só acaba evoluindo a dieta do paciente à medida que ele vai se recuperando da cirurgia, é... uma coisa quase igual pra todo mundo, começar com água, chá e gelatina, depois dieta líquida, depois dieta leve, dieta geral é igual a alta” (pág. 143).

Alguns residentes afirmaram que buscam uma interface com a nutrição. Estes enfatizaram a necessidade de um trabalho em conjunto (equipe):

“... a gente precisa de um profissional que saiba um pouco mais, que tenha maior vivência nutricional para orientar” (pág. 55).

Para alguns residentes, a interface com a nutrição não se justifica em função do conhecimento mais específico do nutricionista, mas sim pela falta de tempo do médico, e o nutricionista é percebido como um auxiliar a quem o médico delega tarefas.

“E até como a... rotina nossa é mais intensa, que não tem tempo pra parar para ver. Porque você vê o paciente de manhã, acaba indo para o centro cirúrgico e depois para o ambulatório, volta à tarde para dar uma olhada, então aqui na UNICAMP você acaba delegando essa

coisa de tatear o ajuste de dieta para o pessoal da nutrição" (pág. 143).

### B) Orientação alimentar

#### **"Muito genérica... muito esparsa."**

O papel do cirurgião na conduta alimentar muitas vezes traduz uma visão de apenas prescrever dietas enterais e parenterais, pelo fato de especificamente trabalhar com pacientes que sofrem cirurgias de grande porte. Entretanto, dentro de suas atividades, a orientação alimentar via oral é um ato que realiza com frequência, pois, para o cirurgião, o ato de comer satisfatoriamente constitui um dos critérios para alta hospitalar, além do que uma boa alimentação é crucial para a evolução pós-operatória, não somente durante a internação, mas também fora do âmbito hospitalar.

Os residentes orientam, porém com graus diferentes de atenção. Apenas dois residentes relataram que a orientação que realizam é feita com ênfase:

"Os pacientes que acabo tendo maior contato, com pacientes que eu particularmente opero, então os que ficam mais tempo, você acaba tendo maior contato na enfermaria, eu sempre dou" (orientação) (pág. 44).

A importância que o cirurgião atribui à orientação alimentar depende do tipo de cirurgia, porém pode não corresponder à necessidade que o paciente sente dessa orientação.

"Mas a gente dá uma orientação muito genérica, muito... esparsa, assim sabe. Meio aquilo coisa resumo de corredor, ele pergunta você está falando, mas com a cabeça em outro paciente que está lá na frente, né, algo muito solto, muito solto" (pág. 65).

Há também o procedimento de se entregar ao paciente uma orientação escrita, padronizada.

"Todos os pacientes da enfermaria agora, eles recebem alta, com um papel, né, explicando como é a dieta que eles devem ter.

Principalmente os pacientes cirúrgicos, eles não podem comer bagaço de fruta, casca de frutas, né, e precisam manter uma dieta, mais leve, pelo menos no início" (pág. 16).

Alguns residentes enfocaram que existe uma orientação particularizada por parte deles, contudo pedem auxílio para a nutricionista, como forma de complementar a orientação:

"O paciente se sente mais seguro quando ele sai e vê que foi orientado na parte de remédio, medicamentos, controles dos cuidados, no pós-operatório da parte física, da parte da cirurgia... (...) eu sempre peço para uma nutricionista para orientar" (pág. 33).

Um residente enfatizou que "*orientação é remédio para a dor e acabou*", que só orienta se o paciente apresentar perda de peso.

De certa forma observamos que uma orientação nutricional buscando harmonizar uma adequação alimentar em relação a quantidade e qualidade fica distante das condutas dos residentes.

### C) Interdisciplinaridade

**"Como a gente não senta, todo mundo junto, para conversar, acaba sendo (...) conversa de corredor."**

Quando questionados especificamente a respeito da relação da interdisciplinaridade no cuidado nutricional com o paciente, os residentes divergem em suas respostas. Alguns residentes afirmaram que não existe ou não ocorre essa relação, por motivo do trabalho isolado do médico:

"(...) na maioria das vezes, ela... acaba não ocorrendo, predomina, eu diria, uma atividade do médico isoladamente, né, ele acaba tomando na maioria das vezes as condutas, e... muito raramente, ele acaba solicitando, ou acaba envolvendo, outros profissionais, no caso a nutricionista" (pág. 8).

Acrescentaram também que essa interdisciplinaridade é prejudicada pelo número insuficiente de profissionais da área ou pela falta de interesse do próprio médico:

"(...) eu acho que o problema é a falta de equipe mesmo. A gente percebe que por falta de equipe... da parte da nutrição, a gente não pode solicitar tudo aquilo. Como tenho certeza que a gente não tem tempo para fazer esse tipo de avaliação, mas que é importante para o paciente (...) mas que eles também não tem equipe. Eu acho que é boa, mas poderia ser melhor" (pág. 64).

"(...) a gente (...) não se interessa em saber qual o procedimento da nutrição do hospital em relação a esse tipo de alimentação" (pág. 52).

Entretanto houve residentes que responderam positivamente ao questionamento da relação interdisciplinar:

"a equipe de nutrição tem toda a disponibilidade" (pág. 43).

"(...) a nutrição que toma conta na minha disciplina (...) ocorre interdisciplinaridade com certeza" (pág. 144).

A divergência de opiniões quanto a esse aspecto tem uma explicação na presença diária (ou não) de nutricionista na clínica. A falta de interdisciplinaridade é prejudicada também pela *"resistência dos mais velhos"*:

"A relação, que eu, pelo menos que a gente tem, os residentes, com as nutricionistas, a equipe de enfermagem que está envolvida, essa parte é boa. Lógico, que sempre tem resistência dos mais velhos, ou mesmo, algumas vezes, a incompreensão por parte da, da própria equipe, em relação ao que você quer, ou você espera do paciente. Então se você acha em dar uma oferta maior de calorias, mais aí vem a história de que não adianta dar mais, porque não vai absorver, você acha que deveria dar uma dieta específica, o outro acha que não precisa, e como a gente não senta, todo mundo junto para conversar, acaba sendo uma anotação de pasta, recado pelo residente mais novo, e conversa de corredor" (pág. 15).

Entretanto, mesmo que sejam apontados pontos convergentes em relação à interdisciplinaridade, alguns residentes relataram que *"do jeito que tá, não chega a ser ruim"*:

"(...) eu acho que para o paciente acaba indo tudo razoável, porque a estrutura é grande, tem um residente, um interno, aluno, sei lá quem, que prescreve, vem outro e corrige, o docente vem e dá uma olhada, se tiver errado a nutricionista vem olha e adequa direitinho" (pág. 22).

#### D) Inquérito Brasileiro de Nutrição

Quando questionados, na última etapa do questionário, sobre considerações da qualidade da assistência nutricional, investigou-se se conheciam o trabalho do IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Nutrição), uma pesquisa realizada no Brasil que verificou que 48,1% dos pacientes hospitalizados estavam desnutridos. Os resultados obtidos demonstram que não houve nenhuma resposta positiva. Nenhum dos residentes conhecia o trabalho.

Entretanto, após explicado em que consistia o IBRANUTRI, os residentes avaliaram seus resultados em relação a dois aspectos: necessidade de uma visão melhor da equipe de saúde e questões sociais.

As falas mais presentes em relação a uma equipe de saúde mais coesa dizem respeito a uma melhor "*conscientização*":

"(...) pra melhorar esse quadro precisaria haver uma, diria uma conscientização, né, de toda a equipe que trabalha, trabalha diretamente com o paciente, pra inicialmente fazer o diagnóstico e depois, obviamente propor uma terapêutica para os casos que foi feito diagnóstico de desnutrição" (pág. 9).

Outro residente também relatou:

"Seria... conscientizar a... população médica (risos) quanto à importância disso, quanto à importância da avaliação nutricional e... orientação. Porque eu acho que a primeira coisa que você tem que fazer é mostrar que realmente é importante..." (pág. 156).

Outro aspecto é uma melhor "*integração multidisciplinar*":

"(...) fazer um trabalho em relação aos médicos, com relação à equipe de suporte da enfermagem, equipe de nutrição, de maneira que você

tenha uma relação mais integrada entre esses fatores. Inclusive para que você possa evitar esse tipo de coisa" (pág. 54).

Alguns aspectos negativos são apresentados pelos residentes em relação à equipe de saúde. Um deles é a negligência que ocorre por parte do médico: "*é uma coisa que não incomoda*", e outra questão é o "*entrosamento*" entre a equipe médica e a nutrição:

"(...) é porque o médico não entende de nutrição, ele revela isso e porque a nutricionista não se mostra, não aparece. Aí o médico vai continuar sem entender e o paciente vai continuar sem ser visto pelo profissional que entende desse assunto" (pág. 99).

Quanto aos aspectos sociais, enfatizaram que para melhorar a desnutrição intra-hospitalar é necessário:

"melhorar o nível de vida do brasileiro, porque ia melhorar todos os fatores, socioeconômicos etc... etc..." (pág.23).

Relataram ainda que esse tipo de investimento é "*muito demorado*".

#### **4.2.4. Discussão**

Devemos levar em consideração que lidar com a alimentação ou conhecer a nutrição é deparar-se com uma ciência complexa e potencialmente integradora, pois engloba aspectos bioquímicos, fisiológicos, emocionais, psicológicos, culturais, econômicos, políticos, preventivos, como também clínicos. Todavia, por esses enfoques serem compartimentalizados e fragmentados, sua integração não é realizada no ensino.

Para MORIN (2000a: 40), quanto mais fragmentado e sem contextualização fica o saber, mais dificuldade o indivíduo tem em integrá-lo e aplicá-lo na prática. "O enfraquecimento da percepção global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade." Este autor completou que a própria educação ensina a separar, compartimentalizar, isolar e não a unir os conhecimentos, e que, dessa forma, este conjunto constitui um quebra-cabeça sem interpretação.

Deve-se levar em consideração que, por essa ciência ser potencialmente integradora, lidar na prática com a nutrição acaba sendo complexo. Como foi visto, no dia-a-dia, os residentes não dão ênfase ao tratamento do paciente em relação à nutrição a despeito de, teoricamente, valorizarem esse aspecto. Como foi bem retratado no resultado, a abordagem nutricional é “simplória” e a orientação “muito esparsa”.

BOOG (1996) aponta em seu trabalho, realizado com médicos e enfermeiros, três aspectos para o problema da complexidade. Segundo a autora, a primeira está voltada à especialização técnica. O profissional que trabalha com problema alimentar deverá não apenas ter conhecimentos técnicos, como também conhecer os aspectos antropológicos e sociológicos para não só compreender o hábito alimentar em si como também o contexto que envolve a alimentação do paciente. Outro aspecto é o pouco tempo que o profissional demanda para abordar questões de alimentação. E o último está direcionado à responsabilidade técnica de realizar a educação nutricional.

A este último aspecto, pontuado no trabalho de BOOG (1996), relacionado à responsabilidade técnica em relação à educação nutricional, o presente trabalho também revelou que o residente não tem definido de quem é a responsabilidade de realizar a prescrição da dieta e a prescrição dietética. Pôde-se observar que eles assumem os dois papéis e apenas alguns residentes compartilham essa responsabilidade com o profissional nutricionista. Cabe enfatizar que prescrever uma dieta é item da prescrição médica, entretanto a prescrição dietética é atividade privativa do nutricionista (JORGE e CANAVÓ, 2001). Todavia, trabalhos já mostraram que o nutricionista não é identificado, por outros profissionais da saúde, como profissional que visita pacientes nas enfermarias hospitalares, realiza trabalhos em consultórios, desenvolve atividades educativas com grupos, mas sim como um administrador de produção de refeições (BOOG, 1999b). Deve-se considerar que o papel do nutricionista é amplo dentro do hospital. Ele não apenas é responsável pelo serviço de nutrição e dietética, local onde são produzidas as refeições hospitalares, como também é responsável pelas orientações existentes nas enfermarias e nos ambulatórios.

Outro aspecto observado é a simplificação em resolver os problemas alimentares voltados ao cuidado nutricional. As atitudes manifestadas pelos residentes tornam-se banais e quando se concretizam é de forma mecânica, pois como disseram os residentes, “prescrever uma dieta (...), sem se preocupar em ver o resultado, em termos

de qualidade” ou entregar um papel impresso com alimentos que podem ser ingeridos após a cirurgia são situações problemáticas que merecem ser enfatizadas. Para MORIN (2000b: 27): “A redução unifica aquilo que é diverso ou múltiplo, quer àquilo que é elementar, quer àquilo que é quantificável. Assim, o pensamento redutor retribui a ‘verdadeira’ realidade não às totalidades, mas aos elementos; não às qualidades, mas às medidas; não aos seres e aos entes, mas aos enunciados formalizáveis e matematizáveis”. Podemos considerar que o cuidado nutricional busca responder às necessidades dos pacientes com uma abrangência que vai desde a oferta alimentar diária até questões de satisfação e psicológicas (BOOG, 1999a). Dessa forma podemos considerar que o cuidar no aspecto nutricional é uma atitude complexa pois busca a integração de outras disciplinas.

Esta mesma simplificação também foi observada na orientação nutricional. Como disse um residente: “orientação nutricional meio genérica (...), meio aquilo coisa resumo de corredor, ele pergunta e você está falando, mas com a cabeça em outro paciente que está lá fora”. FREIRE (1996: 127) disse: “Não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles”. Fazer orientação nutricional requer tempo, pois é necessário escutar os problemas da alimentação que os pacientes estão apresentando e constituir um diálogo. Não é oferecendo receitas prontas e não individualizadas que se conduzirá o paciente a refletir sobre as mudanças do hábito alimentar. Dessa forma se deve considerar que o papel do profissional nutricionista é de grande valia nas orientações, pois tem a formação completa para compreender as dificuldades alimentares, contextualizando os problemas culturais e econômicos.

Os residentes apontam que a interação entre os membros da equipe ocorre superficialmente. Enfatizam que se deparam com um número insuficiente de profissionais, como também a postura da individualização e isolamento do trabalho médico. FRANKLE (1976b: 520), citando Lewis, relatou que “a educação em nutrição dos estudantes médicos é, sobretudo, um projeto cooperativo, e esse projeto é para que os nutricionistas encontrem uma oportunidade de fazer a contribuição que lhes cabe para o grupo”. Os trabalhos de WEINSIER e cols. (1991), GERSHOFF (1996), BUTTRISS (1997) também apontaram para a contribuição do nutricionista no ensino médico. BOKER e cols. (1990) citaram em seu trabalho que a ASCN e a Sociedade Americana de Nutrição Clínica,

realizaram uma pesquisa para averiguar entre educadores de nutrição, como também entre os diretores de residências das faculdades norte-americanas, quais componentes são importantes na residência médica para o treinamento clínico nutricional. Foram apontados oito, sendo que o serviço de apoio nutricional multidisciplinar e um profissional nutricionista no amparo do tratamento do paciente foram citados entre os três primeiros. A equipe do serviço de apoio nutricional multidisciplinar deverá ser posta em evidência e funcionar como o principal recurso de ensino. Todos os membros dos grupos que não são médicos são potencialmente importantes contribuintes para o processo educacional, porque cada um traz uma perspectiva na educação (WEINSIER e cols. 1991). Cabe enfatizar que não adianta apenas possuir conhecimento técnico por si só, pois isso não garante a competência em resolver o problema alimentar do paciente. É necessário que se busque uma interface entre os profissionais.

A barreira apontada pelos residentes no início do parágrafo, em relação à falta de interação entre os membros da equipe, deverá ser revista, pois, como pudemos observar, os trabalhos enfatizam a importância da contribuição do profissional nutricionista no ensino médico. Cabe à Instituição UNICAMP, juntamente com o Serviço de Nutrição e Dietética, rever o número de nutricionistas disponíveis para cada enfermaria e para o número de leitos. É necessário estimular o aprimoramento acadêmico dos profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética e a construção de equipes que possuam habilidades nas várias áreas de atuação, e que possam participar das discussões de casos e aulas com o corpo docente da medicina, sempre articulando os conhecimentos com a prática. Por intermédio dessa parceria, o aluno aprenderá não apenas a verificar as necessidades como também a viabilizá-las na prática. É necessário enfatizar que trazer o profissional nutricionista mais próximo do profissional médico não é simplesmente fazer com que a responsabilidade da alimentação seja repassada para o profissional mais específico (como delegar tarefas), mas sim promover uma troca interativa entre os conhecimentos e que ambos saiam conscientes de sua importância no tratamento do paciente em relação às questões alimentares e principalmente em fazer a prevenção de desnutrição hospitalar. MARCELLINO (1994: 105) descreveu que “é necessário que os especialistas nas diversas disciplinas tenham consciência da parcialidade e relatividade das suas áreas de domínio e, dessa forma, tomem contato com disciplinas diferentes, evidentemente não em busca de novas especializações, mas para que, por meio de uma sólida cultura geral, possam perceber os pontos de ligação existentes entre elas,

intercambiar elementos e saber onde buscar teorias e métodos capazes de auxiliar o seu trabalho em situações específicas”.

Outro aspecto apontado como barreira é a resistência dos mais velhos em trabalhar e aceitar opiniões de outro profissional que não seja médico. Segundo MORIN (2000a: 23) “está na lógica organizadora de qualquer sistema de idéias resistir à informação que não lhe convém ou que não pode assimilar”. De certa forma, aceitar opiniões e tentar trabalhar em conjunto é mudar o próprio paradigma científico pelo qual o aluno de medicina aprende, pois o médico é formado dentro de uma visão reducionista e cartesiana. Depara-se, no entanto, com os limites e dificuldades que o próprio saber médico impõe. Isso se traduz de duas formas: a primeira, de que há uma impossibilidade de se saber tudo, o que angustia o médico; a segunda, de uma dificuldade nas relações múltiplas, inter e transdisciplinares. Cabe enfatizar que “a interdisciplinaridade é o grande desafio que se interpõe hoje ao aprimoramento da assistência e fica evidente a necessidade de um trabalho em equipe e do desenvolvimento de relações respeitadas e construtivas entre diferentes profissionais, que permitam explorar as potencialidades que a interação com profissionais de outras áreas oferece” (BOOG, 2001: 21). Para MORIN (2000b: 138) é necessário que se repense o processo educativo que é imposto na simplificação. Para ele é preciso promover uma nova transdisciplinaridade de um paradigma, “que decerto permite distinguir, separar, opor e, portanto, dividir relativamente esses domínios científicos, mas que possa fazê-los se comunicar sem operar a redução. O paradigma que eu denomino simplificação (redução/separação) é insuficiente e mutilante. É preciso um paradigma de complexidade, que, ao mesmo tempo, separe e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais”.

Com base nessa visão podemos voltar ao início da discussão mostrando que a nutrição é uma ciência complexa e integradora e que não é com atitudes de simplificação no cuidado e na orientação nutricional que vamos resolver os problemas dos pacientes, mas sim buscando parcerias para compor um aprendizado abrangente, rompendo assim a simplificação. Como já citado na discussão da primeira categoria, é necessário enfatizar que buscar trabalhar com a nutrição com uma visão global é importante, como também foi citado por FRANKLE (1976a), que enfatizou a junção da ciência da nutrição à sociologia da nutrição para preparar melhor o médico exercer o papel de orientador no consumo alimentar de seus pacientes, compreendendo a

alimentação dentro de um contexto familiar e cultural, estando consciente dos recursos da informação nutricional e percebendo que a nutrição aplicada é uma parte intrínseca do acesso clínico e do gerenciamento do paciente.

Buscar uma visão mais integradora da nutrição é possibilitar ao aluno contextualizar e ampliar sua prática médica. Essa pesquisa difere das outras pois enquanto as literaturas estão tratando a introdução da nutrição com uma visão mais curativa, fragmentada, fazendo testes para verificar quais assuntos são mais importantes, como também aplicando provas para diagnosticar o quanto de informação os acadêmicos estão assimilando, o presente trabalho buscou a compreensão da problemática da nutrição na prática clínica, como também verificou como foi o ensino recebido por eles durante a graduação.

#### **4.2.5. Qualidade da alimentação dos residentes**

A maioria dos residentes considera que a sua alimentação é *“inadequada”*, *“desbalanceada”*, *“desordenada”*, *“desregrada”*, *“deixa muito a desejar”*, chegando a referi-la como *“muito ruim”* e até mesmo *“péssima”*. Alguns manifestam uma preocupação com a alimentação e referem que têm um padrão saudável ou razoável, entretanto nenhum dos entrevistados afirmou alimentar-se bem.

As justificativas apresentadas para a má qualidade da alimentação giram em torno de quatro fatores: preferências alimentares, organização do trabalho, oferta de serviços e desritualização do comer. A seguir, são apontadas as falas dos residentes acerca desses quatro fatores e, ao final, as suas opiniões a respeito das possibilidades de se melhorar a qualidade da alimentação.

##### *A) Preferências alimentares*

Observa-se que os residentes criticam suas preferências alimentares, com base em um conhecimento técnico que norteia seus julgamentos. Assim, referem-se à própria alimentação como rica em *“proteína”* e *“carboidrato”* e consideram-na claramente geradora de *“problemas de saúde”* e *“sobrepeso”*.

Cabe enfatizar que os julgamentos, guiados ou ressaltados pelo saber médico, não alteram ou pelo menos competem com as preferências alimentares, pois, apesar dos

conhecimentos de como a alimentação deveria ser, os residentes sobrepõem seus gostos pessoais a esses fatores:

“Tem uma coisa que sei que deveria comer, que é salada, em geral não como nada de salada (pausa). (...) Deveria comer mais salada, mais fruta. Eu sei que deveria, mas... não faço” (pág. 58).

As respostas denotaram uma preferência alimentar por carne. Eles enfatizaram “*um gosto muito carnívoro*”, expressando como “*adoro carne*”, e consideram o consumo de frutas, verduras e legumes importantes, porém, na prática, acabam não adotando esse hábito.

As preferências alimentares respeitam a “*inconstância*” dos horários, que dizem respeito à organização do trabalho, item abordado mais adiante. No entanto, pode-se notar que preferências e valor nutritivo não são os únicos critérios para a escolha dos alimentos. O tempo disponível a ser gasto com a refeição e o valor de saciedade que cada alimento pode proporcionar também são avaliados pelos residentes, em função de suas necessidades:

“Então a preferência alimentar, ela passa de uma alimentação de boa qualidade para uma que possa ser o mais rápido possível e saciar a fome da maneira que demore mais tempo. Então você acaba... é... essa preferência do dia-a-dia, que acaba prejudicando a saúde, que é a preferência de uma alimentação rápida, então é... coxinha... refrigerante... é... sanduíche rápido... que é... o que a gente acaba almoçando no dia-a-dia. É... se a gente conseguisse, sabe, alimentar-se daquilo que a gente prefere, que seria as verduras, as carnes e outras coisas, isso seria o pilar pra esse favorecimento da saúde, mas infelizmente não é o que a gente consegue” (pág. 139).

Observa-se a mistura da terminologia usada, na qual falas técnicas a respeito de nutrição e alimentação (carboidrato, sobrepeso, valor calórico etc.) são empregadas junto com falas coloquiais, o que evoca um tipo de expressão corriqueira, lembrando mesmo a de adolescentes:

"Bom eu gosto de comer besteira" (pág. 76).

Ainda exerce papel relevante na escolha da alimentação a influência familiar, sendo que esta pode ser positiva ou negativa como demonstram os depoimentos que se seguem:

"Em casa a gente foi criado desde pequeno, a gente não gosta muito de coisa industrializada... (...) Eu acho legal tentar preservar o máximo assim as questões culturais e assim comer alguma coisa que não seja industrializada. Eu acho que as minhas preferências só podem favorecer. Eu acho uma pena que eu não possa pôr em prática as minhas vontades, seria muito mais fácil e melhor para mim" (pág. 37).

"Minhas preferências... são alimentação gordurosa, e de alto teor protéico (risos). É verdade! Eu detesto verdura! Legumes, olha lá!, fruta... duas vezes por mês, assim. (...) É... aquela história, né, vem de geração, sempre fui criado assim, é difícil mudar também,..." (pág. 19).

#### B) Organização do trabalho

Um dos obstáculos apontados pelos residentes para uma boa alimentação diz respeito à irregularidade dos horários, apresentada como a grande justificativa para a alimentação "*desordenada*" e "*desregrada*". Eles exemplificam esta dificuldade criticando a "*rotina sem horário*", e atribuindo quase toda a responsabilidade pela má qualidade da alimentação à "*rotina da cirurgia*" que os impede de comer na hora certa. Um entrevistado enfatizou:

"Se você não tomar cuidado, você não come nem duas vezes por dia. Você come um salgado de manhã, um salgado à noite e toma cinco refrigerantes durante o dia para encher a barriga, e eu faço assim" (pág. 36).

Alguns residentes tentam compatibilizar a rotina do centro cirúrgico com sua própria alimentação, referindo que "*tentam na medida do possível conjugar os dois*". Outros, no entanto, demonstram um descaso com a situação e retratam isto da seguinte forma:

"... adapto a dieta à rotina, jamais é... é... a rotina cirúrgica à alimentar" (pág. 55)

ou

"(...) deixo em segundo plano" (pág.42).

Um dos residentes relatou que "*tenta ao máximo*" e uma das formas é escolher uma cirurgia que termine no horário do almoço, e assim poder fazer a refeição. Mas a maioria deles acredita que esta compatibilidade seja difícil e "*não saberia dizer como solucionar isso*". Um dos residentes relatou que:

"(...) Existem muitas coisas para se fazer, porque muitas vezes uma atividade em específico é muito duradoura, como por exemplo uma cirurgia (...), de oito horas, que começa às oito da manhã e obrigatoriamente você não vai comer nada até às quatro da tarde. Então... basicamente é por isso assim... e você tem dificuldade de uma alimentação adequada" (pág. 160).

Outro entrevistado apontou que já apresentou tontura durante uma cirurgia e que já viu "*gente passar mal na cirurgia*", acrescentando:

"(...) já cansei de ficar oito horas na cirurgia que começou de manhã, não comer nada o dia inteiro e (...), ficar passando mal, porque não tinha comido" (pág. 76).

Observa-se que os horários disponíveis giram em torno ou dependem dos horários da "*rotina cirúrgica*", e se "*uma cirurgia começa oito da manhã e termina às quatro da tarde*", o tempo restante deve ser distribuído com atividades remanescentes, sejam elas "*ambulatorios*" ou necessidades pessoais:

"(...) não tem tempo nem para ir ao banheiro quanto mais para comer" (pág. 159).

"Tem dia que não dá para comer, tem dia que dá para comer e não dá para escovar o dente..." (pág. 36).

Fica claro que quando os residentes se referem a horários, ou irregularidade de horários e rotina no centro cirúrgico, estão se referindo à mesma coisa ou a uma interdependência entre ambas.

Os residentes referem-se à rotina da clínica cirúrgica como sendo muito difícil e, de forma mais direta, difícil para alimentação. Esse estresse diário contribui para a escolha alimentar. Estresse e organização do trabalho (rotina) aparecem como inseparáveis:

“Às vezes você come mais do que você precisa, mas também é uma questão de ansiedade... ou de... principalmente o cirurgião, né. (...) O cara não sabe que horas ele vai sair da cirurgia, come mais antes, come inconsciente, não que ele pense isso, raciocine dessa forma. Pelo menos eu não raciocinava. Eu vou comer muito agora, porque eu não sei que horas que eu vou comer” (pág. 109).

### C) Oferta de serviços

Faz-se notório que em virtude da carga horária de trabalho dos residentes ser imprevisível e da exígua disponibilidade de tempo para alimentar-se, eles se tornaram dependentes dos serviços oferecidos no próprio hospital ou nos arredores.

A oferta de opções alimentares distribui-se por bares e restaurantes (alguns por quilo). Na opinião deles, com pouca variação de cardápios, ou ainda os “*lanches rápidos*” (*fast food*), e muitas “*frituras*” (salgados), com menor valor nutricional. Um residente acrescentou:

“(...) dificuldade de acesso a uma boa alimentação, porque você acaba ficando dentro do hospital e os locais ao redor nem sempre têm aquela refeição ideal que você deveria ter, como você deveria se alimentar, né” (pág. 138).

O problema da “*oferta de serviços*” e as alternativas de alimentos oferecidos por eles envolve a oferta de alimentos no centro cirúrgico, no refeitório e nas adjacências do hospital. Os residentes enfocaram que, por terem dificuldade de “*descer entre uma cirurgia e outra para o refeitório*”, em virtude de as cirurgias serem demoradas, não

realizam nenhuma refeição. E dentro do centro cirúrgico é oferecido apenas “(...) *refrigerante de máquina, que é a única coisa que tem no centro cirúrgico*”. Entretanto, acrescentaram que, em alguns hospitais, o centro cirúrgico possui cozinha e sala para refeições próprias. Dessa forma, oferecem uma alimentação adequada.

Em relação ao refeitório, podemos ainda encontrar referência negativa a este:

“(...) Eu vou para restaurante por quilo, não... necessariamente que seja melhor, porque o aspecto da comida me agrada mais, entendeu” (pág. 87).

É interessante citar que um residente apontou o problema do monopólio em relação a restaurantes e lanchonetes. Ele relatou que, por não haver disputa de mercado com outro concorrente, a qualidade de oferta alimentar é baixa, não existindo uma criatividade nas opções alimentares no período da tarde, para quem perde o almoço.

#### *D) Desritualização do comer*

O ato de comer não se reduz apenas a deglutir alimentos, mas abrange aspectos psíquicos, culturais, ambientais, límbicos (prazer) e sociais. Na avaliação da qualidade da alimentação fornecida, torna-se imprescindível a observância desses fatores em conjunto.

É inerente ao relato de alguns residentes a ausência de um ou mais fatores, desmotivando e desqualificando sua alimentação:

“(...) esse almoço fosse mais tranqüilo, né. É... se eu pudesse almoçar em casa, como quando eu era adolescente, era bem melhor. Acho que isso é um fator preponderante. (...) Mas o fato de você ir para casa, sentar numa mesa e comer é fundamental” (pág. 88).

“(...) é... às vezes falta de companhia mesmo de almoçar, né, que falta” (pág. 58).

### E) Possibilidades de uma melhora da alimentação

No contexto geral, em relação à forma como a alimentação poderia ser melhorada, alguns residentes apontaram várias alternativas. Segundo alguns, se a responsabilidade fosse colocada sob supervisão de outra pessoa, poderia haver uma melhora na qualidade da alimentação:

“Acho que a melhor forma de adequar minha alimentação é eu não me preocupar com ela, e alguém se preocupar com ela, e oferecer a alimentação para mim” (pág. 13).

“Eu acho que, se eu tiver alguma pessoa para me cobrar, se eu fosse casado, seria até mais fácil, você tem uma pessoa no seu pé, ali, para falar as coisas e tal” (pág. 59).

Outro aspecto é o ato de postergar a resolução dos problemas, que se constitui numa forma comum de abordagem de como melhorar o hábito alimentar:

“Eu acho que, talvez, quando eu terminar a residência, que me estabelecer definitivamente em um lugar, que tiver horários definidos, de fazer isso, fazer aquilo” (pág. 19).

“A minha esperança é quando eu terminar a residência, eu consiga melhorar alguma coisa (risos), mas eu estou achando que não! (risos) (pág. 59).

Eles também acrescentaram que, se tivessem “horários regulares”, possuísem uma vida “mais regrada”, como também “uma disciplina” e uma “rotina” de trabalho, a alimentação poderia ser melhorada.

Assim, em resumo, conforme as próprias palavras do residente:

“Bom... (pausa) Eu acho que é... se no lugar onde eu trabalho houvesse possibilidade de alimentação... mais adequada, se eu tivesse mais tempo pra fazer as minhas refeições. Se eu pudesse fazer todas as

minhas refeições, com certeza teria uma melhoria do contexto geral, nutricional da minha vida" (pág. 161).

#### 4.2.6. Discussão

O fato de a alimentação dos residentes ser de má qualidade permanece inquestionável. Existem diversas razões para isso. Elas serão abordadas logo a seguir. No entanto, faz-se necessário avaliar *a priori* como esta *qualidade* obteve esta adjetivação, porque é considerada má e quais critérios podem ser utilizados quando se fala em uma alimentação que deixa a desejar.

O saber alimentar-se constitui um componente da cultura, e não é preciso ser médico ou nutricionista para que algum saber relativo à alimentação seja estabelecido, pois ele faz parte do senso comum: *comer bem faz bem à saúde*. Os residentes não são diferentes, acrescentando-se o fato de que, antes de serem residentes ou mesmo médicos, são cidadãos que partilham a mesma cultura alimentar. A influência familiar também exerce um papel relevante, senão primordial, sobre cada pessoa (e sobre os residentes mais especificamente). A cultura familiar, em qualquer âmbito que se deseje avaliar, também está sujeita à cultura alimentar vigente na sociedade, ao senso comum, ao saber leigo do dia-a-dia. A influência familiar pesa sobremaneira na transmissão de conhecimentos sobre nutrição, ou, mais importante que isso, a cultura alimentar familiar é transmitida sem questionamentos. É absorvida pelos membros da família como algo natural. Os estudos sobre antropologia ressaltam o papel da família como responsável na formação do hábito alimentar, pois, de alguma forma, ela é responsável pela aquisição e preparo dos alimentos, e por transmitir informações a respeito de alimentação (ARNAIZ, 1996). Para MORIN (2000a: 59), "no ser humano, o desenvolvimento do conhecimento racional-empírico-técnico jamais anulou o conhecimento simbólico, mítico, mágico ou poético".

A esse respeito, BOOG (1996: 129), apoiando-se nos textos de sociologia do conhecimento de Berger & Luckmann e de Duarte Jr., disse que "*Lidar com Nutrição, é lidar com a vida, mas não apenas com vidas alheias e sim com valores, concepções, percepções, representações de nossa própria alimentação, porque nossa cotidianidade tende a prevalecer sobre o saber científico.*"

Paulo Freire, analisando o saber inerente ao senso comum, afirmou que este senso comum ou curiosidade ingênua pode ser a mola propulsora para a aquisição de conhecimento científico, a partir do momento em que, devidamente estruturada, mais rigorosa e metódica pode vir a se tornar curiosidade epistemológica. Disse o autor: *“Na verdade, a curiosidade ingênua que, ‘desarmada’, está associada ao saber do senso comum, é a mesma curiosidade que, criticizando-se, aproximando-se de forma cada vez mais metodicamente rigorosa do objeto cognoscível, torna-se curiosidade epistemológica. Muda de qualidade, mas não de essência”* (FREIRE, 1996: 34).

Essa curiosidade ingênua ou senso comum traz consigo um escopo de situações de relevância incontestável. Culturalmente, a influência do meio adquire diversas formas a começar pelo modelo assumido pelos residentes de que seria melhor delegar a outras pessoas a responsabilidade pela alimentação deles, principalmente a pessoas do sexo feminino. ARNAIZ (1996) explicou essa atitude, dizendo que a responsabilidade da alimentação é vista social e culturalmente como responsabilidade feminina, independentemente do fato de a mulher exercer atividade profissional fora do lar. Segundo a autora, os homens são socializados para fazer trabalhos remunerados fora e ignoram as práticas domésticas mais elementares.

Envolvidos e entrelaçados com esses aspectos sociais e familiares inerentes ao senso comum, estão as preferências pessoais. As preferências alimentares são, de alguma forma, marcantes na escolha alimentar, pois a alimentação tem um envolvimento sociocultural e psicológico que promove sua identidade (ARNAIZ, 1996), e, quando prática, ela se encontra mesclada com o convívio familiar e social (GARCIA, 1997). A história de vida de todos, e também dos residentes, traz à alimentação uma personalização, uma individualização, como podemos observar nas falas que remetem à história de vida. Entretanto observa-se que as preferências alimentares pessoais se sobrepõem aos conhecimentos adquiridos durante a graduação médica na seleção de alimentos. Os conhecimentos aprendidos permanecem num plano teórico, servindo, para a maioria dos residentes entrevistados, muito mais para avaliar negativamente suas práticas alimentares – chegando até a compará-las com aquelas causadoras das patologias com as quais trabalham no seu cotidiano de cirurgiões – porém não para determiná-las. Observa-se que, mesmo sabendo que a alimentação é um fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis, não mudam seus comportamentos. ARNAIZ (1996) observou em seu trabalho que as pessoas assimilam um conhecimento

teórico com base nutricional, mas na prática não o aplicam adequadamente. Sabem quais alimentos são bons para a saúde, porém comem mal. Relatam que não gostam de frutas, verduras e pescados e as preferências alimentares são dirigidas para o consumo de carnes e ovos.

Os residentes apontam também que as preferências estão vinculadas a outros fatores como os institucionais e os laborativos, pois a escolha alimentar está vinculada ao cotidiano de trabalho. Percebe-se que as dificuldades são atribuídas à instituição em que trabalham. É interessante citar que, num documento produzido na Holanda, no qual são apresentados pontos de discussão relevantes ao ensino de nutrição para clínicos gerais, foi levantado o fato de que os médicos que trabalham o tempo todo em hospitais podem ter hábitos alimentares menos saudáveis que a média populacional, pois eles trabalham por longas horas, alimentam-se em intervalos irregulares e as cantinas dos hospitais não primam pela adequação aos princípios nutricionais, não ofertando, dessa forma, uma boa qualidade de alimentos aos médicos (NIJMEGEN..., 1997). Também, muitas vezes, o médico deixa de comer o que realmente gosta, pois precisa adaptar-se ao que é oferecido no hospital. O mesmo estudo aponta o fato de que os hábitos alimentares dos médicos clínicos podem influenciar no aconselhamento dietético que dão aos pacientes ainda que sejam céticos e conservadores. Este grupo aponta que os médicos têm mais familiaridade com os detalhes das drogas do que com detalhes dos alimentos e de como eles podem ser processados e preparados.

A dificuldade da busca alimentar, nesta pesquisa, é evidenciada pelos residentes em virtude dos horários escassos e das modificações nos rituais alimentares. Buscam na memória recordações do tempo de adolescentes como exemplo de uma alimentação prazerosa. Dessa forma enfatizam a necessidade de compartilhar o ato de comer em conjunto. GARCIA (1997) acrescentou que, na distância do reduto familiar, as pessoas buscam meios para preencher o aspecto afetivo da alimentação e acabam, por intermédio do ato íntimo de comer, buscando companhia de amigos e parentes ou colegas mais próximos para compartilharem esse momento.

O tempo, por ser escasso, limita a busca alimentar e compromete a qualidade. O tempo escasso abrevia os rituais destinados à alimentação, fazendo com que se consumam alimentos rápidos e de baixa qualidade. GARCIA (1997) destacou que os rituais alimentares são comprometidos pela falta de tempo. Em sua pesquisa, observou

que os comensais que se alimentam no centro de São Paulo consomem alimentos em serviços de *fast-food*, pois assim diminuem o tempo destinado à refeição. Acrescentou a autora que essas preferências enfraquecem a consciência do ato de alimentar-se.

Diante desse quadro, o ensino de nutrição, que vem sendo ministrado, não está sendo eficaz para uma mudança de comportamento alimentar, talvez pela sua impermeabilidade a todos esses fatores culturais, sociais e psicológicos. É interessante lembrar o que WINICK (1983) pontua como uma das barreiras à implementação do ensino de nutrição nos cursos médicos: que os médicos não se sentem bem em ter que mudar o comportamento alimentar de seus pacientes, pois fazer orientação alimentar requer coerência entre o que se fala e o que se faz. No trabalho de BOOG (1996: 138) uma das enfermeiras entrevistadas evidencia por meio da sua fala que abordar questões relativas à alimentação conduz a um conflito pessoal, "(...) eu deveria... eu ser um exemplo, para poder passar para outra pessoa, porque é difícil você não... seguir e falar para a pessoa que ela tem que fazer tal coisa (...) Coisa que eu não faço". Sobre este aspecto FREIRE (1996: 38) pontua: "O professor que realmente ensina, quer dizer, que trabalha os conteúdos no quadro da rigurosidade do pensamento certo, nega, como falsa, a fórmula farisaica do 'faça o que mando e não o que faço'. Quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. Pensar certo é fazer certo".

O ensino de nutrição deverá romper essas barreiras de forma a levantar fatores do cotidiano para desenvolver uma crítica ao hábito alimentar. Esse ensino deverá possibilitar ao aluno trazer questões dietéticas de sua realidade concreta para dentro do conteúdo ensinado.

Dietética é definida como "a ciência, a técnica e a arte de adaptar a alimentação às necessidades dos indivíduos, pela organização de regimes alimentares corretos (adequados e o mais equilibrado possível), tanto nos estados de saúde ou de exigências fisiológicas especiais, como nos de doença" (FERREIRA, s.d. :23). Entretanto, DUTRA DE OLIVEIRA (1974) apontou que assuntos voltados para a dietética acabam sendo considerados de baixo *status* pelos alunos de medicina. Opinião semelhante foi manifestada na mesma época por outros autores, que consideraram que a falta de limites definidos na ciência da nutrição não a recomenda para integrar um currículo (FRANKLE, 1976a).

A dietética deverá ser discutida num âmbito muito maior, deverá envolver outros aspectos que conduzam o aluno a uma reflexão. Discutir dietética atrelada apenas a ciências básicas torna-a de certa forma mecânica, tendo assim um enfoque estritamente técnico. A dietética deverá buscar interagir com outras ciências que transcendam a área de ciências biológicas, deverá ser interativa com as ciências ecológicas, buscando discutir qualidade de vida, segurança alimentar e nutricional, entre outros aspectos.

Assim, ensinar nutrição e dietética constitui um enorme desafio, pois é preciso que se conte com docentes não só preparados tecnicamente, porém que tenham a firme convicção de que a alimentação saudável é, antes de tudo, um direito de todos os cidadãos, que a mudança de padrões alimentares é viável e que sejam também competentes para despertar nos alunos a criticidade quanto à adequação das ações desenvolvidas nesta área em todos os campos, inclusive o hospitalar. O ensino de nutrição deverá capacitar o aluno para intervir na realidade, e, especialmente, na sua realidade primeira, que é a realidade de sua própria vida, a realidade de sua qualidade de vida.

Discutir qualidade de vida numa disciplina com essa proposta de ensino possibilitaria aos estudantes refletir sobre as dificuldades que eles próprios e os seus pacientes enfrentam diariamente em relação à alimentação e à qualidade de vida em seus múltiplos aspectos. Pois qualidade de vida sob um enfoque multidimensional envolve condições de *“saúde física (inclusive de mobilidade), o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença/ausência de dor, o comportamento emocional, o lazer, o trabalho, a vida familiar e social”* e passa *“pela preocupação em alimentar-se de forma adequada, sem comprometer o prazer de comer, por ser mais ativo fisicamente, sem chegar aos exageros observados nas ‘academias de aeróbica’; por não fumar, não beber em excesso e não usar drogas. Mas passa, sobretudo e principalmente, por uma mudança interior na nossa maneira de ver e viver a vida e o mundo, que nos habilite a competir menos e amar mais..”* (SILVA, 1996: 657; 660).

## CONCLUSÕES

---

5

Para facilitar a compreensão das conclusões, a exposição será realizada em duas etapas. A primeira apresentará conclusões relativas aos objetivos específicos (1 ao 5) e a segunda, relacionada às propostas pedagógicas (6-15) solicitadas no objetivo geral. Pudemos observar, no decorrer dos resultados, que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados.

1. O ensino de nutrição que os residentes receberam foi deficiente e, por isso, insatisfatório.
2. O conteúdo ministrado, voltado às questões clínicas foi aprendido de forma superficial e fragmentada, não respondendo às necessidades encontradas no cotidiano. Existe uma lacuna entre a teoria e a prática.
3. Embora os residentes sejam procedentes de diferentes realidades de ensino, o ensino recebido tem em comum o fato de não ter conduzido à reflexão sobre as dificuldades que eles próprios e seus pacientes enfrentam em relação à alimentação e à qualidade de vida, e a uma postura crítica em relação às práticas de assistência relativas ao cuidado nutricional.
4. Os residentes criticam os seus hábitos alimentares, têm consciência de que são inadequados, entretanto acabam não envidando esforços efetivos para mudá-los.
5. Por mais que os residentes reconheçam a impossibilidade de uma alimentação adequada durante o período de trabalho, não manifestam impulso no sentido de reivindicar melhores condições no ambiente de trabalho.
6. O ensino de nutrição a ser oferecido ao estudante de medicina deverá ser contextualizado com as necessidades encontradas no cotidiano.
7. O ensino de nutrição deve começar a abranger questões amplas, trazendo discussões sobre ecologia, segurança alimentar, qualidade de vida, economia e política alimentar, sociologia da nutrição entre outros assuntos, como também questões referentes a problemas alimentares de pacientes

em âmbito clínico e social e assuntos voltados às questões individuais. Entretanto esse ensino deverá tentar unir as suas discussões, sem que seja fragmentado e sempre conduzindo o aluno a reflexões críticas sobre as ações.

8. O ensino deverá fazer o aluno refletir sobre a prática, sempre fazendo um movimento dialético e dinâmico da nutrição no contexto pessoal e profissional, buscando uma visão abrangente, crítica e contextualizadora.
9. Deverá se contemplar atividades práticas no ensino de nutrição, podendo ser realizadas atividades como visitas ao Serviço de Nutrição e Dietética, pesquisas em campo com alunos de medicina, para que adquiram noções sobre o papel do nutricionista na administração do serviço de nutrição do hospital e do serviço assistencial ao paciente internado.
10. As aulas ministradas aos alunos deverão ser realizadas por profissionais especializados, como nutricionistas e médicos nutrólogos.
11. Não é possível apresentar sugestões sobre como o ensino de nutrição deve ser inserido na grade curricular médica, bem como em que momento. É necessário pensar questões metodológicas, que conduzam o aluno a contextualizar, problematizar e solucionar os problemas de forma crítica, objetiva e abrangente.
12. Há necessidade de se criarem aberturas maiores para a participação de profissionais de outras áreas de saúde (enfermagem, fisioterapia, nutrição, entre outras) nas reuniões de discussão de casos, buscando assim interação interdisciplinar.
13. Discutir a inserção da nutrição na grade curricular médica pede a participação de profissionais de áreas distintas, para que formulem um ensino abrangente, interdisciplinar, capaz de responder às necessidades do cotidiano. Isso poderá ser realizado quando ocorrerem mudanças na proposta educacional e pedagógica do ensino médico.
14. É necessário que novos estudos sejam realizados buscando, entretanto, observar os problemas dos profissionais médicos em lidar com a nutrição,

investigando as incertezas da prática da nutrição e as dificuldades em lidar com os problemas cotidianos, a fim de subsidiar melhor o ensino.

15. Incentivar a realização de pesquisas que utilizem metodologias qualitativas, pois elas proporcionam uma visão mais crítica das questões vivenciadas, como também verificar os problemas que estão acontecendo no momento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

6

Toda a pesquisa induz a reflexões de âmbito mais amplo. Estudar o ensino de nutrição na grade curricular médica fez-me viajar por décadas as quais não vivenciei, cujo contexto social, político e econômico era diverso do que caracteriza o momento atual. Entretanto essas discussões perduram há mais de 30 anos, sendo que, em alguns momentos, foi dada mais ênfase às discussões sobre a necessidade de se inserir nutrição no ensino médico e em outros momentos, menos.

As discussões sobre esse ensino mostraram que inserir a nutrição na medicina é, de certa forma, deparar-se com barreiras políticas, econômicas e também institucionais. Essas barreiras são consideradas nas literaturas, principalmente americanas, como um nó para sua expansão. Entretanto, como disse FREIRE (1996: 60): “Mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam”. Contudo, mesmo com os entraves, os pesquisadores deverão explorar esse campo, pois a busca por novas pesquisas nesse meio fortalecerá cada vez mais essa discussão.

Discutir o ensino de nutrição, por intermédio de literaturas publicadas pelo Ocidente, possibilitou-me um pouco conhecer como se encontra esse panorama. Algumas leituras me chamaram a atenção e achei necessário sugeri-las neste espaço. Os trabalhos publicados por Feldman, Frankle, Weinsier, Winick, Shills, Gerhoff foram, de certa forma, leituras que me conduziram a refletir melhor sobre o assunto e principalmente a perceber que seria necessária maior divulgação desses trabalhos, o que já começou a ser feito na linha de pesquisa que possibilitou o presente trabalho.

As discussões sobre esse ensino também deveriam ser mais expandidas dentro de seminários, congressos nacionais e internacionais de nutrição. As sociedades científicas representativas poderiam abrir espaço para isso, como também, em parceria com sociedades científicas médicas, participarem juntas de discussões para inserção da nutrição no currículo médico. Essas discussões deveriam ser voltadas ao incentivo de um aprendizado abrangente e crítico, não subserviente à imposição de indústrias farmacêuticas. Não se pode deixar de reconhecer que os medicamentos, em muitas patologias, são imprescindíveis nos tratamentos. Entretanto, deve-se considerar que há mais de 30 anos a atenção médica previdenciária, curativa, é um projeto de hegemonia

de classe no sistema capitalista de produção, e as instituições liberais e privatizadas da corporação médica acabam apresentando um discurso medicalizante como solução dos problemas de saúde da população (LUZ, 1979). Cabe ressaltar que esse sistema de saúde se reflete no ensino médico. PICCINI (2000), analisando o currículo médico pontua que as indústrias tanto de equipamento, farmacêuticas, de insumos e componentes, como também o próprio comércio farmacêutico e à indústria de próteses e órteses, acabam exercendo uma enorme pressão sobre a saúde. Essas indústrias contemplam suas necessidades e acabam provocando um reflexo imediato na prática médica. MORIN (2001a: 27) enfatiza que o poder imperativo sobre o indivíduo de crenças, doutrinas e de verdades estabelecidas determina os estereótipos cognitivos, fazendo com que não se tenha uma visão crítica predominante: “As idéias recebidas sem exame, as crenças estúpidas não contestadas, os absurdos triunfantes, a rejeição de evidências em nome da evidência, faz reinar em toda parte os conformismos cognitivos e intelectuais”. Obviamente um ensino crítico de nutrição presta um enorme desserviço a esses interesses, pois buscará ensinar que muitas vezes as enfermidades não são resolvidas apenas com a prescrição medicamentosa, como é ressaltado por um docente “que a alimentação é mais importante que qualquer remédio que se possa dar”. Esse ensino crítico conduz o aluno a refletir sobre as questões da tecnologia, da ciência, bem como questões humanistas de forma harmônica. FREIRE (1996: 36) acrescenta: “Podemos nos defender de ‘irracionalismos’ decorrentes do ou produzidos por certo excesso de ‘racionalidade’ de nosso tempo altamente tecnologicado. E não vai nesta consideração nenhuma arrancada falsamente humanista de negação da tecnologia e da ciência. Pelo contrário é consideração de quem, de um lado, não diviniza a tecnologia, mas, de outro, não a diaboliza. De quem a olha ou mesmo a espreita de forma criticamente curiosa”.

Observa-se que pesquisas voltadas ao campo de análise qualitativa não são desenvolvidas tanto quanto por meio da análise quantitativa sobre esse assunto. Todavia a análise qualitativa possibilitou levantar, por meio das falas, questões importantes sobre o ensino, que, de certa forma, não foram vistas por mim nas literaturas específicas. Cabe enfatizar que, se buscamos introduzir o ensino de nutrição na formação médica, devemos conhecer suas necessidades e também compreender as dificuldades. Percebe-se que não existe receita para o problema. Ocorrem, sim, pesquisas apresentando como se resolveram tais problemas nas universidades. Contudo não se avalia se o ensino oferecido é concretizado na prática. Precisamos, como pesquisadores, preocuparmo-nos

com essas questões, pois a nutrição não deverá ser introduzida como uma disciplina de “enfeite”, como existem várias dentro da “galeria” da grade curricular. Introduzi-la é mostrar ao aluno que o papel da nutrição no tratamento é tão ou mais importante que oferecer medicamentos, como também que a alimentação é um direito fundamental de todos os cidadãos.

Pode-se observar que os objetivos propostos foram alcançados no decorrer da pesquisa, como também abriram-se outros segmentos para continuar esse assunto num projeto de doutorado. Cabe aqui voltar a falar o que foi descrito no final do capítulo sobre método:

**Quando um pesquisador se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa, em que busca trabalhar em campo ativamente, dificuldades grandes são encontradas, especialmente em relação à disponibilidade do sujeito que se propõe a investigar. Entretanto, são exatamente as dificuldades que constituem a mola propulsora para o investigador buscar respostas para suas perguntas. Não existe dificuldade que o homem não se proponha a ultrapassar e isto condimenta o prazer de descobrir formas e meios para que o seu trabalho se efetive. O desafio de acessar um grupo considerado resistente transforma-se num estímulo a mais para a investigação. As dificuldades que inicialmente geraram insegurança e até sofrimento remetem a uma reflexão filosófica que amplia os horizontes, levando o pesquisador a mudar seus pontos de vista, sua posição em relação à pesquisa, de tal forma que, quando a pesquisa chega ao fim, o produto não são apenas resultados e conclusões, mas sobretudo uma criação de estratégias e sentidos para o trabalho.**

Entretanto encerro esta pesquisa com muito mais questionamentos do que quando comecei e com novas idéias para um futuro doutorado. Como todo pesquisador, espero que esta pesquisa possa contribuir com o trabalho de outros pesquisadores e também com instituições, propiciando reflexões sobre o assunto e iniciativas para um ensino de nutrição problematizador e crítico.

## SUMMARY

---

7

The implementation of the nutrition education in medical courses has been discussed for about 30 years, without much success in reaching a consensus to carry out effectively this purpose. The objective of this study is to contribute to this discussion by presenting a pedagogical proposal developed from a research done with surgical resident doctors from State University of Campinas. The research was carried out in two stages. In the first stage, data concerning nutrition education during graduation was collected, involving 55 residents from different colleges, resulting on a descriptive analysis. In the second stage, 15 residents were selected to be interviewed. The method applied at this stage was content analysis. In the first stage, it was found that 87.3% of the residents had acquired some knowledge of nutrition during graduation, however, the knowledge received was considered insufficient by 79,2%. In the second stage, three categories of analysis were considered: quality evaluation of the education received during graduation, performance in clinical practice related to the approach of nutritional problems, and quality aspects of eating habits. The conclusion was that the education given was defective and, therefore, unsatisfactory, forming a gap between theory and practice. The pedagogical proposals show the need of a problem-based approach in accordance with Paulo Freire's concept and Edgar Morin's paradigms of complexity. The education should integrate the technical aspect with the sociological approach which would allow contextualizing discussion and interdisciplinary development.

**KEY WORDS:** health-education, nutrition, education-medical-graduate, dietetics

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

8

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION: Nutrition – an essential component of medical education. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 94, n. 5, p. 555-557, 1994.

AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION'S NUTRITION CURRICULUM PROJECT. Essentials of nutrition education in medical schools: A national Consensus. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.65, n.5, p.1559-1561, 1997.

ARNAIZ, M.G. La construcción del saber alimentario. In: \_\_\_\_\_. **Paradojas de la alimentación contemporánea**, Barcelona: Icaria, 1996. Cap. 2, p. 99-179.

ARROYO, P.; et al. Formación nutricional en las escuelas de medicina de México. **Revista de la Investigación Clínica.**, v.50, n. 6, p.517-524, 1998.

ATKINSON, R.L. President's address, 1995: Clinical nutrition – a medical specialty in transition. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 4, p. 811-812, 1995

BARRETO, M. L.; CARMO, E. I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: Lessa, I., (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. Cap. 1, p.15-28.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. I. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A., (org) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. Cap. 1, p.7-32.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, Lisboa, edições 70, 1977, p. 225.

BOKER, J.R.; et al. Components of effective clinical-nutrition training: a national survey of graduate medical education (residency) programs. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 52, n. 2, p. 568-571, 1990.

BOOG, M.C.F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde : busca de espaço para ação efetiva**. 1996. 297f. Tese (doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo.

BOOG, M.C.F. O papel do enfermeiro no cuidado nutricional ao paciente hospitalizado. **Revista Campineira de Enfermagem**, v. 2, n.1, p.17-21, 1999a.

BOOG, M.C.F. Dificuldades encontradas na abordagem de problemas alimentares. **Revista da PUCAMP**, v. 12, n.3, p.261-272, 1999b .

BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p.139-147, 1999c. Suplemento.

BOOG, M.C.F. Considerações sobre o ensino de nutrição nos cursos superiores da área de saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, v. 7 , n.1, p.23-30, 1999d.

BOOG, M.C.F.; SILVA, J. B. Percepções de enfermeiras sobre o processo de cuidado nutricional. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 16, n. 1, p. 17-22, 2001.

BOUCINHAS, J.C.; BEZERRA, L.G. O ensino de nutrição a nível de graduação nos cursos de medicina do Brasil. **Alimentação e Nutrição**, n. 50, p. 48-52, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. INAN-MS/NEPA. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. **Cadernos de debate**. p.41, 1997. Volume especial

BRASIL. Ministério da Saúde. INAN-MS/NEPA. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. **Cadernos de debate**. p.48, 1997. Volume especial

BRATLAND, Z.S. Handling nutritional advice in general practice in Norway. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6s, p. 1953s-1956s, 1997.

BUTTRISS, J.L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1985-1995, 1997. Suplemento

CÂNDIDO, L.M.B.; CAMPOS, A. M. Impacto da dieta sobre a saúde. In:\_\_\_\_\_. **Alimentos para fins especiais: dietéticos**. São Paulo, Varela, 1996. p.19-28.

CONSEJO SOBRE ALIMENTOS Y NUTRICION DE ESTADOS UNIDOS. La enseñanza de la nutrición en las escuelas de medicina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.57, n.5, p.469-473, 1964.

CHACÓN, E.; BELTRÁN, O.R.; LARA, P. E. Enseñanza de la nutrición a nivel profesional en el campo de las ciencias de la salud en Venezuela. **Archivos de la Nutrición**, v. 28, n.1, p. 9-28, 1978.

CHERY, A.; SABRY, J.H.; WOOLCOTT, D. Nutrition knowledge and misconceptions of university students: 1971 vs. 1984. **Journal Nutrition Education**, v.19, n.5, p.237-241, 1987.

DRENTHEN, T. Challenges to prevention in Dutch general practice. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1943-1945, 1997. Suplemento.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E. Teaching nutrition in medical schools: some problems and proposed solutions. **Journal Nutrition Education**, v. 6, n.2, p. 49-51, 1974.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E. Formação em nutrição na carreira de medicina. A experiência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil. **Revista Chilena de la Nutrición**, v. 18, n. 2, p. 153-155, 1990.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E. Novos caminhos para o ensino de alimentos e nutrição. **Archivos Latino Americanos de Nutrición**, v. 42, n.3S, p.102-107, 1992.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E. Clinical nutrition for MDs: reappraisal and identity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.6, n.2, p. 1289-1230, 1995.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E.; CUNHA, S.F.C.; MARCHINI, J.S. **A desnutrição dos pobres e dos ricos: dados sobre a alimentação no Brasil**. São Paulo: Sarvier, 1996. 123p.

DUTRA de OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.E. Primary care physicians and clinical nutrition: can good medical nutrition care be offered without well-trained physicians in the area? **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n.6, 2010-2020, 1997. Suplemento.

FAZENDA, I.C.A. A construção de fundamentos a partir de uma prática docente interdisciplinar. In:\_\_\_\_\_. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**, Campinas: Papirus, 1994. Cap. 7, p. 81-89.

FELDMAN, E.B. Educating physicians in nutrition – a view of the past, the present, and the future. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 54, n. 4, p. 618-622, 1991.

FELDMAN, E.B. Networks for medical nutrition education – a review of the US experience and future prospects. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 3, p. 512-517, 1995.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**, 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. p.507.

FERREIRA, F.A.G. **Nutrição humana**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 23. s/d.

FLANDRIN, J.L. Da dietética à gastronomia, ou à libertação da gula. In: Flandrin, J.L. ; Montanari, M. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. Cap. 37, p. 667-688.

FRANKLE, R. T. Nutrition education for medical students. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 68, p. 513-519, 1976a.

FRANKLE, R. T. Nutrition education for medical students. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 68, p. 520-525, 1976b.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165p. (Coleção leitura).

GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. 6 ed. São Paulo: Ática, 1995. p. 38. (Série Fundamentos).

GALLAGHER, C.R.; VIVIAN, V.M. Nutrition concepts essential in the education of the medical student. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 32, p. 1330-1333, 1979.

GARCIA, R.W.D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 455-467, 1997.

GERHOFF, S.N. National Council Award for excellence in medical/dental nutrition education lecture, 1996: Nutrition education- success or failure. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 64, n.5, p. 809-812, 1986.

GEYMAN, J.P. Nutrition teaching in medical education: a case of chronic neglect. **Journal Family Practice**, v.18, n.2, p.193-194, 1984.

GOVAERTS, F. Advice on healthy food as given by Flemish general practitioners. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1951-1952, 1997. Suplemento.

GRANT, J.P. Importância da equipe. In: \_\_\_\_\_. **Nutrição parenteral**, 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. Cap. 2, p. 06-12.

HELMAN, A. Nutrition and general practice: na Australian perspective. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n.6 p. 1939-1942, 1997. Suplemento.

HEIMBURGER, D.C. et al. Dietary habits of first-years medical students assessed during clinical nutrition course. **Nutrition**, v. 10, n. 3, p. 214-220, 1994.

HEIMBURGER, D.C.; STALLINGS, V.A.; ROUTZAHN, L. Survey of clinical nutrition training programs for physicians. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.68, n.6, p.1174-1179, 1998.

HERRERA, N.R.; ARÁUZ, A.G.; ROJAS, N.M.; ARAYA, M.R. Factores aterogénicos de la dieta de la población costarricense, 1991. **Archivo Latino Americano de Nutrición**, v. 46, n.1, p.27-32, 1996.

JAPIASSU, H.F. **Introdução ao pensamento epistemológico**, 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997. 195p.

JORGE, A.L.; CANAVÓ, P.R.L. Atualização- prescrição dietética. **CRN-3 notícias**, São Paulo, abr-jun 2001, v.62, p.14.

KISIL, M. Prefácio. In: Feuerwerker, L.C.M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec / Rede Unida, 1998. p. 19-25.

KOLASA, K.; POELHLMAN, G.; JOBE, A. Virtual seminars for disseminating medical nutrition education curriculum ideas. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.71, n.6, p.1403-1404, 2000.

KUSHNER, R.F. et al. Implementing nutrition into medical curriculum: user's guide. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.52, n.2, p.401-403, 1990.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis. In: Lessa, I., (org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. Cap. 29, p.29-42.

- LOPEZ, A. S.; READ, M. S.; FELDMAN, E.B. 1987 ASCN Workshop on nutrition education for medical/dental students and residents-Integration of nutrition and medical education strategies and techniques. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.47, n.3, p.534-550, 1988.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**, São Paulo: Pedagógica e universitária LTDA, 1986. 82p.
- LUPO, A. Nutrition in general practice in Italy. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1963-1966, 1997. Suplemento.
- LUZ, M.T. Estratégia de hegemonia e Instituições Médicas. In:\_\_\_\_\_. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- LYONS, A.S.; PRETUCELLI, R.J. In: \_\_\_\_\_. **Medicine: Na illustrated history**. New York: Abradale Brooks, 1992. p. 214.
- MAHAN, L.K; ARLIN M.T. Processo do cuidado nutricional. In:\_\_\_\_\_. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**, 8. ed., São Paulo: Roca,1994. Cap. 24, p.437- 452.
- MANT, D. Effectiveness of dietary intervention in general practice. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1933 – 1938, 1997. Suplemento.
- MARCELLINO, N.C. Departamentalização e unidade das ciências sociais. In: Marcellino, N.C. (org.). **Introdução às ciências sociais**. Campinas: Papirus, 1994. p. 105.
- MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo. In: Flandrin, J.L., Momtanari, M. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade, 1998. Cap. 14, p. 254-263.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999. 249p.
- MONDINI, L; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação. In: Monteiro, C.A, (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 4, p.79-89.

MONTEIRO, C.A. et al. Da desnutrição para a obesidade: a transição nacional no Brasil. In: Monteiro, C.A, (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil : a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 14, p.247-255.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez editora, 2000a. 116p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000b, 343p.

NASCIMENTO, J.E.A. et al. Implicações da desnutrição em cirurgia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, vol. 18, n. 5, p.193, 1991.

NIJMEGEN CONTINUOUS MORBIDITY REGISTRATION. Nutrition for primary care physicians: points from the discussions. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 2020-2022, 1997. Suplemento.

OJEDA, M.M.S. Enseñanza de nutrición en la Argentina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.76, n.3, p.222-229, 1974.

PABLO, A.G. La configuración científica de la dietética y de la nutrición. **Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición**, v.5, n.3, p. 34-35, 1995a.

PABLO, A.G. La evolución de la alimentación y dos hábitos alimentarios. **Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición**, v.6, n.2, p. 28-32, 1995b.

PABLO, A.G. Aparición y desarrollo de la nutrición científica. In: Rodriguez, M.H; Gallego, A.S (org. ) **Tratado de nutrición**. Madrid: Diaz de Santos, 1999. Cap. 2, p.33-37.

PADILHA, K. G. Sobre o des-cuidar. **Medicina Conselho Federal**, Brasília, julho 1999, v.14, n.107, p.8-9.

PESSA, R.; DUTRA de OLIVEIRA, J.E.; SANTOS, J.E. Residência em nutrição: Resultados de 11 anos de existência como curso de especialização. **Revista de Nutrição da PUCCAMP, Campinas**, v. 3, n.2, p.158-167, 1990.

PICCINI, R. X. Transformação curricular sob a visão da CINAEM. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, v. 8, n. 1, p.13-20, 2000. Edição especial.

POLIT, D.F.; HUNGLER, P.B. Biophysiologic and other data collection methods. In: **Nursing research: principles and methods**. 4 ed. United States of American: J.B. Lippincott Company, 1991, p. 343- 364.

RAO, K.S. La enseñanza de la nutrición en las escuelas de medicina del Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.61, n.1, p.59-68, 1966.

RAO, K.S. Metodo para mejorar la enseñanza de la nutrición en las escuelas de medicina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.70, n.6, p.530-537, 1971.

ROMO, M.E.; OLIVARES, S. Enseñanza de nutrición en la formación de profesionales de la salud de la Universidad de Chile. **Revista Chilena de la Nutrición**, v. 11, n.1, p. 35-42. 1983.

ROVIRA, R.F.; PONS, I.F.; PICA, J.F.I. Malnutrición hospitalaria: indicadores de evolución postoperatoria. **Nutrición Hospitalaria**, v.13, n.3, p. 130-137, 1998.

SANTOS FILHO, J.C.; GAMBOA, S.S. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa: o desafio paradigmático. In: Gamboa, S.S. (org.) **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p.13-59 (Coleção questões da nossa época; v. 42).

SANTOS, K. M.O. **O desenvolvimento histórico da ciência da nutrição em relação ao de outras ciências**. Campinas, UNICAMP, Centro de Lógica Epidemiologia e História da Ciência, 1989, p.7-14 (Coleção CLE, v.5).

SCHALL, V.T. ; STRUCHINER, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: Czeresnia, D.; Barbosa, R.H.S.; Monteiro, S. (org.) **AIDS: pesquisa social e educação**, São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995, p. 85-101.

SCHULMAN, J.A. Nutrition education in medical schools: trends and implications for health educators. Disponível em: [http:// www.med-ed-online.org/issue2.htm#v4](http://www.med-ed-online.org/issue2.htm#v4). **Medical Education**, v. 4, n. 4, 1999. Acesso em: 11/8/2000.

SCRIMSHAW, N.S. Sugerencias para un programa de nutrición para estudiantes de medicina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.41, n.1, p.23-24, 1956.

SHILS, M.E. National dairy council award for excellence in medical and dental nutrition education lecture, 1994: Nutrition education in medical schools- the prospect before us. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 4, p. 631-638, 1994

SILVA, M.A.D. A importância da manutenção da qualidade de vida. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, v.6, n.5, p. 657-660, 1996.

SWANSON, A.G. 1990 ASCN nutrition educators' symposium and information exchange. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 53, n. 3, p. 587-588, 1991.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Inquérito Brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 14, n.2, p. 123-133, 1999.

WALDMAN, E. A. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. **O Mundo da Saúde**, v. 24, n.1, p.10-18, 2000.

WEINSIER, R.L. et al. Nutrition knowledge of senior medical students: a collaborative study of southeastern medical schools. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 43, n. 6, p. 959-969, 1986.

WEINSIER, R.L. et al. Priorities for nutrition content in a medical school curriculum: a national consensus of medical educators. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.65, n.4, p. 707-712, 1989.

WEINSIER, R.L. et al. Nutrition training in graduate medical (residency) education: a survey of selected training programs. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 54, n. 6, p. 957-962, 1991.

WEINSIER, R.L. National dairy council award for excellence in medical/dental nutrition education lecture, 1995: medical-nutrition education-factors important for developing a successful program. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 4, p. 837-840, 1995.

WEISS, E.H.; KIEN, C.L.; RICHARDSON, C. Evaluation of a clinical nutrition elective course for second-year medical students. **Journal Clinical Nutrition Education**, v.20, n.3, p. 110-113, 1988.

WIESEMANN, A. Nutritional counseling in German general practices: a holistic approach. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1975-1962, 1997. Suplemento.

WINICK, M. Nutrition education in medical schools. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 58, n. 6, p. 825-827, 1993.

WOERKUM, C.M.J. Media choice in nutrition education of general practitioners. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 2013- 2015, 1997. Suplemento

ZIMMERMAN, L.F. Currículo médico: a visão dos alunos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, v. 8, n. 1, p.87-95, 2000. Edição especial

ZIMMERMANN, M.; KRETCHMER, N. Isn't it time to teach nutrition to medical students? **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 58, n. 6, p. 828-829, 1993.

**ANEXOS**

---

**9**

**Instrumento I**

Identificação :

Nome : \_\_\_\_\_ idade : \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Especialidade : \_\_\_\_\_ ano de residência : \_\_\_\_\_

Faculdade que cursou a graduação : \_\_\_\_\_

No período de graduação você adquiriu conhecimentos sobre nutrição ?

 sim  não

Se você respondeu sim à pergunta anterior responder a questão 2 e se a resposta for não, responder à questão 3.

Você considera que os conhecimentos adquiridos de nutrição, no período da graduação, estão sendo suficientes ?

 sim  
 não - em que circunstâncias você sentiu que eram insuficientes os ensinamentos de nutrição na graduação ? \_\_\_\_\_

Você sentiu necessidade da disciplina de nutrição no desenvolvimento do seu aprendizado acadêmico ? Por quê ?

 sim  não

Por quê ? \_\_\_\_\_

Durante a graduação você cursou alguma disciplina de nutrição?

 sim. Preencha o quadro abaixo  
 não

Disponibilidade da disciplina	Existência			Enfoque*
	Sim	Não	Desconheço	
Disciplina curricular obrigatória				
Disciplina curricular eletiva (conta crédito)				
Disc. Curricular optativa (não conta crédito)				
Curso de extensão				
Outros cursos ( minicursos, curso pré-congresso e outros)				
Internato				

\* Identificar na coluna do enfoque os números referentes as abordagens dadas durante a graduação (pode ser colocados mais de um item):

Condições nutricionais da população brasileira

Dietética- parâmetros mínimos da alimentação equilibrada para indivíduos saudáveis

Fatores sociais relacionados as condições de alimentação

Nutrição infantil

Aleitamento materno

Alimentação na prevenção de doenças

Dietoterapia (nutrição como parte do tratamento)

Nutrição ortomolecular

Nutrição enteral

Nutrição parenteral  
 Bioquímica da nutrição  
 Aspectos culturais da alimentação  
 Interação droga x alimento

Durante o período de graduação você adquiriu conhecimentos de nutrição através de outras disciplinas ?

- sim. Quais disciplinas ? \_\_\_\_\_  
 não

Durante o internato você estudou ou discutiu temas relacionados à nutrição?

- sim. Em que especialidade? \_\_\_\_\_  
 não.

Qual o enfoque dado à nutrição durante o período acadêmico ?

ENFOQUE	NÃO ABORDADO	ABORDADO		
		SOMENTE NA PRÁTICA	SOMENTE EM TEORIA	TEORIA E PRÁTICA
Condições nutricionais da população brasileira				
Dietética- parâmetros mínimos da alimentação equilibrada para indivíduos saudáveis				
Fatores sociais relacionados as condições de alimentação				
Nutrição infantil				
Aleitamento materno				
Alimentação na prevenção de doenças				
Dietoterapia ( nutrição como parte do tratamento )				
Nutrição ortomolecular				
Nutrição enteral				
Nutrição parenteral				
Bioquímica da nutrição				
Aspectos culturais da alimentação				
Interação droga x alimento				

Para você, a disciplina nutrição no currículo acadêmico de graduação:

- Deve estar contida no currículo de graduação como disciplina obrigatória.
- Deve estar contida como disciplina eletiva.
- É importante mas há outras disciplinas prioritárias.
- Não é importante, porque nutrição se aprende na prática.

Que considerações você faz a respeito de nutrição na sua prática médica diária ?

- Considero importante, mas pratico pouco.
- Considero necessário, mas tenho dificuldade
- Considero inútil, não sou responsável direto por essa parte do tratamento

d) Considero indispensável, não há como tratar o paciente sem considerar o aspecto nutricional.

De que forma você acessa informações sobre nutrição ?

FONTES	FREQUENTEMENTE	ESPORADICAMENTE	NUNCA
Livros científicos de nutrição <b>nacionais</b>			
Livros científicos de nutrição <b>internacionais</b>			
Livros de nutrição para leigos			
Livros científicos <b>nacionais</b> da sua especialidade que contém capítulos sobre nutrição			
Livros científicos <b>internacionais</b> da sua especialidade que contém capítulos sobre nutrição			
Periódicos científicos <b>nacionais</b> de nutrição			
Periódicos científicos <b>internacionais</b> de nutrição			
Periódicos científicos <b>nacionais da sua especialidade</b> que contém artigos de nutrição			
Periódicos científicos <b>internacionais da sua especialidade</b> que contém artigos de nutrição			
Material de divulgação científica distribuído por laboratórios com informações sobre nutrição			
Divulgação através da sociedade médica			
Internet			

Você conhece algum livro de nutrição ?

- sim. Quais ? \_\_\_\_\_
- não.

Você conhece algum periódico de nutrição ?

- sim. Quais ? \_\_\_\_\_
- não.

Nas dificuldades encontradas sobre nutrição, você :

- a) Discute com colegas de profissão
- b) Discute com nutricionista
- c) Discute com enfermeira
- d) Pesquisa em revistas e livros especializados
- e) Nenhuma das anteriores. Outros: \_\_\_\_\_

Você já participou através de sociedades médicas de algum evento sobre nutrição ?

- sim. Quais ? \_\_\_\_\_
- não.

**Instrumento II****I) Identificação:**

Nome ( iniciais ) : \_\_\_\_\_ idade : \_\_\_\_\_ sexo : \_\_\_\_\_  
Especialidade : \_\_\_\_\_ Ano de residência : \_\_\_\_\_  
Faculdade em que cursou a graduação: \_\_\_\_\_

**II) Avaliação da conduta alimentar no cotidiano pessoal**

- 1) Que avaliação você faz da qualidade da sua alimentação ?
- 2) Como você compatibiliza o cuidado com sua própria alimentação com a rotina da clínica cirúrgica ?
- 3) Quais as dificuldades encontradas para uma alimentação no dia a dia de trabalho ?
- 4) Quais são as suas preferências alimentares ? De que modo você acha ou considera que preferências podem favorecer ou prejudicar a sua saúde ?
- 5) Como você acha que a alimentação poderia ser melhorada no contexto geral da sua vida?

**III) Avaliação da abordagem alimentar e nutricional junto ao paciente**

- 1) Como você adquiriu conhecimentos sobre nutrição para assistência ao paciente ?
- 2) Que responsabilidades e ações competem ao residente em relação ao cuidado nutricional dos pacientes ?
- 3) Como você faz a abordagem em relação aos problemas alimentares e nutricionais dos paciente ?
- 4) Que influência você acha que a alimentação tem na evolução clínica do paciente ?
- 5) Na sua percepção, como se dão as relações interdisciplinares na prestação do cuidado nutricional ?
- 6) Você dá alguma orientação alimentar para pacientes que estejam em alta com alimentação via oral ?

**IV) Considerações sobre a qualidade da assistência nutricional:**

- 1) Você tem conhecimento sobre o resultado do IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional), uma pesquisa realizada no Brasil, na qual se verificou que 48,1% dos pacientes hospitalizados estão desnutridos ? O que você considera que seria necessário para melhorar esse quadro ?
- 2) Você gostaria de dar alguma sugestão a respeito do ensino de nutrição nos cursos de medicina ?

**Termo de consentimento para pesquisa com residentes de cirurgia da UNICAMP**

Eu, \_\_\_\_\_, médico residente de cirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada : **Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para ensino do processo de cuidado nutricional.** Orientado pela Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog, desenvolvido pela aluna de mestrado do curso de enfermagem Fernanda Pardo de Toledo Piza Soares.

Estarei ciente de que:

Serão aplicados questionários para obtenção dos dados para a pesquisa;

Recebi e receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo;

Fui informado de que meus dados pessoais serão mantidos em sigilo pelo grupo;

Caso não compareça ao encontro marcado, poderei ser convocado por telefone;

Para qualquer esclarecimento poderei procurar a pesquisadora pelo telefone, ( 0xx19) 231-1185. Também poderei recorrer à secretaria do Comitê de Ética ( 0xx19) 241-1185 para recurso ou reclamações.

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico residente

**Solicitação de consentimento para realização de pesquisa**

Campinas, \_\_ de novembro de 2000.

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Reinaldo Wilson Vieira  
Chefe do Departamento de Cirurgia.  
FCM-UNICAMP

Prezado senhor,

Venho, pela presente, solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada: "Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para ensino do processo de cuidado nutricional", sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog. Este estudo constitui parte da minha dissertação de mestrado para o curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com residentes de cirurgia do primeiro ao quinto ano.

Segue anexa, uma cópia do resumo do projeto, o qual inclui os objetivos propostos, a metodologia e a forma de análise dos resultados.

Esperando contar com a atenção de V.Sa., agradeço antecipadamente, e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Fernanda P. de Toledo Piza Soares  
RA 995487 / tel: (0xx19) 231-1185

**Solicitação de consentimento para realização de pesquisa**

Campinas, \_\_ de novembro de 2000.

Ilmos. Srs.  
Profs. Drs. Chefes das Disciplinas de Cirurgia.  
FCM-UNICAMP

Prezados senhores,

Solicito autorização para realizar a pesquisa intitulada: "Abordagem de nutrição no curso de graduação de médicos residentes de cirurgia: subsídios para ensino do processo de cuidado nutricional", sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog. Este estudo constitui parte da minha dissertação de mestrado para o curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com residentes de cirurgia do primeiro ao quinto ano.

Segue anexa, uma cópia do resumo do projeto, o qual inclui os objetivos propostos, a metodologia e a forma de análise dos resultados.

Esperando contar com a atenção de V.Sa., agradeço, antecipadamente e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

---

Assinatura do Docente

---

FERNANDA P. DE TOLEDO PIZA  
SOARES  
RA 995487 / tel: (0xx19) 231-1185

## Aprovação do comitê de ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
☐ Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas-S.P.  
☎ 0 19 7888936  
fax 0 19 7888925  
✉ cep@reda.fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 81/2000

## IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ABORDAGEM DE NUTRIÇÃO NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DE CIRURGIA: SUBSÍDIOS PARA ENSINO DO PROCESSO DE CUIDADO NUTRICIONAL"  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Pardo de Toledo Piza Soares  
INSTITUIÇÃO: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP  
APRESENTAÇÃO AO CEP: 14.03.2000

## II- OBJETIVOS

Gerar levantar subsídios a uma proposta pedagógica para o ensino de nutrição nos cursos de medicina  
Específicos: descrever o ensino de nutrição recebido pelos residentes de medicina no período de graduação; identificar e analisar a compreensão dos residentes sobre a importância da alimentação na rotina diária e identificar e analisar a abordagem dos residentes em relação aos problemas alimentares e nutricionais dos pacientes.

## III- SUMÁRIO DO PROJETO

Descrição e caracterização da amostra: será composta de 62 médicos residentes de cirurgia da UNICAMP, cursando do primeiro ao quinto ano, de ambos os sexos.  
Critérios de inclusão e exclusão: o estudo não prevê exclusão de sujeitos da amostra, uma vez que se trata de uma pesquisa exploratória para levantamento de dados e deverá incluir todos aqueles que aceitarem participar e assinarem o termo de consentimento.  
Adequação da metodologia: sendo um estudo exploratório, a metodologia de coleta de informações através de questionários (primeira etapa) e entrevistas (segunda etapa) parece ser a mais adequada.

Adequação das condições: não há nenhum elemento que indique falta de condições para a realização da pesquisa, uma vez sendo autorizada pelos responsáveis pela residência.

## IV- COMENTÁRIOS DOS RELATORES

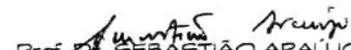
O protocolo cumpre com as especificações exigidas por este comitê. Embora seja em princípio desnecessária, o projeto não prevê nenhuma especificação para os sujeitos envolvidos no que respeita os benefícios advindos para a comunidade de tal estudo. O estudo trata adequadamente tanto a forma de obtenção quanto o termo de consentimento.

## V- PARECER CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado os termos do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

## VI- HOMOLOGAÇÃO

A ser homologado na IV Reunião Ordinária em 09 de maio de 2000.

  
Prof. DR. SEBASTIÃO ARAÚJO  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

AMERICAN MEDICAL STUDENT ASSOCIATION'S NUTRITION CURRICULUM PROJECT.  
Essentials of nutrition education in medical schools: A national Consensus. *Am. J. Clin. Nutr.*,  
v.65, n.5, p.1559-1561, 1997.

1560

AMSA SPECIAL ARTICLE

ESSENTIALS OF NUTRITION EDUCATION, CONTINUED

## List 1

**Topics Deemed Essential for Developing Physicians' Competencies in Nutrition\*****Biochemistry, Physiology, Pathophysiology**

Deficiency of vitamins and minerals  
Sources of antioxidants  
Sources of B<sub>12</sub>  
Sources of calcium  
Sources of complex carbohydrates  
Sources of fats  
Sources of fiber  
Sources of iron  
Sources of potassium  
Sources of protein  
Sources of sodium  
Energy balance  
Gastrointestinal tract: an overview of function  
Deficiency of calories  
Deficiencies of A, C, D, K, B complex  
Deficiencies of Zn, Fe  
Deficiency of protein  
Criteria of an adequate diet  
Hormonal control of nutrient metabolism  
Lipids (including cholesterol)  
Nutrition and immunity  
Physiology of hunger and satiety  
Water and electrolytes  
Trace minerals

**Nutrition Assessment**

Body composition  
Waist: hip ratio  
Diet history taking  
Nutrition physical examination  
Biochemical evaluation  
Anthropometrics  
Assessments of vitamin intake and balance  
Assessments of mineral intake and balance  
Assessments of electrolyte intake and balance  
Assessments of antioxidant intake and balance  
Assessment of protein intake  
Assessment of carbohydrate intake  
Assessment of fat intake  
Assessment of energy balance  
Assessment of fiber intake  
Plotting growth

**Diet and Prevention**

Pregnancy  
Lactation  
Growth and development  
Geriatrics  
Cardiovascular disease  
Cancer

Osteoporosis  
Obesity  
Hypertension  
Criteria for an adequate diet  
National nutritional programs and goals  
Nutritional supplements  
Low-sodium diet  
Vegetarianism

**Nutrition and Disease**

Bulimia  
Anorexia  
Depression  
Schizophrenia  
Failure to thrive  
Nutritional anemias  
Diabetes  
Cancer  
Hypertension  
Osteoporosis  
Hyperlipidemia and atherosclerosis  
Coronary artery and cerebrovascular disease  
Reflux disease  
Liver disease  
Peptic ulcer disease  
Water, electrolytes, and acid-base balance  
Hospital malnutrition  
Surgery, trauma, and infection  
Food-borne illness  
Drug-nutrient interactions  
Primary malnutrition  
Diet and wound healing  
Allergies  
Cystic fibrosis  
Rheumatoid disease  
Oral cavity  
Inborn errors in metabolism  
Acquired immunodeficiency syndrome  
Tests of digestive function

**Nutritional Therapy**

Digestive enzyme therapy  
The "MD-RD" team  
Nutritional supplements  
Alcohol abuse  
Enteral nutrition support  
Parenteral nutrition support  
Writing nutrition prescriptions  
Writing nutrition referrals  
Cultural issues

\*The advisory board organized by the Nutrition Curriculum Project (NCP) agreed unanimously in 1994 that these 92 topics are fundamental for medical practitioners' competency in nutrition. The NCP was created by the Nutrition and Preventive Medicine Task Force of the American Medical Student Association.

**Cr terios adotados para transcri o**

- (...) Foi suprimida parte da fala na qual a seq ncia da id ia que estava sendo expressa foi interrompida, dando lugar a observa es paralelas.
- (risos, gargalhadas)** Quando o entrevistador manifestava suas impress es sobre o assunto a respeito do qual falava, atrav s de risos, gargalhadas.
- (pausa)** Quando o entrevistado parava para falar durante alguns instantes, pensando.
- (ahn)** Hesita es manifestadas atrav s de sons.