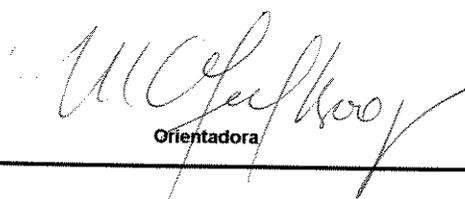


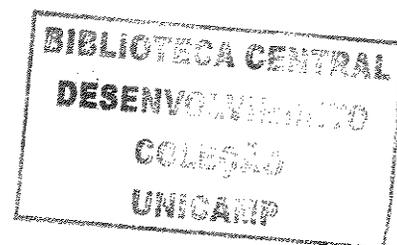
JOYCE GUILHERMINO DE PÁDUA

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **JOYCE GUILHERMINO DE PÁDUA**


Orientadora

**AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS**

CAMPINAS - SP
2004



JOYCE GUILHERMINO DE PÁDUA

**AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

**CAMPINAS - SP
2004**

**BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP P136a
V	EX
TOMBO BCI	65 509
PROC.	16-86-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	14,00
DATA	31-8-05
Nº CPD	

Pubid 36355T

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P136a

Pádua, Joyce Guilhermino de

Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da região metropolitana de Campinas / Joyce Guilhermino de Pádua. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria Cristina Faber Boog
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

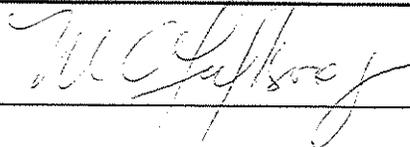
1. Promoção da saúde. 2. Saúde Pública. 3. Segurança alimentar. 4. Nutrição . 5. Sistema Único de Saúde. 6. Equipe de Assistência ao Paciente. I. Maria Cristina Faber Boog. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

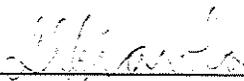
Orientador(a) PROFA. DRA. MARIA CRISTINA FABER BOOG

Membros:

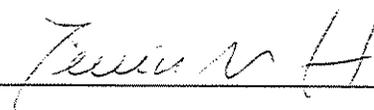
1. PROFA. DRA. MARIA CRISTINA FABER BOOG



2. PROF. DR. LUIS CARLOS GIAROLA



3. PROFA. DRA. DENISE GIACOMO DA MOTTA



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

Data: 17 de dezembro de 2004

2005/9/83

Dedicatória

Dedico este trabalho a Vilna, minha querida mãe, que acreditou em meu potencial, me incentivou e ensinou com suas palavras sábias, que na vida encontraremos sempre muitos desafios e obstáculos, mas são estes que nos tornarão vencedores nessa insaciável busca do sucesso.

Os caminhos trilhados pelo pesquisador para a realização dessa pesquisa, aparentemente seriam tortuosos, mas ao contrário desta idéia, eles se mostraram retilíneos. Retilíneos porque durante todo o desenvolvimento deste trabalho, pude contar com o apoio, em todos os sentidos de pessoas que sempre receberão minha eterna gratidão e que de alguma forma, contribuíram para a elaboração desta pesquisa. Uma amizade não se manifesta pela quantidade de pessoas que você conhece, mas pelo sentimento de um sucesso compartilhado.

Agradeço do meu âmago, os meus 12 colegas de trabalho que foram os protagonistas desta pesquisa. Meus sinceros agradecimentos por compartilhar com vocês uma "pequena cena" real dos seus cotidianos, os pioneiros do trabalho em Saúde Pública dessa região.

Em especial:

À minha mestre, profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog, que se propôs orientar-me, confiante de que cumpriria mais um desafio de sua carreira profissional, principalmente pelo fato de tratar de uma pesquisa que um dia ela me confessou ser "um trabalho muito especial em sua vida profissional". Muito obrigada pelo apoio e compreensão.

Aos meus pais, Roberto e Vilna por serem exemplos de amor, simplicidade, honestidade e companheirismo, ensinando princípios e valores da vida, não só a mim como aos meus dois queridos irmãos, Pollyana e Robertinho que dividiram comigo, mesmo à distância, toda a trajetória desse trabalho.

À professora-Dra. Denise Giácomo da Motta e ao professor-Dr. Luís Carlos Giarola que gentilmente avaliaram e contribuíram nesta pesquisa.

Às professoras Angélica, Denise e Semíramis que aceitaram o convite em analisar parte de uma das etapas do trabalho.

Às professoras Carla, Ângela e Angélica que se disponibilizaram em receber-me, até mesmo em suas casas, afim de que, com seus conhecimentos, enriquecesse meu trabalho para uma parte das análises dos dados. Esses agradecimentos estendem-se também às supervisoras de estágio Ellen e a Maria do Carmo que também contribuíram muito com suas experiências vivenciadas nos centros de saúde.

Agradeço às coordenações do curso de nutrição das duas universidades, Puc-Campinas e Unip, que permitiram conhecer um pouco a prática da instituição.

Às nutricionistas que participaram do pré-teste e que contribuíram muito para a elaboração do questionário.

Um beijo bem carinhoso a Carol que não se opôs a passar uma madrugada inteira comigo, acordada, revisando todas as partes do trabalho. A Silzeth que dividiu comigo o espaço de orientanda da Cris, e vencemos juntas, uma, entre muitas batalhas que compartilharemos com outras pessoas.

Ao meu querido amigo Rafael, que em todos os momentos esteve ao meu lado, tendo paciência em resolver os eternos problemas do computador de uma mestranda.

Aos meus colegas do curso de Direito por sempre me apoiaram, mesmo não compreendendo muito bem a relação do Direito com a Nutrição. E aos professores que sempre me diziam que o bom profissional é aquele que cria seus próprios diferenciais.

A todas as professoras do departamento de enfermagem que me proporcionaram conhecimento e sabedoria e, principalmente, incentivaram-me sempre a nunca desistir, mas persistir.

Agradeço a Jane e principalmente ao Carlinhos pela paciência e apoio neste caminho.

Obrigada a todas as minhas amigas de Passos que compreenderam as minhas ausências nos nossos encontros, principalmente nos feriados.

Agradeço a minha querida amiga Fernanda que soube compreender minhas ausências em nossas atividades profissionais e por darmos oportunidades de repararmos nossos erros e crescermos juntas. Ao Daniel, seu marido e, agora, à pequenina e linda, Mariana.

À minha querida amiga Ingrid que me apoiou e ajudou, mesmo não morando mais juntas, a amadurecer a idéia da importância da pesquisa na vida acadêmica e obrigada por me indicar o João, meu professor de português que acompanhou grande parte do desenvolvimento dessa pesquisa.

Por último e ainda em especial, a três amigas que sempre estiveram presentes quando eu precisei; agradeço a Érika que se tornou uma grande amiga, não de mestrado, mas da vida, e que soube com seu meigo e dócil jeitinho de escutar-me, ensinar que as coisas vão amadurecendo sem eu tempo certo.

A Silvia, minha "fada madrinha", que indicou como conduzir meus passos na busca de meu ideal e foi também, exemplo de determinação e uma professora que, agora fazendo jus de suas palavras, digo, uma grande amiga também.

E a minha mais que amiga, companheira de casa e exemplo de generosidade, Adriana, carinhosamente chamada por "Mary", que compartilhou comigo, nesta trajetória, os momentos felizes, os tristes e angustiantes, mas soube entender a minha ausência de amiga quando ela perguntava: "Hoje você vai fazer mestrado?" E eu dizia que sim. E ela soube respeitar e acreditou que isso me geraria bons frutos. E gerou.

O meu agradecimento também, a todos que não tiveram seus nomes aqui mencionados, mas que de alguma forma, contribuíram para a realização desta pesquisa.

E é claro, a Deus, luz maior, que me concedeu com tudo isso, também a oportunidade de crescimento espiritual.

Resumo	xxv
Abstract.....	xxvii
Justificativa	xxix
1. INTRODUÇÃO	31
1.1 Saúde e Segurança Alimentar: direitos fundamentais do cidadão	33
1.2 A Promoção da Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)	37
1.3 A contribuição do nutricionista na promoção da saúde	46
1.4 Histórico da profissão.....	49
1.5 Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Nutrição.....	53
2. PROBLEMATIZAÇÃO	55
3. OBJETIVOS	59
3.1 Objetivo geral	61
3.2 Objetivos específicos	61
4. MATERIAL E MÉTODO	63
4.1 Justificativa da opção metodológica.....	65
4.2 Procedimentos metodológicos	66
4.2.1 Local da pesquisa.....	66
4.2.2 Sujeitos.....	69
4.2.3 Técnica de pesquisa.....	69
4.2.4 Coleta de dados.....	72
4.2.5 Tratamento dos dados.....	75
4.2.5.1 Preparação inicial do material	76
4.2.5.2 Pré-análise.....	76
4.2.5.3 Categorização e subcategorização	76
4.2.5.4 Interpretação	77
4.2.5.5 Critérios de análise	77

5. CRITÉRIOS ÉTICOS	81
6. RESULTADOS	85
6.1 Aspectos objetivos: inserção dos nutricionistas na Rede Básica de Saúde.....	87
6.1.1 Caracterização dos sujeitos.....	87
6.1.2 Caracterização e identificação do Centro de Saúde.....	88
6.1.3 Qualificações profissionais.....	89
6.1.4 Dados profissionais.....	90
6.1.5 A contribuição das universidades.....	93
6.2 Aspectos subjetivos: a visão dos sujeitos sobre o seu trabalho.....	94
6.2.1 O cotidiano de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde – UBS.....	95
6.2.2 Concepção de saúde e os princípios do SUS.....	98
6.2.3 Demanda.....	99
6.2.4 A satisfação e a insatisfação profissional.....	102
6.2.5 A Saúde Pública: um espaço para se fazer educação.....	104
6.2.6 Responsabilidade técnica e ética.....	105
6.2.7 Ausência.....	106
7. DISCUSSÃO	107
8. CONCLUSÕES	123
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	139
APÊNDICES	199

Figura 1: Mapa da Região Metropolitana de Campinas	67
Tabela 1: Especializações realizadas pelos nutricionistas (Região Metropolitana de Campinas, 2003).....	90
Tabela 2: Situação de contratação dos nutricionistas atuantes na Rede Básica de Saúde (Região Metropolitana de Campinas, 2003).	93
Tabela 3: Relação dos centros de saúde que oferecem estágios aos alunos do curso de Nutrição e a área de cobertura destes centros de saúde (Município de Campinas, 2003).	94

A ₃ EN	- Grupo de Apoio, Aprimoramento e Atualização em Educação Nutricional
ABN	- Associação Brasileira de Nutrição
CES	- Câmara de Educação Superior
CF	- Constituição Federal
CFN	- Conselho Federal de Nutricionistas
CNE	- Conselho Nacional de Educação
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
Consea	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DST/Aids	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAM	- Faculdade de Americana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONGs	- Organizações Não-Governamentais
Opas	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAT	- Programa de Alimentação do Trabalhador
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	- Programa de Saúde da Família
PUC-Campinas	- Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RBS	- Rede Básica de Saúde
RMC	- Região Metropolitana de Campinas
SAPS	- Serviço de Alimentação da Previdência Social
Sisvan	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
Unip	- Universidade Paulista

Este trabalho consistiu em uma pesquisa realizada na Rede Básica de Saúde (RBS) dos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas (RMC) com o objetivo de descrever e avaliar as ações desenvolvidas por nutricionistas. O método de pesquisa utilizado foi o quanti-qualitativo com a realização de 12 entrevistas com nutricionistas da RBS de 8 municípios da RMC. O instrumento utilizado foi um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas. Em seguida às entrevistas individuais, foi aplicada a técnica de grupo focal com 5 nutricionistas de diferentes municípios. As entrevistas e discussões foram gravadas, transcritas e analisadas qualitativamente por intermédio da análise hermenêutica dialética. Dos 19 municípios apenas 8 contam com nutricionista na RBS. As formas de contratação são variadas: um profissional foi contratado para atuar na Secretaria de Educação e atualmente trabalha somente na RBS, cinco exclusivamente para a RBS, três foram contratados para atuar em outra área e acumularam funções na RBS e três foram contratados para serviços específicos. Com relação às funções exercidas pelo profissional, destacam-se: prescrições e orientações dietéticas individuais, palestras para grupo, campanhas, participação em programas de suplementação, vigilância sanitária e visitas domiciliares. Conclui-se que menos da metade dos municípios conta com nutricionista na RBS: o número de nutricionistas é insuficiente, o nutricionista tende a acumular funções em diferentes setores e há predomínio das atividades assistenciais em detrimento de atividades de promoção à saúde.

Palavras-chave: Rede Básica de Saúde, nutricionista, nutrição, saúde pública, promoção da saúde, segurança alimentar.

This work has been focused on a research carried out at the Health Basic Network of the municipalities belonging to the Metropolitan Region of Campinas – RMC [MRC] aiming to describe and assess the actions developed by nutritionists. The research method used has been that of the quanti-qualitative analysis, performing 12 interviews with nutritionists of eight municipalities belonging to MRC. The instrument used has been that of a semi-structured questionnaire, with both closed and open questions. Right afterwards the individual interviews, the focal group technique has been applied with five nutritionists of different municipalities. The interviews and discussions have all been recorded, transcribed and qualitatively analyzed by means of the dialectical hermeneutic analysis. Out of the 19 municipalities, just eight may count with a MRC nutritionist. The hiring ways were several: a professional was hired to work at the Education Department and presently is rendering services at the MRC only; five were specifically hired to work at the MRC; three of them were hired to work in another area and have had MRC functions added to their job description and three have been hired for specific services. Concerning the functions performed by the professional, some stand out: prescriptions and individual dietetic orientation, lectures for groups, campaigns, participation in programs of supplementation, sanitation surveillance and home visits. One may draw the conclusion that less than half of the municipalities may count with services of the MRC nutritionists, whose number is insufficient. The tendency is to drive the nutritionist to accumulate functions in different sectors with preponderance of attending activities over those related to health promotion.

Key words: Health Basic Network, nutritionist, nutrition, public health, health promotion, food security.

A preocupação em estudar esta temática foi, inicialmente, estimulada pela constatação da carência de nutricionistas na Rede Básica de Saúde do município de Campinas.

A Região Metropolitana de Campinas (RMC) conta atualmente com três instituições de ensino que oferecem o curso de Nutrição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Faculdades de Americana (FAM) e Universidade Paulista (Unip), sendo, conseqüentemente, grande o número de nutricionistas presentes no mercado de trabalho da região, pois só a PUC-Campinas forma cerca de 80 nutricionistas por ano desde 1982. Alguns centros de saúde de Campinas são conveniados com as universidades, que propiciam aos alunos estagiarem nesses centros de saúde. Considero que a presença desse profissional na equipe multidisciplinar pode contribuir para aprimorar a abordagem de problemas de saúde por intermédio da incorporação de ações específicas relacionadas à alimentação.

A prática da nutrição ainda não tem sido exercida em toda sua extensão pelos nutricionistas, os quais, nesta região, não estão inseridos no campo da Saúde Pública, diferentemente do que ocorre em outros municípios, até de menor porte, e em outros estados. Não há estudos nem dados oficiais que respaldem essa informação; tenho constatado esse fato por intermédio de contatos pessoais.

Assim, houve o estímulo inicial para estudar e avaliar a inserção do nutricionista na categoria dos profissionais da saúde integrados e atuantes nas unidades da Rede Básica de Saúde desta região. Como graduanda de Direito, tive particular interesse em buscar, no âmbito jurídico, os documentos que respaldam as políticas de saúde e a profissão de nutricionista.

O presente trabalho está vinculado à linha de pesquisa desenvolvida pelo Grupo de Apoio, Aprimoramento e Atualização em Educação Nutricional (Grupo A₃EN), em atividade desde 1995, e registrado no CNPq desde 2000, que desenvolve projetos da linha de pesquisa “Ensino de Nutrição/Educação Nutricional”. Considero que a descrição e análise crítica sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos nutricionistas nesta região possa contribuir com o ensino, particularmente com a disciplina Nutrição em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação abrange os seguintes referenciais teóricos: Segurança Alimentar como direito fundamental do cidadão mediante o conceito de “saúde”, segundo os parâmetros da VIII Conferência Nacional de Saúde; Promoção da Saúde envolvendo a questão da alimentação e a contribuição do nutricionista; o Sistema Único de Saúde, vinculado aos fundamentos legais para atuação do nutricionista e o papel da universidade; as diretrizes curriculares dos cursos de nutrição e o histórico da profissão, com ênfase nos fatos ocorridos na Região Metropolitana de Campinas.

Todos os tópicos devem ser lidos sob o pano de fundo da pergunta sobre o tipo de inserção do nutricionista na RBS. O nutricionista é formado para atuar no SUS, nas unidades básicas, visando à promoção da saúde. Os tópicos estão direcionados a estudar a relação entre a formação do profissional e as novas diretrizes curriculares.

1.1 Saúde e Segurança Alimentar: direitos fundamentais do cidadão

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹, ocorrida em 1986, conceituou saúde como a resultante das condições de alimentação para todos, segundo suas necessidades, trabalho em condições dignas, moradia, educação e informação, transporte, repouso e lazer, participação da população na organização e no controle dos serviços de saúde, direito à liberdade e liberdade de expressão, bem como acesso universal e igualitário aos serviços setoriais.

Este documento demonstra que saúde não é um conceito abstrato, mas algo que deve ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas, objetivando condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O termo “saúde” foi interpretado durante muito tempo como assistência individual e curativa, mas hoje ele enquadra-se dentro de um novo paradigma mundial que aponta saúde como

¹ VIII Conferência Nacional de Saúde *apud* MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e também biológicos (BRASIL, 1996).

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a *Promoção e a Proteção da Saúde*, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humanos, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há mais de 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e incorporados à legislação nacional em 1992. A concretização dos direitos humanos, particularmente no âmbito da alimentação e nutrição, compreende responsabilidades governamentais, sociais e individuais. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a senilidade, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população (BRASIL, 1996).

A alimentação é um direito humano, afinal, sem esta, o ser humano perde a qualidade do viver, quando não o seu bem mais precioso que é a própria vida. Segundo o disposto no artigo 5º da Constituição Federal (CF), é garantida aos cidadãos a inviolabilidade desse direito (BRASIL, 2002a).

Antigamente, o conceito de segurança alimentar limitava-se ao abastecimento na quantidade apropriada. Após a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1986, e com a consolidação da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994), incorporou-se também o aspecto nutricional e, conseqüentemente, as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico (BRASIL, 2003b).

A intenção de se criar uma frente de combate à fome existe desde o início do século XX e foi impulsionada pelas necessidades decorrentes da situação de penúria provocada pela Primeira Guerra Mundial. Percebeu-se que a soberania de um país dependia, entre outros fatores, também do auto-abastecimento e da necessidade de formar-se um estoque com a produção agrícola local.

O atual Programa Fome Zero, instituído em âmbito nacional, objetiva resgatar o ideal de combate à fome e às suas causas estruturais. O programa apresenta três frentes: um conjunto de políticas públicas, a construção participativa de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e um grande mutirão contra a fome (BRASIL, 2003c).

O Programa Fome Zero é aqui citado porque se defende que é mediante as políticas públicas que se implementa a segurança alimentar e o Programa Fome Zero foi, no período em que se desenvolveu a pesquisa, implementado no país. BELIK, GROSSI, (2003), este programa foi concebido com o propósito de retomar a mobilização da sociedade sobre a segurança alimentar, envolvendo setores governamentais de diferentes níveis, ONGs e sociedade civil em uma proposta factível para combater a fome. Os autores apontam que as políticas de garantia de direitos universais como o da alimentação se contrapõem à necessidade de se estabelecer ações focadas de atendimento ao público e demonstram também que o foco na segurança alimentar pode exigir estratégias diferentes daquelas pensadas quando o foco é o combate à pobreza, pois não são todos os pobres que vivem em situação de insegurança alimentar e nem os cidadãos em situação de risco alimentar são necessariamente pobres, embora, ainda segundo os autores isso provavelmente ocorre”. Para CUNHA, CUNHA (2002), o Estado age como mediador e civilizador por possuir poderes políticos de interferência nas relações sociais, uma vez que “as políticas públicas envolvem conflitos de interesses entre camadas e classes sociais, e as respostas do Estado para essas questões podem atender a interesses de um em detrimento do interesse de outros”.

O conjunto de políticas públicas é a primeira frente do programa e consiste na combinação das políticas estruturais e específicas com as políticas locais a serem implantadas por governos estaduais, prefeituras e sociedade organizada, de acordo com as necessidades de cada região. As políticas estruturais estão voltadas para as causas profundas da fome e da pobreza. Já as específicas objetivam assistir diretamente as famílias no acesso ao alimento.

A segunda frente conta com a participação ativa da sociedade reunida para formular, executar e acompanhar uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, tendo como expressão máxima o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Um movimento nacional de solidariedade qualificaria o mutirão a terceira frente, que objetiva auxiliar a população em termos de “dar o alimento a quem necessita, independentemente das mudanças estruturais econômicas e sociais do país”.

Tratando da questão da segurança alimentar, pode-se entender o Programa Fome Zero como uma das dimensões do termo ‘público’ no qual PEREIRA (1994)² destaca:

O termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado, como muitos pensam, mas sim à coisa pública, ou seja, de todos, sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses. Portanto, embora as políticas públicas sejam reguladas e frequentemente providas pelo Estado, elas também englobam preferências, escolhas e decisões privadas podendo (e devendo) ser controladas pelos cidadãos. A política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos (PEREIRA, 1994, p. 12)

As iniciativas de implantação e coordenação das políticas públicas tornaram-se independentes da instância federal após a Carta Constitucional de 1988. Essas iniciativas oferecem plena autonomia para os estados e municípios desenvolverem e definirem as suas políticas públicas. Na CF/88, os artigos 196 e 197 discorrem sobre a “saúde” como direito de todos, vinculando esse termo aos serviços públicos. Já o artigo 198, com seus incisos e parágrafos, trata a questão da autonomia e da descentralização das ações e dos serviços públicos.

Convém ressaltar que as propostas acima refletem apenas a política oficial do atual governo. Entretanto, o conceito de “segurança alimentar” é empregado desde as primeiras décadas do século XX, tendo sofrido readaptações ao longo de quase um século e, no Brasil, a primeira referência documental com essa denominação data de 1985 (VALENTE, 2002).

² PEREIRA, P. A. P. *apud* CUNHA, E. P.; CUNHA E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A.(Org.); SALLES, F. (Org.); GUIMARÃES, M. (Org.); UDE, W. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Proex, 2002.

Mediante iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolve-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que foi aprovada no ano de 1999, integrando a Política Nacional de Saúde. O objetivo da PNAN “é a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos”. Supõe-se, portanto, que estes propósitos deveriam estar incluídos à prática da nutrição nos programas de saúde ofertados aos usuários da Rede Básica de Saúde dos estados e municípios.

As suas diretrizes são: o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos, garantia da segurança e qualidade destes, monitoramento da situação alimentar e nutricional, promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, prevenção e controle de distúrbios e doenças nutricionais, promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição (BRASIL, 2003b).

Essa PNAN criada pelo Ministério da Saúde demonstra a definição clara de metas cuja consecução inclui a atuação do nutricionista e, sendo assim, é um dos documentos oficiais a circunscrever os parâmetros para avaliar a inserção do profissional nas RBS. Se a PNAN visa estabelecer um padrão de Segurança Alimentar, é necessário saber em que medida essas metas são incorporadas por essas unidades.

1.2 A Promoção da Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

A questão do SUS, abordada na presente pesquisa, faz parte do referencial teórico acerca do conceito de *Promoção da Saúde*.

Faz-se necessária a compreensão da dinâmica deste sistema público de saúde para aferir em que grau se cumpre a sua finalidade e responsabilidade.

Este constitui o sistema público estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos da administração direta e indireta. No âmbito federal, é coordenado pelo Ministério da Saúde. No estadual, pelas Secretarias Estaduais e, por fim, no municipal, pelas Secretarias Municipais de Saúde (MENDES, 2001). Os princípios do SUS compreendem a universalidade do acesso, integralidade e igualdade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção.

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde foi um dos temas discutidos e analisados na VIII Conferência Nacional de Saúde. Averiguou-se a necessidade da criação de um sistema que representasse efetivamente a construção de um arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência.

Foi pauta na discussão o documento que contemplou os princípios direcionados ao novo Sistema Nacional de Saúde. São eles: a integralização das ações, superando a dicotomia preventivo/curativo, as práticas alternativas de assistência à saúde e a composição multiprofissional das equipes. Entre todos os temas abordados, o principal foi tratar a expansão e o fortalecimento do SUS por intermédio do setor estatal em nível federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor.

Segundo MENDES (2001), há um consenso que os sistemas de serviços de saúde vivem uma crise evidenciada na iniquidade. Esta situação é decorrente da desigualdade entre grupos sociais e da ineficiência na utilização das verbas colocadas à disposição dos serviços de saúde. Agrava-se ainda mais quando esse consenso é comparado com outros setores e na insatisfação dos usuários com relação à assistência prestada no país. Essas indagações podem demonstrar objetivamente a crise do SUS.

É importante conhecer os objetivos dos serviços públicos de saúde com o intuito de compreendê-los, principalmente com relação aos seus ideais. MENDES (2001) descreve que os objetivos do SUS vão além de proporcionar um

ótimo nível de saúde distribuído equitativamente, devendo prover um grau adequado de proteção com relação aos riscos de enfermidades e satisfazer as expectativas de todos os cidadãos. É preciso desenvolver a humanização do atendimento no sistema. Esta não é uma questão específica da saúde; é uma prática possível de ser incorporada à atenção em qualquer atividade que envolva usuários e profissionais da área social (BARATA et al., 2003).

Assim, supõe-se ser uma das políticas do SUS o atendimento de boa qualidade nas unidades de saúde mediante um ambiente humano que priorize a resolução dos problemas dos usuários. A humanização na saúde não implica necessariamente o aporte de grandes recursos. O que envolve essa situação são mudanças culturais na organização e uma equipe de profissionais capacitados para executar as suas funções específicas (BARATA et al., 2003). Não é possível desvincular o trabalho na RBS dos profissionais que prestarão esses serviços à população, tampouco segmentar as diversas áreas dos serviços públicos.

No Brasil, a intensa luta social pelo direito à saúde, no contexto de democratização do país nos anos 80, levou à consagração da saúde, na Constituição Nacional de 1988, como direito universal, sendo dever do Estado garanti-lo. Esse dever, com relação à saúde, tem sido traduzido pelos órgãos governamentais como a necessidade de ampliação da atenção, provendo a um maior número de pessoas um leque mais amplo e diversificado de ações e serviços de saúde. A ampliação dessa atenção tem sido implementada por uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, que almejam unificar e descentralizar a atenção à saúde, construindo um Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA e FLEURY, 1996).

A Constituição Brasileira, seguida pelas leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 assegura e demonstra as competências à saúde por parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta questão, foram analisados e referenciados artigos 196 da CF/88, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Já o artigo 198 da CF/88 trata das ações e dos serviços públicos de saúde. Estes integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único. Os

objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) estão descritos no art. 5º da Lei n. 8.080/90 (ANEXO 1).

Pode-se constatar que, desde a reforma sanitária materializada legalmente pela CF/88 e as Leis Orgânicas de Saúde (leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90), houve mudanças perceptíveis no setor. Essa questão pode ser constatada pela recente institucionalização do Programa de Saúde da Família em paralelo com os outros já existentes, como os programas de controle de DST/Aids e de doenças imunizáveis (MENDES, 2001). Esses programas possuem também apoio das organizações não-governamentais (ONGs).

Pelos dados estatísticos coletados no senso do IBGE de 2000, comprova-se que 110 milhões de brasileiros utilizam os serviços do SUS. É um sistema universal, porém 1/3 da população ainda não possui acesso regular aos sistemas.

Observa-se que há falhas e lacunas, e uma das formas de modificar essa situação seria tornar prioritários os investimentos no setor saúde das administrações públicas municipais. Deve-se priorizar a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais à população que se apresenta também como oportunidade de emprego para os profissionais. Este problema social do desemprego vem sendo observado com grande freqüência na área da saúde e se aplica aos nutricionistas, uma vez que, *a priori*, observa-se a presença, na RBS do município de Campinas, de um único profissional.

É preciso que o sistema de saúde defina sua missão, seus valores e princípios, possibilitando, assim, maior assistência à população, como é assegurado nos termos da lei pela Constituição Federal. Faz-se necessário deixar de avaliar os serviços de saúde apenas quantitativamente, ou seja, equipamentos, pacientes ao dia, porcentagem de ocupação, consultas realizadas, quantidade e qualidade dos profissionais, e começar a avaliá-lo qualitativamente: saúde “produzida”, educação dada, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas (MEZOMO, 1995).

O conceito de “promoção da saúde” é discutido há várias décadas. Antes das definições que clareiam a diferença entre promover saúde e prevenir doença é importante ressaltar que essas duas formas de buscar “qualidade de vida”, assegurando a saúde, estão vinculadas no seu sentido mais amplo.

Há um vínculo entre a *Promoção da Saúde* e a implantação do SUS, porém, a adoção de novos modelos de atenção e da proposta de promoção da saúde não ocupou espaço significativo na agenda política de saúde na primeira metade dos anos 90, exceto no interesse de alguns núcleos acadêmicos, em algumas experiências municipais. Pela observação de Paim, o que se constata é que o sistema de saúde brasileiro ainda está nos moldes dos modelos assistenciais, privatistas e sanitaristas, embora estejam surgindo, simultaneamente, formas alternativas de modelos assistenciais que tentam articular promoção, prevenção, recuperação e reabilitação individual e coletiva (PAIM, 2003).

Para compreender as dimensões do sentido da “promoção da saúde” é necessário o entendimento dos “modelos assistenciais”, que PAIM (2003) descreve como um modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde e atender necessidades individuais e coletivas. Ou seja, trata-se de desenvolver estratégias de promoção da saúde por intermédio de políticas públicas de saúde federais, estaduais e municipais, garantindo, assim, a qualidade de vida. O termo “qualidade” refere-se ao estilo de vida das pessoas. LALONDE³ (1996) sugere que esse componente do campo da saúde “representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com relação à sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle”.

A interpretação que se pode fazer para “certo grau de controle”, referida pelo autor, é o fato de o indivíduo ser responsável em parte pelos fatores que determinam sua qualidade e seu estilo de vida. Ele é capaz de promover saúde para si desde que essa condição esteja vinculada à categoria de “assistência à

³ LALONDE, M. *apud* BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.); FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

saúde”. Esta consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na apresentação da atenção à saúde. Assim, o Sistema de Saúde é um dos meios pelos quais se efetiva a assistência à saúde.

Recentemente, as formas alternativas de modelos assistenciais adotadas, e que tentam aplicar os princípios e as diretrizes do SUS, podem ser efetivadas pelas ações programáticas de saúde. Tem-se como exemplo o Programa de Saúde da Família (PSF), o acolhimento da clientela pelos profissionais, a vigilância da saúde incluindo a epidemiológica, a sanitária e a nutricional, a saúde do trabalhador, a ambiental e a assistência médico-ambulatorial, cidades saudáveis por intermédio da cidadania e pelo envolvimento das organizações comunitárias. Essas questões resultam na promoção da saúde, por meio das medidas que se aplicam essencialmente à melhoria das condições e do estilo de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se em atividades de educação e comunicação em saúde, e pelas políticas públicas no âmbito nacional, estadual e municipal (PAIM, 2003).

Leavell e Clarck⁴ em 1976, situaram a necessidade de ações de prevenção dizendo que estas exigem “uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior à doença”, conceito no qual resgataram pensamentos de autores do século XIX. Já a *Promoção da Saúde* define-se de maneira bem mais ampla que a prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (CZERESNIA, 2003).

A discussão sobre o tema “promoção da saúde” é promovida por vários autores em diferentes conjunturas. Segundo os estudos de BUSS (2003), os autores pioneiros foram: Winslow com sua definição dentro de um mesmo contexto de Sigerist, que fez referência à expressão “promoção da saúde” quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a

⁴ LEAVELL, H. E CLARCK, E. G. *apud* CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.); FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Leavell e Clarck, ao utilizarem o conceito de “promoção da saúde”, definiram dois níveis de prevenção ao modelo da história natural da doença: a prevenção primária e a secundária, consideradas inapropriadas em função de não comportarem algumas situações das doenças.

Segundo CZERESNIA (2003), “as dificuldades em se distinguir essas diferenças estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e da Saúde Pública”. O desenvolvimento da racionalidade científica em geral, e da medicina em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade desconsiderando um aspecto fundamental: “O limite dos conceitos na relação com o real, em particular a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer”.

É necessário definir e distinguir prevenção de promoção, e depois vincular essas duas questões. A prevenção é entendida usualmente pela Saúde Pública como intervenção voltada para evitar a ocorrência de um problema específico. A *Promoção da Saúde* é definida mais amplamente porque não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem estar (PAIM, 2003).

Com relação à idéia da *Promoção da Saúde*, é preciso citar a realização das conferências que marcaram importantes avanços sociais. São elas:

- I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa (1986).

Esta trouxe, mediante a Carta de Ottawa, a definição da *Promoção da Saúde*: “Nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas (BRASIL, 2002b).

Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, indo além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A definição e compreensão desta terminologia começa a ser analisada após a I Conferência Internacional sobre *Promoção da Saúde*. Está vinculada e articulada a um paradigma que contextualiza problemas de saúde no sistema de saúde e propõe à população a criação de meios necessários para melhorar a qualidade de vida. O conceito de saúde da OMS define que “saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”. Para alcançá-la,

Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 2002b).

As discussões foram baseadas nos progressos alcançados pela Declaração de Alma Ata (1976) para “Cuidados Primários em Saúde”, mediante documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre “Saúde para Todos”. Houve também o debate ocorrido na Assembléia Mundial de Saúde, sobre ações intersetoriais para a saúde.

A Carta de Ottawa referencia, na qualidade de pré-requisitos para a saúde, itens como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade. Pode-se observar que estes referenciais estão descritos e embasados como direitos de todos os cidadãos, nos arcabouços legais da Constituição da República Federativa do Brasil.

A proposta de promoção à saúde rediscutida nessas conferências representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Uma parte de uma concepção ampla do processo saúde/doença e de seus determinantes propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos

institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Outras conferências trataram também da Promoção da Saúde e deram seqüência à primeira. Foram articulados fatores fundamentais vinculados ao tema abordado na primeira conferência. Destacam-se entre elas:

- II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, também denominada Conferência de Adelaide, em 1988, que discutiu as políticas públicas saudáveis.
- III Conferência de Saúde, que resultou na Declaração de Sundsvall, em 1991, a qual enfatizou as questões ambientais favoráveis à saúde.
- Intermediando as três conferências já descritas e antecedendo a IV, foi promovida em novembro de 1992, pelo Ministério da Saúde da Bolívia e pela organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Conferência Internacional de Promoção da Saúde cujo documento final é a Declaração de Santa Fé de Bogotá. Participaram 550 representantes de 21 países, destacando-se a participação do Brasil. O objetivo desse encontro foi definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados ao sucesso da saúde da população da região. As conclusões da conferência respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo.
- IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Jacarta, em 1997, que abordou a ação comunitária direcionada à saúde.
- V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no México, em 2000.

Um dos campos de atuação do nutricionista em Saúde Pública é o Sistema Único de Saúde. Levando-se em consideração que um dos objetivos do SUS é a *Promoção da Saúde*, o nutricionista é chamado a contribuir neste campo. Assim como outros profissionais, os nutricionistas devem estar aptos a integrar as equipes de saúde do SUS, entre elas, a da RBS.

1.3 A contribuição do nutricionista na promoção da saúde

Quando se trata da *Promoção da Saúde*, torna-se evidente a importância do trabalho multiprofissional, pois pressupõe a presença e a participação de todos os profissionais dessa área, objetivando desenvolver ações relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, principalmente no que diz respeito ao trabalho desenvolvido nas RBS municipais, objeto deste estudo.

Entre as ações preconizadas na Resolução nº 200/98 (ANEXO 2) do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) para Rede Básica de Saúde, destaca-se a sua participação em programas como o da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, Sisvan e educação nutricional. Os nutricionistas são agentes que ajudam na *Promoção da Saúde*. Nas várias áreas de atuação descritas no documento do CFN, designam-se, para a saúde coletiva, atividades como educação, orientação e assistência nutricional a coletividades na atenção primária da saúde.

O trabalho dos diferentes profissionais de saúde deve objetivar o desenvolvimento de marcos conceituais e abordagens que permitam o entrelaçamento dos diferentes conhecimentos técnicos dentro das práticas educativas, e a efetiva ação transformadora da realidade que transcenda a “especialidade” do profissional, possibilitando a este acolher as contribuições das diferentes disciplinas (CAMPOS, 2002).

Atualmente, surgem discussões a respeito da necessidade de interdisciplinaridade no trabalho em equipe. Conforme CAMPOS (2002), referindo-

se à análise da interdisciplinaridade, “faz-se mister articular os diferentes saberes, não somente de maneira teórica, mas associados a uma ação concreta e um movimento em que haja uma interação para se abordar determinada questão. Esse movimento consideraria os saberes individuais, as diferentes visões para conceber um produto novo que não é de um nem de outro, mas de todos”. Pode-se dizer que, quando se questiona a presença do nutricionista nas equipes da Rede Básica de Saúde, reafirma-se essa busca de totalidade por intermédio do conhecimento das diversas áreas, superando os limites de cada profissão.

A nutrição é um dos fatores principais na determinação do estado de saúde havendo, dentro dessa perspectiva possibilidades de melhoria da qualidade da alimentação que vão além do acesso aos alimentos. Há que se ter direito também à informação sobre hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis (VALENTE, 2002).

A começar desses pressupostos, reforça-se a idéia da necessidade de estudo e avaliação do trabalho do nutricionista nas unidades da Rede Básica de Saúde. Para qualificar o trabalho profissional do nutricionista na RBS e diferenciá-lo dos demais, torna-se necessário sistematizar as ações desenvolvidas e suas experiências, atuando individualmente e em equipe com outros profissionais já inseridos na Rede Básica de Saúde.

Tratando da questão da multiplicidade e interdependência, ARRUDA (1991), descreve os fatores condicionantes da problemática de trabalhos multidisciplinar. O autor ressalta as responsabilidades intersetoriais, a necessidade do trabalho em equipe e a ineficácia do caráter multifacetado. Observa que “os melhores resultados do trabalho em saúde e nutrição advêm do compromisso social dos participantes, do entendimento das relações familiares e comunitárias e das repercussões do desequilíbrio entre indivíduo e cultura”. Demonstra-se a necessidade da união de todas as vocações interessadas no próprio destino do homem. Requer-se, assim, do nutricionista, uma formação integral, objetiva e atual, formando parcerias com os demais componentes das profissões de saúde.

Pressupõe-se que os profissionais, cujo trabalho se relaciona com *Promoção da Saúde*, prevenção de doenças ou recuperação da saúde, devam conhecer o processo nutricional como fenômeno fisiológico influenciado diretamente por condições ambientais, sociais e psicológicas (BOOG, 1999a). Entrelaçando essa questão, PEDUZZI (1998) afirma que a intensa especialização do trabalho em saúde e as próprias políticas nacionais, as formas locais de organização dos serviços e as modalidades de financiamento de produção, colocam o problema da integração das ações realizadas pelos vários profissionais nesse setor da saúde.

Na fusão dessas idéias foi construído o tema desta pesquisa, entendendo que o nutricionista tem um potencial para estar inserido nas equipes de trabalho da RBS, vinculado não só aos outros profissionais da área de saúde, mas também ao meio ambiente social da população. Quando se trata da alimentação, a percepção desses profissionais deve superar o limite técnico.

Outra hipótese aventada a respeito do trabalho multidisciplinar é a sua inserção nas equipes do PSF. A presença do profissional, nesse programa, para ASSIS et al. (2002), deve se dar por intermédio da “implementação de uma proposta que pretende alterar o modelo de prestação de serviços de saúde à população, na direção do fortalecimento das ações de *Promoção e proteção*”. O autor enfatiza a idéia da contribuição do profissional nas equipes do PSF, uma vez que “cerceia a própria sociedade de vir a utilizar os saberes por ela propiciados a esses profissionais, negando-lhe o direito concedido por lei”. Destaca ainda que “faz supor que, mais uma vez, o país vai conviver com dois modelos de atenção à saúde: um constituído pelo PSF, e possivelmente um outro, remanescente do sistema mantido nas unidades de saúde”.

A ausência do nutricionista na RBS não caracteriza uma falha nas atribuições do profissional descritas na legislação que regulamenta a profissão, tampouco uma falta de habilidade técnica em participar das equipes de saúde dos estados brasileiros. Trata-se de uma questão estrutural na política, economia e na

sociedade do Estado de São Paulo e, em especial, dos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas.

Quando a política é referida, não significa somente as municipais. Refere-se também às políticas dos conselhos regionais e federais das profissões. Segundo BOSI (1996) as políticas próprias da profissão podem ser uma das causas da “fraca organização da categoria que não detém o poder de influenciar, o que confirma e aprofunda o caráter subordinado da profissão, também no âmbito da Saúde Pública”.

A indagação sobre a ausência do profissional na RMC e a presença em outros estados é feita em função da publicação de alguns estudos. O estudo sobre o Estado de Santa Catarina apresenta a relação número de profissionais por número de habitantes de 1/23.500 habitantes, sendo, portanto, aproximadamente duas vezes maior que a relação número de profissionais/número de habitantes no Brasil, girando esta em torno de um profissional para cada 11.500 habitantes (VASCONCELOS, 1991). Este estudo que enfatiza a situação do profissional nesse estado, e na capital do estado, Florianópolis, mostra a oferta de espaço de trabalho para o nutricionista nas instituições públicas federais, estaduais e municipais.

1.4 Histórico da profissão

Os cursos de Nutrição foram implantados no Brasil nas décadas de 1930 e 1940 (BOOG et al., 1988). Quanto ao surgimento do profissional na sociedade brasileira, sua emergência teve como precondições o processo de organização do capitalismo nacional e as contradições a ele inerentes (BOSI, 1996). Nessa fase de implantação do curso, o país passava por crises políticas e econômicas, e modificações no setor da saúde. As mudanças mais frequentes ocorreram na Saúde Pública. Elas englobavam o conjunto de reformas realizadas durante o Governo Vargas. Foi exatamente nesse período que ocorreram as

mudanças e a institucionalização da saúde pública como forma de promover saúde à população.

Também para VASCONCELOS (1990), a emergência do profissional de nutrição no Brasil encontra-se vinculada a uma conjuntura específica, vivenciada pela sociedade brasileira, que se constitui na base histórica do processo de consolidação do capitalismo urbano-industrial. Assim, pode-se dizer que o profissional se tornou realmente reconhecido no mercado de trabalho somente após essa consolidação e ascensão.

Com relação à história da formação do nutricionista, observou-se que o assunto era tema de discussão em eventos científicos na América Latina. Envolveu especialistas e profissionais da área desde a década de 60. Nessa época da década de 60, ocorreu uma significativa expansão dos cursos de Nutrição latino-americanos. O alvo principal das reuniões sobre a formação versava acerca do esclarecimento das atribuições e funções do profissional. Recomendava-se que os nutricionistas fossem formados como profissionais polivalentes, ou seja, com habilidade para atuar no campo hospitalar, de Saúde Pública, na indústria, na pesquisa e em educação e ensino (COSTA, 1999).

A ação do nutricionista, categoria relativamente nova, era necessária aos programas de nutrição em saúde, que estavam inseridos dentro de órgãos integrados, como uma especialização necessária aos serviços por eles prestados. Suas atividades deveriam ser exercidas nos serviços de Saúde Pública e em serviços de alimentação de hospitais, centros de saúde e outras instituições.

A prática do nutricionista começou na administração de serviços de alimentação e na dietoterapia. No primeiro, relacionado à alimentação coletiva e, posteriormente, nos serviços de alimentação e nutrição na área hospitalar, atuando em dietoterapia, e, em menor proporção, na Rede Básica de Saúde. YPIRANGA e GIL (1987) explicam que uma das causas da ocorrência dessa situação no Estado de São Paulo se dá em função de que “a pressão do mercado de trabalho faz com que os cursos ofereçam o maior conhecimento possível neste setor pretendendo mesmo exauri-lo no nível da graduação, como forma de obter

eficiência em primeira linha, bem empregando seus egressos”. A isso soma-se a “dificuldade de desenvolvimento dos outros setores de formação, representados pela dietoterapia e Saúde Pública”.

Outra hipótese que explica maior atuação do nutricionista em unidades de alimentação e nutrição foi a criação, nos primeiros anos do Estado Novo, do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e, na década de 60, do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Este último foi instituído pela Lei n. 6.321, de 14 de abril de 1976 e regulamentado pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, e estruturado na parceria entre governo, empresa e trabalhador, tendo como unidade gestora a Secretaria de Inspeção do Trabalho/ Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho. O objetivo desses órgãos era melhorar as condições nutricionais dos trabalhadores, com repercussões positivas para a qualidade de vida, a redução de acidentes de trabalho e o aumento da produtividade.

Em estudo sobre o mercado de trabalho do nutricionista, realizados nos anos de 1978/79, verificou-se que apenas 5 a 6% dos profissionais exerciam suas atividades no campo da Saúde Pública. Na década seguinte, outro estudo realizado com nutricionistas egressos da PUCCAMP, apontou dado semelhante, qual seja, 6,3% deles atuando na área de Saúde Pública. Saliencia este estudo o fato de que as funções do nutricionista permaneciam até então indefinidas, sobretudo na área da Saúde Pública. A inexistência de programas de nutrição, a indefinição de funções, a falta de coordenação dos vários programas e a solução de continuidade dos programas dos vários governos inviabilizaram a concretização do serviço de Nutrição nos Centros de Saúde (BOOG et al., 1988).

VASCONCELOS (2001) investigou o processo de constituição do campo da nutrição em Saúde Pública em Pernambuco no período de 1930-1982, e constatou que o processo de intercâmbio científico entre instituições nacionais e internacionais como a Organização Mundial da Saúde – OMS e Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS possibilitou a criação dos cursos de especialização em Nutrição em Saúde Pública. A partir desse momento, houve uma efetiva

institucionalização desta área neste estado brasileiro. Assim as buscas para as soluções do problema da desnutrição infantil começaram a se efetivar.

O mesmo autor, em 2002, analisando o processo histórico de emergência e evolução da profissão de nutricionista no país, descreveu avanços quantitativos e qualitativos conquistados pela categoria ao longo de algumas décadas, que parecem ser irreversíveis. A incorporação dos avanços científicos e tecnológicos são também responsáveis por essas mudanças e pela necessidade da construção de um novo perfil profissional.

SILVA et. al, (2002), em estudo realizado no Distrito Federal sobre as concepções de profissionais de saúde sobre a alimentação saudável, ressalta que o setor da saúde deve assumir um papel de educação em saúde constante na rede de serviços e programas. Assim, é necessário romper com o paradigma de considerar o espaço da doença e assumir o papel de agente de promoção da saúde. É necessário também um profissional de saúde que consiga associar saberes e práticas que potencializem seu papel de agente de promoção da saúde coletiva.

A partir desses dados, e norteando as práticas desenvolvidas pelos profissionais da nutrição, em especial nas atividades envolvidas em centros de saúde, nota-se que há lacunas nessa área no momento em que é identificada a necessidade de clarear o papel do nutricionista na Rede Básica de Saúde.

Quanto ao aspecto legal, entende-se por legislação o “conjunto de leis sobre determinada matéria; ciência das leis; totalidade das leis de um Estado ou de determinado ramo do direito”, e quem legisla é quem estabelece ou faz as leis, impondo-as, ordenando-as e decretando-as.

A formação de leis, decretos, portarias e resoluções pode ser entendida como um processo histórico que marca e regulariza os direitos sociais e individuais, e os direitos profissionais legais. Toda a trajetória do processo de mudança na área da saúde, especificamente da Saúde Pública, é caracterizada em diferentes fases do tempo. Pode ser considerada o alicerce dos direitos e

deveres dos conselhos profissionais, federais e estaduais. Estes subsidiam as profissões no tocante a suas áreas de atribuições principais e específicas.

Há um documento do CFN, a Resolução nº 200/98, que dispõe sobre as atribuições específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação. Esse é o único documento de natureza jurídica que pode oferecer respaldo à atuação desse profissional na Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2003a).

1.5 Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Nutrição

As Diretrizes Curriculares Nacionais (ANEXO 3) constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotados por todas as instituições de ensino superior, dentro da perspectiva de assegurar flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes. Essas diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimentos e informações, para, sim, garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. Estas competências descritas nas novas diretrizes propostas pela Câmara de Educação Superior (CES) e pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) permitem a continuidade do processo de formação acadêmica ou profissional, a qual não se encerra com a concessão do diploma de graduação (BRASIL, 2001).

O objetivo das diretrizes é permitir que os currículos propostos possam construir o perfil acadêmico e profissional com as competências, habilidades e o conteúdo pertinente aos das perspectivas e abordagens nacionais e internacionais. Propõem também alterações no setor da Saúde Pública esperando que os alunos dos cursos de graduação em saúde possam “aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer” (BRASIL, 2001). Dentro dessas perspectivas, as diretrizes visam a capacitar os

profissionais para atuar no SUS com autonomia e discernimento, de forma que se assegure a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

A definição das diretrizes retrata o nutricionista como o profissional com formação generalista, humanista e crítica, estando este apto e capacitado a atuar visando à Segurança Alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas em que a alimentação e a nutrição se apresentem como fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e também para prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, assim contribuindo, esse profissional, para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, contemplaram as necessidades sociais da saúde com ênfase na capacitação de profissionais para atuar no SUS, sem especificar as áreas de atuação do profissional.

Além dos princípios que consolidaram as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação articulados à Educação Superior e o conceito de saúde, foram utilizados alguns instrumentos legais, entre eles a Constituição Federal, que regulamentaram o exercício das profissões da saúde. Esses documentos utilizados pela Comissão da Câmara de Educação Superior e pelo Conselho Nacional de Educação objetivaram analisar as propostas dessas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, elaboradas pela Comissão de Especialistas de Ensino (BRASIL, 2001).

PROBLEMATIZAÇÃO

Esta pesquisa busca responder a alguns questionamentos sobre a inserção e atuação do nutricionista na RBS desta região, uma vez que há uma discrepância na relação nutricionista/habitante no município de Campinas e possivelmente nos demais municípios da região.

As ações desenvolvidas pelos profissionais inseridos nas equipes de trabalho dos municípios da região estariam vinculadas às políticas de saúde? Quando o nutricionista integra a equipe, ele se ajusta a uma rotina preestabelecida, ou ele cria estratégias para que a demanda aconteça? Por exemplo: o nutricionista pode vincular-se a um serviço de saúde apenas para ser coadjuvante de outras profissões, e ele pode integrar uma equipe de saúde criando a oferta específica da sua área para que a demanda diferenciada se estabeleça.

O nutricionista é um profissional da saúde; e sua formação destina-se fundamentalmente para o Sistema Único de Saúde, portanto, é cabível perguntar-se até que ponto está o profissional informado acerca dos princípios reitores desse sistema.

Mediante as situações observadas com relação ao desenvolvimento de políticas públicas emanadas dos governos federal, estadual e municipal (por intermédio das Secretarias de Saúde) questiona-se se é propósito desses governos desenvolver ações na área de Segurança Alimentar, agregando conhecimentos e práticas de várias áreas, destacando então a atuação do nutricionista nas equipes. Ressaltam-se ainda questões em relação à necessidade desse profissional, a credibilidade de seu trabalho, a solicitação e reivindicação de sua presença por outros profissionais.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, para os Cursos de Nutrição, destaca-se que o nutricionista deve atuar visando à Segurança Alimentar e a atenção dietética “em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem como fundamentais para a *promoção, manutenção e recuperação da saúde*”. Com este perfil se desenvolvem

as suas competências gerais de *atenção à saúde* (promoção, prevenção, proteção e reabilitação), *administração* (gerenciamento dos recursos humanos e materiais) e *educação permanente* (aprendizagem contínua), entre outras, que reclamam direta e claramente a melhoria do ensino e a maior preocupação com a inserção do profissional numa visão holística e multiprofissional no SUS.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever e avaliar as ações desenvolvidas pelos nutricionistas inseridos na Rede Básica de Saúde dos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas.

3.2 Objetivos específicos

1. Investigar a inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde.
2. Identificar ações desenvolvidas por nutricionistas inseridos na Rede Básica de Saúde.
3. Identificar fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento das ações profissionais.
4. Averiguar a contribuição dos cursos de Nutrição na oferta de serviços às áreas de cobertura dos centros de saúde.

MATERIAL E MÉTODO

4.1 Justificativa da opção metodológica

Este trabalho, que retrata a inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde da Região Metropolitana de Campinas e as ações desenvolvidas por esse profissional, é uma pesquisa simultaneamente quantitativa e qualitativa (quantiqualitativa). A parte quantitativa será descritiva, referindo-se a um determinado número de sujeitos identificados nos municípios da região estudada. A abordagem metodológica principal é a pesquisa qualitativa, pois este método possibilita desvendar com mais acurácia as condições implícitas na compreensão do objeto em estudo, ligadas ao contexto social e histórico e trazendo contribuições singulares para explicar o modo de inserção e as ações desempenhadas pelo profissional. Por esse motivo, os caminhos abertos pelo método qualitativo revelam problemas que possivelmente permaneceriam invisíveis caso estivessem restritos a uma abordagem estritamente quantitativa.

A pesquisa, para MINAYO (2000), é uma atividade intelectual que sofre limitações e contradições específicas do campo científico, isto é, trata-se de um exercício afetado pelos interesses próprios de cada sociedade e de cada época histórica. A autora conceitua a pesquisa como:

a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade, é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, sendo uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 2000, p. 23).

A escolha pela abordagem qualitativa ocorreu porque as respostas aos problemas dos fatores condicionantes das situações encontradas entre os nutricionistas remetem diretamente às questões subjetivas manifestas nas falas dos profissionais. As respostas quantitativas não estão, portanto, desvinculadas dos fatores qualitativos. Esses fatores, na realidade, condicionam e determinam os

primeiros. Questões subjetivas não podem ser mensuradas, o que não quer dizer, no entanto, que não possam ser analisadas.

Quando se estuda a inserção de profissionais nas equipes de saúde da RBS, pode-se dizer que está se desenvolvendo uma pesquisa social que contempla as abordagens históricas, cultural, política, econômica, profissional e ideológica. Essas abordagens são referidas pelas falas dos profissionais que, na maioria das vezes, estão descritas porém de modo imperceptível. Assim, para o desenvolvimento dessa pesquisa, foram necessárias duas etapas que se complementassem, quais sejam, a entrevista e a reunião de grupo focal, por meio das quais se procurou resgatar quais são os limites da comunicação desses profissionais, isto é, os motivos pelos quais estavam eles impedidos de expressar o que pretendiam. Tais questões não podem ser demonstradas mediante fórmulas numéricas ou em dados estatísticos.

4.2 Procedimentos metodológicos

4.2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas (RMC).

Os dados relativos aos municípios e ao número de habitantes foram obtidos na Prefeitura Municipal de Campinas. Segundo esses dados, a área da RMC (Figura 1) abrange 19 municípios, sendo que 8 apresentam nutricionistas atuando na Rede Básica de Saúde, totalizando 12 profissionais.

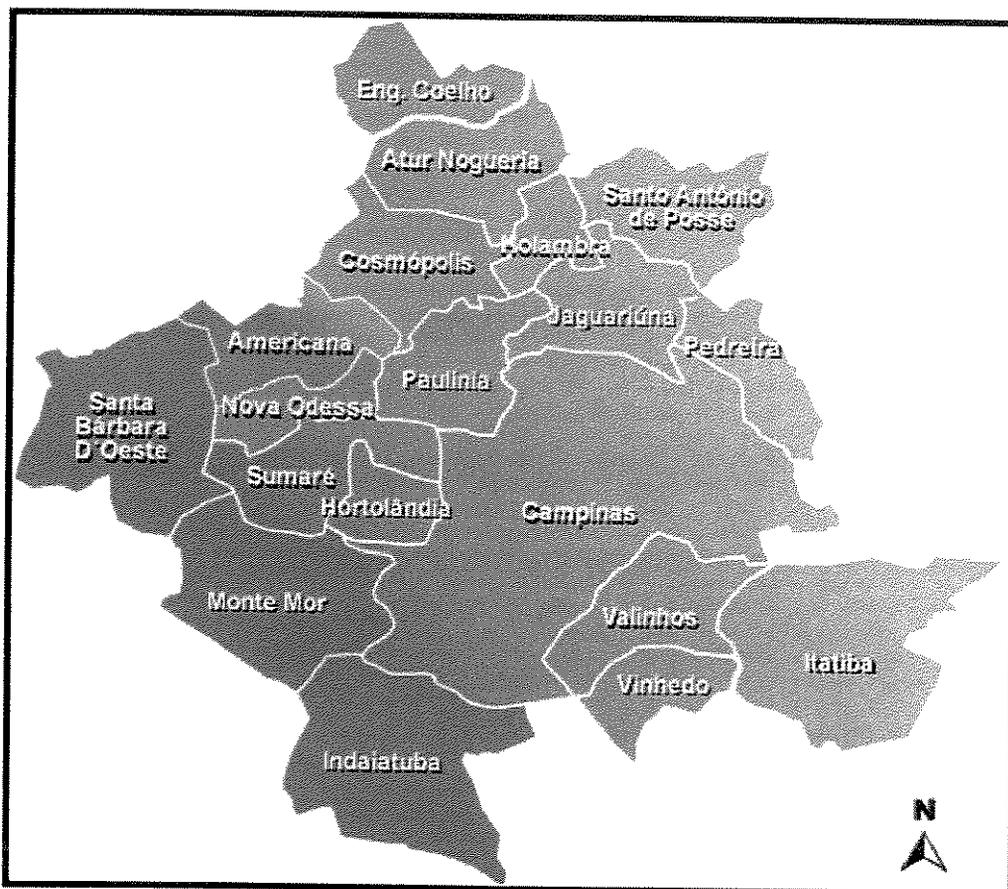


Figura 1. Mapa da Região Metropolitana de Campinas (RMC); Campinas, 2003

Alguns estudos sobre a RMC, entre eles a “análise integrada”, elaborada por FERNANDES et al. (2002), demonstram que a RMC foi institucionalizada pela Lei Complementar Estadual nº 870 de 19 de junho de 2000, ocupando uma área de 3.673 km² e com uma população de aproximadamente 2,3 milhões de habitantes. Segundo os autores, a herança do mais importante núcleo do “complexo cafeeiro paulista” criou as bases para o futuro dinamismo da agricultura, para a eficiente infra-estrutura de transportes e para a qualidade da rede urbana do que viria a ser, mais tarde, a atual RMC. Esse processo, desde seu início, fortaleceu a centralidade de Campinas, consolidando-a como “capital regional” de vasta parcela do interior paulista.

A RMC, além de ser bastante articulada com a maior metrópole nacional, exerce intensa centralidade e predomínio sobre outros importantes

centros regionais, inclusive de outros estados limítrofes com São Paulo. Ela concentra 1,4% da população brasileira e 6,3% da estadual, sendo que o município de Campinas abriga 41,5% dos habitantes da RMC. É o segundo maior município do interior paulista, e situa-se entre os 20 maiores municípios do país.

A organização institucional das políticas públicas de saúde apresenta regionalização própria, isto é, os municípios podem implementar a política de saúde por eles mesmo gestada, de maneira independente do governo federal. Assim, os municípios estão habilitados para “Gestão Plena do Sistema Municipal” (FERNANDES et al., 2002). Essa autonomia dos municípios possibilita tanto criar e estabelecer políticas públicas de saúde como integrar profissionais nas equipes de saúde a critério do Conselho Municipal de Saúde local.

Sabe-se que há uma variedade de programas de saúde implantados por alguns municípios da RMC, e outros em desenvolvimento. Contudo, observa-se que os municípios estão dando prioridade àqueles programas cujas ações públicas de *Promoção da Saúde* sejam realizadas com maior envolvimento e participação da comunidade (FERNANDES et al., 2002).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, pôde-se constatar, por intermédio de entrevistas realizadas com docentes e supervisores de estágio vinculados às instituições de ensino conveniadas com a Rede Básica de Saúde, que o município de Campinas recebe o respaldo dessas instituições mediante a contribuição dos cursos de Nutrição. Estes oferecem serviços às áreas de cobertura dos centros de saúde, colocando à disposição estagiários para desempenhar as atividades relacionadas à nutrição. Há um outro município pertencente à RMC que possui uma outra instituição de ensino, porém não se beneficia de serviços prestados à comunidade em função de aquela instituição oferecer ainda um curso de recente institucionalização.

4.2.2 Sujeitos

Após contatos telefônicos realizados com os 19 municípios pertencentes à RMC, foram encontradas 8 cidades que contavam com nutricionistas exercendo atividades relacionadas à RBS, totalizando 12 profissionais que se tornaram sujeitos da pesquisa.

A participação desses nutricionistas não foi total no decurso de todo o trabalho. Como este se divide em duas etapas, na primeira a participação foi integral; na segunda, porém, apenas cinco compareceram. Esperava-se que houvesse um número maior de participantes na segunda etapa, porque, no momento em que foi formulado o convite, nove profissionais confirmaram a presença, demonstrando interesse em participar de um encontro que possibilitaria contato com profissionais dos outros municípios.

4.2.3 Técnica de pesquisa

A primeira técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista individual semi-estruturada, realizada pela pesquisadora com os profissionais em seus locais de trabalho. Foi empregado formulário contendo questões fechadas e abertas. Este foi avaliado anteriormente em um pré-teste, realizado nos dias 17 e 18/7/2003 em três municípios distintos dos da RMC, sendo dois na região norte do Estado de São Paulo e um em Minas Gerais. Durante a entrevista do pré-teste, a pesquisadora comprometeu-se a não identificar os profissionais que participariam, embora as suas contribuições tenham sido importantes não só para testar o questionário, mas também para avaliar o interesse pelo tema abordado.

Inicialmente essas profissionais tiveram dificuldade para compreender o motivo pelo qual seriam entrevistadas, porém, após entenderem que o seu trabalho constituía o objeto de pesquisa, que se pretendia avaliar as ações desenvolvidas por elas na RBS, e que seus relatos de experiência contribuiriam para a produção de um trabalho sobre esse tema, demonstraram notório

interesse. Essas nutricionistas relataram que trabalhando nas equipes da RBS desempenham atribuições efetivamente relacionadas à sua formação como profissional de saúde e que o retorno obtido por parte dos usuários e dos outros membros da equipe é muito positivo. Essa reação foi um importante elemento motivador para a pesquisadora, que pôde constatar a importância dos trabalhos na área.

Após a aplicação desse pré-teste, o instrumento (APÊNDICE 1) foi analisado por um corpo de especialistas composto por três docentes de duas instituições próximas da região de Campinas, que propuseram sugestões as quais foram devidamente incorporadas. Foram então realizadas as 12 entrevistas com os nutricionistas da RMC, com o intuito de caracterizá-los, conhecer o local da RBS em que atuam, seus dados profissionais e descrever o seu trabalho.

A realização de entrevista justifica-se pelos parâmetros definidos por MINAYO (2000), para quem esta atividade:

(...) não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (MINAYO, 2000, p. 114).

A autora ainda faz referência a Kanh e Cannell, que definem a entrevista como sendo uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador. Está ela destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. HAGUETTE (1995) diz que o pesquisador utiliza a entrevista como instrumento de coleta, na busca da objetividade. Esta tentativa de captação do real original é inatingível, porém há uma aproximação. Dessa forma, a responsabilidade do pesquisador em não induzir as respostas é de extrema importância, visto que é ele o condutor e o orientador da entrevista. Essa recomendação serve tanto para a entrevista como para o grupo focal.

A segunda etapa consistiu na discussão em reunião de grupo focal. O grupo focal é uma técnica que tem sido utilizada na área da saúde em virtude da

facilidade de obtenção dos dados, já que a discussão é ali centrada em um tema específico e com um nível maior de profundidade em um curto período de tempo. Os resultados obtidos na reunião foram apresentados e analisados simultaneamente com os dados obtidos na entrevista.

A técnica do grupo focal foi proposta e aplicada pela primeira vez no campo das Ciências Sociais. Nesta técnica, analisam-se as características psicológicas e culturais dos participantes. Nestas se expressam crenças, valores, atitudes e representações sociais em ambiente permissivo e não-constrangedor.

Esta modalidade busca informações de um grupo formado especificamente para um período destinado à coleta de dados, que se reúne em torno de um interesse relacionado ao tema da investigação (LEOPARDI et al., 2001). Essa técnica do grupo focal, ainda para a autora, “é uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo”.

A técnica não é realizada com perguntas e respostas, e sim com a discussão em grupo de um mesmo assunto sob seus vários aspectos. Faz-se necessária a gravação e a presença de um moderador, que conduzirá da melhor forma os assuntos debatidos. É necessário também um observador que se encarregará de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes, com o intuito de ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses surgidos durante a reunião (WESTPHAL et al., 1996).

Para MINAYO (2000) “o específico do grupo de discussão são as opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados”. Assim, o emprego dessa técnica pode ser considerado uma função complementar do pesquisador-observador às entrevistas individuais. É também usada para focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas, complementar informações sobre os conhecimentos peculiares a um grupo com relação a crenças, atitudes e percepções, e desenvolver hipóteses de pesquisa para estudos complementares. Portanto, é “uma técnica de inegável importância para se tratar questões da saúde sob o ângulo social. Presta-se ao estudo de representações e relações dos

diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”.

4.2.4 Coleta de dados

Conforme mencionado anteriormente, a pesquisa foi realizada em duas etapas: primeiramente nas entrevistas feitas pela pesquisadora com os nutricionistas da RBS e a segunda etapa consistiu na discussão no grupo focal.

Para a primeira etapa, foi realizado em agosto de 2003 um contato com oito profissionais por telefone. Algumas informações obtidas foram incorretas, subestimando o número real de profissionais na área. Isto ocorreu porque, conforme se verificou nas entrevistas, havia profissionais contratados por outros órgãos das Secretarias Municipais de Saúde ou por outras Secretarias que desenvolviam funções na RBS e que eram desconhecidos pelos próprios informantes da Secretaria Municipal de Saúde. Pelo cronograma inicial foi estipulado um prazo de três meses para a coleta de dados, prazo este que se mostrou insuficiente, porque mais profissionais foram gradativamente sendo incluídos por intermédio dos contatos com os nutricionistas inicialmente localizados. O período para a primeira coleta total dos dados, contado a partir dos primeiros telefonemas, foi de quatro meses, com início em agosto e término das entrevistas em novembro de 2003.

Todos foram inicialmente contatados por telefone para verificar a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa. Foram então agendadas data e hora para as entrevistas. Estas tiveram início em 21 de outubro e se concluíram no dia 26 de novembro de 2003. Foi um tempo relativamente pequeno porque a realidade que os nutricionistas enfrentam no seu trabalho os obrigou à realização de alguns ajustes em suas agendas para poderem participar da pesquisa.

Houve um fato que evidenciou claramente essa situação quando um dos nutricionistas colocou-se à disposição para receber a pesquisadora em um município próximo de seu local de trabalho e fora de seu horário de trabalho. O motivo era a absoluta falta de possibilidade de abrir espaço na agenda de atendimento no Centro de Saúde. A visita aconteceu na praça de alimentação do *shopping center* da cidade.

Antes do início das entrevistas, era entregue aos nutricionistas um documento com agradecimentos e um termo de consentimento (APÊNDICE 2) solicitando autorização à pesquisadora para gravar as suas falas. Assim como no pré-teste, a pesquisadora comprometeu-se com os nutricionistas quanto ao sigilo com relação às respostas obtidas por meio do formulário, que foram gravadas e transcritas ao término da entrevistas.

Em média, o tempo utilizado em cada entrevista era de aproximadamente 90 minutos, havendo aquelas que ultrapassavam esse tempo e outras, a minoria dos casos, que ficavam aquém desse período de tempo. Em todas as entrevistas, os nutricionistas procuravam ser claros e objetivos com relação às repostas, a não ser quando estas ultrapassavam o limite de seus conhecimentos. Durante as entrevistas, não foram observadas intercorrências que pudessem atrapalhar o desenvolvimento da pesquisa, exceto nos momentos em que o profissional percebia a presença dos pacientes à sua espera, ou quando da interrupção da entrevista por funcionários ou profissionais que precisavam da atenção do nutricionista. Os profissionais só se concentravam novamente no questionário quando resolviam essas situações.

Com o intuito de averiguar a contribuição dos cursos de Nutrição na oferta de serviços às áreas de cobertura dos centros de saúde, foram realizadas cinco entrevistas com supervisores e docentes das universidades da região, as quais contribuíram para a análise dos resultados.

A segunda etapa foi a realização do grupo focal. Durante todas as entrevistas realizadas na primeira etapa da pesquisa, os entrevistados eram

avisados de que aquela seria uma primeira parte do trabalho, e que uma outra parte, ainda sem data prevista, ocorreria posteriormente.

Ao término das entrevistas e na finalização das transcrições das fitas, a pesquisadora iniciou a fase da pré-análise desses dados coletados a fim de buscar, pelas falas dos profissionais, o tema a ser abordado no grupo focal. Durante essa pré-análise, a pesquisadora teve o cuidado de analisar cada questão descrita pelos nutricionistas, com o intuito de ultrapassar as falas em sua subjetividade. Nesse trabalho ela tomou como parâmetros as respostas dos nutricionistas, a situação de contratação destes, as ações desenvolvidas por eles, os subsídios políticos, econômicos, sociais e profissionais oferecidos a eles; uma outra questão trazida como fonte de análise foi a entrevista realizada com os docentes e supervisores de estágio das instituições conveniadas com o município. Mediante a realização dessas abrangentes análises, chegou-se à questão norteadora do grupo focal: a pergunta acerca da essência do trabalho do nutricionista em Saúde Pública. Para esse questionamento, foi utilizado como material a Resolução nº 200/98 do CFN, e enfatizou-se a atuação do profissional inserido na área, segundo este documento, que versa sobre as atribuições do nutricionista na área de saúde coletiva.

O convite aos profissionais a participarem da segunda etapa do trabalho foi feito por meio de carta explicando o local, a data e o horário do encontro. Posteriormente, a confirmação foi realizada mediante contato telefônico, e a pesquisadora já lhes comunicava que todos os custos com relação ao deslocamento até a instituição seriam subsidiados por eles próprios, uma vez que não havia disponibilidade de verba para o desenvolvimento da pesquisa. Esta foi uma questão que gerou muita expectativa e insegurança na pesquisadora, visto que uma eventual resistência ou ausência dos profissionais no encontro poderia comprometer os resultados e a análise da pesquisa. Outra preocupação, com relação à participação dos nutricionistas no grupo focal, foi a disponibilidade dos profissionais em remarcar seus compromissos e obter liberação da instituição à qual estavam vinculados.

Não houve a participação total dos profissionais. Dos 12 nutricionistas entrevistados, 9 confirmaram presença, porém apenas 5 participaram da reunião, que ocorreu no dia 16 de abril de 2004, das 14 às 16:30 h, no anfiteatro do Departamento de Enfermagem da Unicamp. Foi notificado e justificado, por dois profissionais que confirmaram presença na reunião, que suas ausências ocorreram em função de estes não saberem se locomover dentro da universidade, apesar de haverem chegado até lá.

Não houve, por parte da pesquisadora, a intenção de realizar um segundo encontro do grupo focal com os demais profissionais, as quais por motivos diversos, não puderam comparecer no 1º encontro, considerando que uma nova convocação poderia intimidar o profissional que não participara.

4.2.5 Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram separadamente descritos e analisados em duas etapas, em função de a pesquisa ser de caráter quantitativa e apresentar menor proporção de abordagem quantitativa que de qualitativa. A análise dos dados quantitativos foi descritiva, retratando as repostas objetivas que abordavam dados pessoais dos profissionais, caracterização e identificação do local de trabalho, qualificações e dados profissionais. O que diferencia as duas abordagens é sua natureza. A pesquisa quantitativa é analisada com base nos dados explícitos e concretos. Já a análise na pesquisa qualitativa preocupa-se em observar as manifestações por meio das respostas dos sujeitos, circunscrevendo a subjetividade das falas. Esta questão é confirmada quando COLLET e WETZEL (1996) dizem que, ao trabalhar a abordagem qualitativa, há a preocupação em aprofundar-se nos significados das ações humanas, por aspirações, crenças, valores e atitudes.

4.2.5.1 Preparação inicial do material

- Transcrição das fitas

As 12 fitas foram transcritas pela própria pesquisadora, que teve o cuidado de coletar detalhadamente todas as informações prestadas pelos nutricionistas. Para que não houvesse nenhum tipo de contratempo, foram utilizados dois gravadores de modo que, em caso de necessidade, um substituiria o outro sem causar danos que pudessem comprometer a análise dos resultados. Essas transcrições foram diretamente digitadas no microcomputador, bem como as cinco entrevistas realizadas com os supervisores de estágio das duas instituições da RMC.

4.2.5.2 Pré-análise

As respostas coletadas nas entrevistas individuais foram os referenciais utilizados para analisar e elaborar o tema abordado no grupo focal. Foram estas análises que permitiram observar os pontos de objetividade e as configurações subjetivas nas falas dos profissionais, o que facilitou a escolha do tema.

As transcrições das fitas e as considerações expostas pelos profissionais na reunião do grupo focal, a partir do tema abordado, serviram de alicerce para a realização simultânea das análises dos resultados.

4.2.5.3 Categorização e subcategorização

A criação de categorias para análise dos dados coletados facilitou a discussão dos resultados. Para defini-las, utilizou-se como material a transcrição das entrevistas individuais, a reunião do grupo focal e as anotações dos observadores. Estes registros foram lidos, relidos e analisados. Por meio dessas análises, cujo objetivo era ultrapassar o limite das falas dos sujeitos com relação à

subjetividade destas, realizou-se a divisão por categorias dos assuntos identificados nas duas etapas da coleta de dados.

4.2.5.4 Interpretação

Interpretação significa resgatar naquilo que está expresso o que não está explícito, isto é, mediante as idéias contidas no texto, seja ele qual for, tratar de observar os limites da fala e deduzir seus condicionamentos. Os limites das falas consistem, algumas vezes, na omissão daquilo que está implícito mas não é confessado, e, outras vezes, na inconsciência das implicações imediatas daquilo que é afirmado. Tais limites são sempre efeitos de condicionamentos sociais, quais sejam, causas políticas, econômicas, culturais e profissionais. São estes que devem ser deduzidos pela compreensão hermenêutica-dialética. A interpretação, na realidade, resgata ou recupera no texto a presença manifesta, porém não aparente, destes condicionamentos.

Para TURATO (2003) essa fase de tratamento dos dados é uma etapa em que o pesquisador inicia, pela sua criatividade, as etapas de sua real contribuição pessoal, pois nesse momento ele pensa e lida com os dados organizados.

4.2.5.5 Critérios de Análise

A análise foi realizada em uma concepção dialética de interpretação, com base nas propostas de MINAYO (2000) para análise hermenêutica-dialética. Esta pretende que a análise seja realizada vinculando as conexões existentes, em termos das determinações sociais às experiências empíricas no plano das relações cotidianas de trabalho. O foco central de análise foram as práticas sociais dos nutricionistas, entendendo-as como predeterminadas pela atividade

institucional, mas também decorrentes da criatividade, do empenho e da motivação dos sujeitos que transformam e reconstróem o meio social.

A hermenêutica dialética, para essa autora, apresenta-se como um “caminho do pensamento”, uma via de encontro entre as Ciências Sociais e a Filosofia”; não é somente uma simples teoria de tratamento de dados mas apresenta a capacidade de realizar uma reflexão fundamental não se separando da práxis. Esta posição é confirmada por ARANTES e MAMEDE (2003) quando elas dizem que, nesse tipo de análise, o ser humano é o ponto de partida, e a práxis social referida traduz-se como objeto de análise e afirmação ético-política do pensamento, como sentido da busca.

PEDUZZI (1998) demonstra que a linguagem preenche três funções: a reprodução cultural, a integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social, e a função de socialização da interpretação cultural das necessidades. Por intermédio da linguagem o homem é capaz de compreender algo que precisa ser analisado e construir o tema da comunicação entre os seres em seus cotidianos. A dialética do trabalho e a dialética da interação pressupõem a linguagem, manifestando-se por intermédio da utilização de símbolos representativos. Destaca-se a reciprocidade entre dialética, trabalho e interação, “não sendo possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação”. Dessa conexão entre trabalho e interação depende essencialmente o processo de formação da subjetividade humana.

A hermenêutica dialética não determina técnicas de tratamento de dados, ela tenta determinar a autocompreensão, além de ser a busca de compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos (MINAYO, 2000).

Assim, observa-se que essas definições vão ao encontro do problema da linguagem em sua vasta interpretação. Ainda referindo-se à hermenêutica, MINAYO (2000) diz que esta “traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia”. A pesquisa hermenêutica também analisa

os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação.

A reflexão hermenêutica “se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido” (MINAYO, 2000). A análise realizada por intermédio da hermenêutica busca, também, esclarecer assuntos dentro de um contexto do cotidiano. Não se refere somente ao mundo objetivo, mas também a questões ético-sociais e subjetivas. A dialética, como técnica de pesquisa para SANTOS F^o e GAMBOA (1995), fundamenta-se “na lógica interna do processo e nos métodos que explicitam a dinâmica e as contradições internas dos fenômenos, e explicam as relações entre homem-natureza, entre reflexão-ação e entre teoria e prática”. Utiliza-se da dialética por focalizar-se a relação dinâmica sujeito-objeto, perfazendo sua abordagem pela concreticidade. Já a hermenêutica, pelo processo centralizado no sujeito, ou seja, a subjetividade.

Assim, quando se trabalha com a análise tendo por base a hermenêutica dialética, o pesquisador deve estar bem integrado, de modo que esteja claro para si o contexto das falas dos seus entrevistados. Deve vincular-se totalmente ao conteúdo emanado das falas dos profissionais para melhor compreensão e interpretação do que se pretende relatar. O encontro entre a hermenêutica e a dialética tem como ponto de partida o homem, e o método dialético opera tendo como pressuposto o método hermenêutico.

Segundo MINAYO (2000),

(...) a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (MINAYO, 2000, p. 227).

Com o intuito de não identificar o município e comprometer o profissional responsável pela resposta, os sujeitos foram identificados por cores e não por nomes. Se o município X for da cor verde e tiver dois nutricionistas, estes estão identificados como Verde 1 e Verde 2. Evita-se, assim, a quebra do compromisso ético entre o pesquisador e os entrevistados.

CRITÉRIOS ÉTICOS

A pesquisa atende às disposições da Resolução nº 196/96 referente aos regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos e na qualidade de projeto, foi submetida ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas sob parecer n. 281/2003 (ANEXO 4) e homologada na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de julho de 2003.

Sobre este critério, a pesquisadora tomou o cuidado de relatar uma preocupação de teor ético. O objetivo desta pesquisa não é avaliar a atuação de nenhum profissional em particular, mas sim a maneira como os profissionais em geral se inserem na RBS e a relação entre o tipo de inserção e as atividades desenvolvidas. Entretanto, surgiram momentos na pesquisa em que a prática do nutricionista, como profissional, ficou em evidência. Tais fatos foram importantes para a composição e os resultados da pesquisa. A sua evidenciação, contudo, não significa que tenha havido qualquer tipo de juízo acerca da atuação do profissional. O fato só é relevante como material relativo à questão geral da inserção do nutricionista na RBS.

Outro cuidado da pesquisadora, também relativo à ética, foi o de não comprometer qualquer profissional, mantendo em sigilo sua identidade e a instituição de trabalho.

RESULTADOS

Os resultados seguintes foram obtidos de entrevista inicial individual com os nutricionistas inseridos na RBS e posteriormente, em outro momento, mediante reunião de grupo focal. Os resultados descritos foram classificados em dois aspectos, estes contextualizaram elementos objetivos e subjetivos.

Os elementos objetivos agregaram resultados concernentes à caracterização dos sujeitos, especificação e identificação do centro de saúde, qualificações e dados profissionais, obtidos mediante questionário. Os elementos subjetivos englobaram resultados oriundos dos relatos encontrados na entrevista e no grupo focal. Essas entrevistas e o grupo focal determinaram, mediante pré-análise, a elaboração das categorias que consideraram aspectos importantes das falas dos profissionais a serem relacionados com o objetivo desta pesquisa.

6.1 Aspectos objetivos: inserção dos nutricionistas na Rede Básica de Saúde

6.1.1 Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram classificados, com relação ao gênero, em 83% (10) do sexo feminino e 17% (2) do masculino, com idades entre 25 e 46 anos.

Entre as instituições responsáveis pela formação dos nutricionistas entrevistados destacaram-se a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) com cinco graduados (42%), a Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) com cinco (42%), a Universidade de Mogi das Cruzes (Umec) e a Universidade São Judas Tadeu igualmente com um (8,3%).

Nota-se que houve a mesma proporção de graduados em uma universidade da RMC comparada com outra instituição próxima, a qual, no entanto, não integra esta região. Já as outras duas instituições estão localizadas em municípios da Grande São Paulo.

Embora haja proximidade entre os municípios nos quais estão inseridos os profissionais, não há vínculo entre eles em função do próprio desconhecimento destes com relação aos colegas, portanto, não há integração entre os nutricionistas inseridos na RBS.

Quanto ao tempo de formação, verificou-se que 50% dos profissionais não eram recém-formados e, destes, 42% possuíam mais de cinco anos de formação. Esses nutricionistas atuaram e possuíam experiências em outras áreas da nutrição, porém manifestaram notória preferência pela Saúde Pública.

Os itens abordados com relação a estado civil, situação econômica familiar e renda pessoal têm o intuito de investigar e analisar se a remuneração obtida pelo trabalho na RBS supria as necessidades pessoais e familiares dos nutricionistas, havendo ou não a necessidade de renda complementar. Entre os 12 sujeitos entrevistados 7 possuíam mais de um emprego em áreas distintas, como forma de complementação da renda oferecida pela RBS, e 5 estavam vinculados unicamente ao município.

6.1.2 Caracterização e identificação do centro de saúde

Ao visitar as unidades da RBS e conhecer o perfil da população da área de abrangência em que o nutricionista atuava, a pesquisadora, *a priori*, conjecturou que o trabalho desses profissionais seria restrito à área de abrangência da sua unidade. No entanto, verificou-se que um grande número de usuários eram atendidos por um único profissional que desempenhava atividades em outros órgãos das Secretarias Municipais. Cabia-lhes dar assistência e acompanhamento à população local, independentemente da área de abrangência do centro de saúde, exceto no município de Campinas, o qual possuía duas instituições, PUC-Campinas e Unip, que assistiam à população de seus respectivos distritos⁵.

⁵ Dados confirmados por meio da entrevista com as docentes desses cursos.

Essa condição profissional acarretava um deslocamento do nutricionista em áreas de atuação diversas, a fim de proporcionar um atendimento global. A diferença entre os municípios, com relação ao local dos atendimentos, pautava-se na estrutura operacional, política e organizacional. Alguns nutricionistas não possuíam locais exclusivos para realização dos atendimentos, entretanto aqueles que se beneficiavam desses locais atuavam, em sua maioria, nas policlínicas. A assistência era prestada a toda a população desde que esta fosse encaminhada mediante consulta médica.

Do mesmo modo como a Nutrição, outros cursos da área da saúde também sofriam a carência do profissional na RBS. Alguns centros de saúde ofereciam oportunidade para receber estagiários de áreas diversas, porém alunos de cursos técnicos e não universitários. O município de Campinas era o único que recebia alunos das universidades para estagiar nos Centros de Saúde.

6.1.3 Qualificações profissionais

Quando questionados os nutricionistas sobre o aprimoramento profissional após a graduação, observou-se que vários eram os fatores determinantes na decisão para a realização ou não do aprimoramento dos conhecimentos específicos dentro da área de atuação. Entretanto, um relato predominante nas falas dos nutricionistas não especializados era o desejo de um aprimoramento futuro. Entre os fatores desfavoráveis estavam incluídos: falta de recursos financeiros que subsidiassem o estudo, falta de incentivo da instituição, sobrecarga de atividades, pouca oferta de cursos dentro da área de atuação e falta de iniciativa própria. Entre as justificativas, merece destaque aquela que dizia que “*naquela época (de formação) não era necessário*” especializar-se.

Tabela 1: Especializações realizadas pelos nutricionistas (Região Metropolitana de Campinas, 2003)

Curso	Área	Instituição	Número de sujeitos
Especialização	Saúde Pública	Unicamp ^a	2
		Unimep ^b	1
	Nutrição clínica	USP ^c	1
		Unimep ^b	1
		São Camilo ^d	1
		UFLA ^e	1
Atividade física	FMU ^f	1	
Aprimoramento	Saúde Pública	Unifesp ^g	1

a) Universidade Estadual de Campinas

b) Universidade Metodista de Piracicaba

c) Universidade de São Paulo

d) Centro Universitário São Camilo

e) Universidade Federal de Lavras

f) Faculdades Metropolitanas Unidas

g) Universidade Federal de São Paulo

Entre as qualificações mencionadas houve destaque para as especializações. Dos 12 profissionais entrevistados 6 concluíram as especializações em áreas diversas, o aprimoramento e a pós-graduação *lato sensu*. Entre os tipos de qualificações, três especializações e o aprimoramento foram na área de Saúde Pública.

6.1.4 Dados profissionais

Foi observado que os nutricionistas possuíam outros vínculos empregatícios, como fonte de renda complementar à principal, qual seja, a Rede Básica de Saúde. A preferência pelo trabalho na Saúde Pública foi mencionada por 9 dos 12 entrevistados. Destes, 5 (42%) apresentaram vínculo exclusivo com a rede pública, ao passo que outros 5 (42%) referiram dois empregos e 2 (16%) vincularam-se a três empregos.

O vínculo empregatício dos profissionais, nas cidades pesquisadas, era com o município. Na maioria dos casos os profissionais eram concursados,

embora em áreas diferentes da RBS à época do concurso. Vale enfatizar que em um dos municípios havia um profissional já graduado contratado temporariamente pela prefeitura para atuar na Rede Básica de Saúde. Este nutricionista apoiava outro do local, no desenvolvimento das atividades similares, com o mesmo grau de responsabilidade e competência profissional, entretanto recebia a denominação de “estagiário”. Esta situação poderia configurar infração legal, expondo o município a penalidades por qualificar um profissional graduado como estagiário.

A maioria dos nutricionistas foi transferida de outras áreas da administração municipal na RBS. Alguns destes desempenhavam as funções predeterminadas pelo edital do concurso da época, e atuam concomitantemente como nutricionistas da RBS. Dessa forma, o tempo de serviço na instituição nas secretarias de origem não é simultâneo ao tempo da função atual na Rede Básica de Saúde.

A situação de contratação era distinta em cada município. Em determinadas situações, o desempenho das atividades dava-se na promoção social, direcionando-a também à RBS. Outros começaram na Secretaria da Educação (merenda escolar) e, por iniciativa própria, solicitaram remoção à RBS. Eram profissionais contratados para atuarem na Vigilância Sanitária que acumularam atividades na RBS. Em outro caso, o nutricionista administrava a unidade de alimentação e nutrição hospitalar e passou a desenvolver atividades na RBS. Um nutricionista antes de graduar-se em nutrição, possuía o título de técnico em enfermagem, e depois passou a ocupar o cargo de nutricionista do hospital e atualmente, desempenha funções, como nutricionista, no hospital e na RBS.

Uma outra questão observada foi o caso de duas nutricionistas inseridas em um mesmo município, cujo concurso da época não especificava a área de atuação; atualmente, uma delas desempenha funções vinculadas à vigilância sanitária e a outra foi designada, entre outras funções, para integrar-se ao programa de atendimento domiciliar do município. Hoje ambas estão iniciando e acumulando atividades relacionadas à Rede Básica de Saúde e, segundo elas

próprias, as demandas estão crescendo rapidamente e começa a haver uma sobrecarga de atividades, o que é relatado por todos os profissionais.

As iniciativas para a contratação do profissional foram diferentes entre os municípios. Essas formas de contratação seriam mais bem compreendidas se os nutricionistas conhecessem o histórico e a origem de seus cargos para a RBS, dos municípios em que atuam, mas eles desconhecem qualquer documento que retrate esse histórico da inserção dessa categoria.

Percebeu-se, por meio das falas dos nutricionistas, que um dos motivos principais para a contratação foi a solicitação dos outros profissionais da equipe.

“Foi da secretaria da saúde” (Vermelho 1).

“... a iniciativa foi dos médicos” (Branco 1).

“Eu fiz um concurso público e quando eu vim para cá (saúde) a iniciativa foi minha” (Azul).

A fala a seguir é de um profissional que atua em um município que possuía dois nutricionistas:

“Então, a nutricionista disse que foi ela que pediu porque ela disse: eu não vou dar conta, contrate outra nutricionista. Em contrapartida os médicos de família dizem que foram eles que pediram há muito tempo a nutricionista para estar falando lá e estar orientando a dieta. Foi um dos dois, mas foi concurso” (Laranja 2).

Segundo os relatos dos nutricionistas, os médicos acreditavam ser eles os responsáveis pela contratação deste profissional. A relação que os profissionais mantinham com as secretarias de contratação era independente do seu trabalho na RBS. Eles continuavam, burocraticamente, vinculados a essas secretarias, mas desempenhando atividades na RBS. Em um dos municípios, o nutricionista desvinculou-se da secretaria de origem e vinculou-se definitivamente à Secretaria da Saúde.

Tabela 2: Situação de contratação dos nutricionistas atuantes na Rede Básica de Saúde (Região Metropolitana de Campinas, 2003)

Situação contratual	Nº. Municípios	Nº. Nutric.
Em áreas distinta da RBS, transferido para a RBS	1	1
Pela RBS, com atuação exclusiva na RBS	3	4
Em área distinta da RBS, com acréscimo de função na RBS	4	5
Para serviços específicos, relacionados à RBS	2	2
Total	10 ^(*)	12

* O número de municípios em que ocorre a situação é maior que o número de municípios pesquisados porque em um mesmo município existem contratações de diferentes formas.

6.1.5 A contribuição das universidades

Como resposta a um dos objetivos do trabalho, foi realizada uma entrevista com os docentes e supervisores de estágios. As falas dos entrevistados não foram mencionadas na pesquisa em função de ser objetivo dessa etapa apenas verificar a contribuição das universidades com relação à área de cobertura dos centros de saúde e à população assistida. Entre os responsáveis pelos estagiários estão docentes e supervisores. No período de férias, os estagiários não participam das atividades do Centro de Saúde. Há casos em que, durante esse período, a universidade contrata um nutricionista por tempo determinado para realizar os atendimentos, e em outras situações fica-se sem o profissional até o retorno das aulas.

Tabela 3: Relação dos centros de saúde que oferecem estágios aos alunos do curso de Nutrição e a área de cobertura destes centros de saúde (município de Campinas, 2003)

Município	Universidade	Centro de Saúde	N. DE Bairros	População estimada assistida (habitantes)
CAMPINAS	PUC-Campinas	Campos Elísios	4	11.000
		Integração	6	30.000
		Ipaussurama	4	19.088
	Unip	Paranapanema	13	30.000
		Santa Odila	10	18.000

Obs.: Dados coletados por intermédio dos coordenadores dos centros de saúde

6.2 Aspectos subjetivos: a visão dos sujeitos sobre o seu trabalho

Esses resultados versam sobre respostas coletadas mediante as entrevistas individuais e a reunião do grupo focal. São apresentados por categorias a fim de permitir a análise e a discussão com relação à visão dos sujeitos.

Foram elaboradas 7 categorias com a finalidade de facilitar a descrição dos resultados e ordenar as idéias, priorizando os temas mais relevantes. O objetivo da ordenação é coletar os aspectos subjetivos nas falas dos profissionais.

Optou-se por apresentar as falas coletadas nas entrevistas junto com as falas coletadas no grupo focal, porque o grupo produziu nos sujeitos uma mobilização que fez emergir idéias e opiniões diferentes daquelas verbalizadas na situação mais preservada da entrevista. Como já descrito anteriormente, foi utilizado um questionário na primeira etapa da coleta dos dados e, para a reunião do grupo focal, foi elaborada uma pergunta – Qual deve ser a essência do trabalho do nutricionista em Saúde Pública? - com o intuito de nortear toda a discussão. Junto com essa pergunta foi oferecida aos participantes a Resolução nº 200/98 do CFN para servir de respaldo na discussão. O conjunto dos resultados de ambas as etapas possibilita uma análise mais acurada que a das etapas em separado. A

seguir são apresentadas as seis categorias adotadas para a apresentação dos resultados.

6.2.1 O cotidiano de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

A) Trabalho em equipe

“Qualquer trabalho hoje para ter sucesso tem que ser em equipe” (Roxo).

Uma questão que foi muito relatada entre os profissionais, tanto na entrevista como na reunião do grupo focal, foi a importância do trabalho em equipe. Os profissionais de quase todos os municípios disseram ser muito importante o trabalho em equipe, principalmente quando este é desenvolvido na multidisciplinaridade, porém há contradições no entendimento sobre este tema.

“A enfermeira-chefe de lá está já em andamento com o programa, mas aí vou entrar eu com a minha parte, ela com a dela, a assistente social com a dela, a psicóloga com a dela; aí nós vamos fazer uma multidisciplinar, sim, mas está em andamento” (Azul).

“... eu tive relação com a vigilância sanitária mas aí eu fiquei pouco tempo porque fugia muito da minha área aqui e eu perdia muito tempo lá” (Roxo).

“... como eu falei para você eu tenho pouco contato com eles lá (centro de saúde) mas na maioria das vezes eu encontro eles aqui (hospital). Lá é pouco porque um entra numa sala e o outro já em outra então não tem como sentar, se reunir” (Verde).

As falas acima foram mencionadas nas entrevistas individuais e demonstram que, os nutricionistas têm uma visão fragmentada do trabalho em equipe, pois para eles o trabalho restringe-se somente aos profissionais da área da saúde, os quais estão vinculados aos centros de saúde ou aos outros lugares de atendimento. Em outros casos, o trabalho em equipe limita-se ao trabalho vinculado aos médicos. Observa-se isso nas falas também das entrevistas, abaixo:

“É boa, é boa a relação. Na verdade ela fica estreita mesmo é com o médico, como você viu. Ela acaba sendo feita com o médico. O médico precisa ver pra crer, né, e quando ele vê que tem resultado, que a gente tem condição de ajudá-lo, pronto” (Azul).

“A relação com os outros profissionais é boa, não tenho nenhum problema. Não tem nenhum profissional que interfere, os médicos aqui são poucos e, com todos eu tenho amizade. Eles pedem as coisas e assim, eles mandam para mim, mas eu não tenho muito contato com eles” (Amarelo).

Aqui, este profissional proferiu suas falas na reunião do grupo focal.

“Eu sempre trabalhei muito integrado com a equipe. O médico tem seu *status*, mas os outros profissionais também têm seu valor (...) Mas eu prefiro trabalhar com os outros (profissionais) do que com cinco nutricionistas. A troca é muito rica com os outros profissionais. Antes só que”... (Vermelho 2).

Já em outro município, durante a entrevista individual:

“Com a enfermagem, às vezes ela me convida para fazer alguns grupos e eu venho, mas isso não é sempre, como eu te falei, meu vínculo é pequeno e com a assistente social é mais a parte dela” (Azul).

Um outro empecilho para caracterizar o trabalho em equipe, que se contradiz com a idéia descrita pelos nutricionistas sobre o trabalho em equipe, foi a questão hierárquica. Não era estreita a relação entre os coordenadores com os demais profissionais da equipe. Este profissional relata esse fato em sua entrevista individual:

“Essa assistente social que eu falei para você, eu me dou muito bem com ela e a médica do posto também. O meu problema são os outros programas, não são só meus e sim de todo mundo. O problema é a nossa chefe. Ela vendeu uma imagem para a nossa chefia maior lá” (Laranja 2).

A necessidade que os profissionais sentiam com relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe englobava, inclusive, o apoio das universidades.

“Na promoção social a gente tinha estagiários, inclusive era remunerado, era um trabalho de merenda escolar super legal. Quando eu vim pra saúde eu senti muita falta disso porque era uma troca, é legal, você faz um monte de trabalhos juntos” (Vermelho 2).

Na reunião em equipe os profissionais reportaram-se novamente à questão do trabalho multidisciplinar na RBS. E, também no espaço do grupo, pôde-se confirmar que realmente é ainda limitada a idéia de multidisciplinaridade.

“É, lá é realmente assim, cada profissional atua na sua área. Só que eu acho que é mal direcionado” (Roxo).

“O nutricionista é considerado artigo de luxo em Saúde Pública” (Vermelho 2).

B) Recursos materiais, financeiros e humanos

Os nutricionistas estão sempre prontos a receber as atribuições que lhes são designadas. A única crítica é a falta de recursos materiais para as ações educativas:

“O Ministério da Saúde tem um trabalho fantástico de propaganda, folders maravilhosos. Todo trabalho que vem do Ministério da Saúde é um primor, mas pecam porque o número de exemplares é muito pequeno. Isso precisa ser melhorado no Ministério, de distribuição de material” (Roxo).

As interpretações sobre a falta de recursos foram diferentes conforme as dificuldades que cada profissional que cada profissional encontrava no seu local de trabalho.

“... porque quando a gente fala em precariedade o que você imagina? Uma sala descascada, não tem mesa para sentar, uma balança para você pesar. Uma precariedade técnica” (Vermelho 2).

“Mas isso é uma precariedade física e estrutural. Agora, a precariedade do serviço talvez seja meio 50% de responsabilidade do profissional” (Vermelho 2).

“... o problema é o espaço físico... ter e não ter balança” (Verde).

“... lá no ambulatório não tem equipamentos de avaliação... eu tenho uma balança lá meia-boca” (Laranja 1).

“A última palestra que fiz foi debaixo do sol” (Amarelo).

“Para a nutricionista o problema (recursos) é mais forte... oh, sem dúvida, é cultural ainda, é o início ainda do que é o trabalho da nutricionista, e não adianta, agora é que tá começando, o pessoal tá conhecendo, tá sentindo que dá resultado e vem buscando, mas não deixa de ser início ainda, sabe, o médico ainda”... (careta!) (Azul).

6.2.2 Concepção de Saúde e os Princípios do SUS

Segundo as falas dos nutricionistas na reunião do grupo focal e nas entrevistas individuais também, o espaço público ainda é o melhor lugar para se fazer saúde. Eles possuem uma visão otimista sobre os serviços públicos de saúde:

“Eu acho que as dificuldades, pra quem trabalha com saúde pública são enormes e eu falo isso porque eu trabalho com amor e hoje eu não saio mais da Nutrição, sou apaixonada” (Roxo).

“Essa área de saúde pública... adoro saúde pública... me realizei demais” (Azul).

“Eu acho assim, a gente tem que fazer o que gosta porque se não, a gente não vai para frente e eu me sinto realizada trabalhando na rede” (Amarelo).

“A saúde pública ainda é um bom lugar para se fazer saúde” (Roxo).

Porém, ainda há, por parte dos nutricionistas, a má compreensão a respeito das concepções de saúde vinculadas à utilização dos serviços públicos de saúde, bem como o desconhecimento dos princípios do SUS. Essa situação não foi demonstrada em todas as falas dos profissionais de todos os municípios, mas foi muito freqüente na fala de um profissional que representava um dos municípios. Nota-se isso pelas falas do grupo focal:

“Lá é uma cidade paternalista. A população é carregada no colo (...) No município X não há pobreza que a pessoa precise do SUS (...) Tem muita gente que tem convênio e só procura o posto de saúde (...) A ambulância vai na casa do paciente e em todos os lugares que você possa imaginar, para pegar e trazer pacientes (...) Quanto mais faz, mais quer” (Roxo).

6.2.3 Demanda

A demanda pelo trabalho técnico dos nutricionistas procede de diferentes setores: a principal origina-se no próprio Centro de Saúde, no encaminhamento médico, e é muito intensa. As outras demandas são provenientes da Vigilância Sanitária e de outras secretarias municipais. Há ainda o caso daqueles profissionais que acumulam função na RBS e no hospital, como pode ser constatado na última fala da seqüência abaixo.

“A demanda é toda pra mim, todos os médicos mandando tudo pra mim (...) A gente precisa se policiar para não fazer o trabalho do médico (...) Eu comecei a trabalhar, quando eu vi, eu tava fazendo tanta coisa e não tava fazendo nada. Não tinha tempo para planejar minhas palestras, trabalhava que nem louca fazendo muita coisa e não rendendo nada” (Laranja 1).

“Não atendo todas as demandas mas eu faço o possível, mas não dá” (Verde).

“... os médicos me pediram um trabalho sobre pectina. A Secretária de Esportes me pediu campanhas, a psicóloga pediu o grupo de gestantes” (Amarelo).

“Tem o programa domiciliar, tem o Bolsa-Alimentação, tem o grupo de diabéticos e agora um grupo de obesidade que está para começar. Tudo de acordo com a demanda que vai aparecendo” (Laranja 2).

“Bom, no hospital eu faço a parte de produção, a parte de dieta. Eu faço orientação de alta, aí vem a parte relacionada à parte administrativa e escala de trabalho, pedido de conta, aí faço também o atendimento domiciliar de pacientes que já receberam alta. Na Rede Básica é aóssim, o atendimento individualizado ao paciente e a orientação nutricional. O paciente geralmente vem com encaminhamento aí eu faço uma avaliação se o paciente é obeso, faço uma avaliação de dieta para ele, aí a gente acompanha esse paciente assim normalmente por um período” (Branco 1).

Mediante as falas dos profissionais, observa-se que eles tentam desenvolver suas atividades em função da necessidade da população:

“.... eu mesmo fui vendo e conversando lá na policlínica, eu não comecei nenhum trabalho que não tinha lá porque não dá mesmo. A minha maior dificuldade é o tempo. Não tenho tempo para eu dedicar ali. Se eu tivesse mais tempo eu poderia fazer outros serviços, aqui o principal objetivo é

ter mais profissionais para trabalhar, porque nunca tem tempo para um único profissional fazer tudo” (Verde).

”... eu desenvolvo principalmente a inspeção nos estabelecimentos de alimentos tanto comerciais quanto industriais... além disso eu faço parte da equipe do áudio técnico de projetos de alimentos, todas as áreas da vigilância tudo que envolve a saúde, tudo que interessa à saúde. Na parte DST/Aids eu faço atendimento nutricional individualizado dos pacientes e faço também junto com a psicóloga, a gente trabalha em grupo com os pacientes” (Laranja 1).

Nesse município, o mesmo profissional implantou outras atividades:

“Bolsa-Alimentação e a presença do nutricionista no programa médico de família. O médico encaminha para as especialidades, então vai a nutricionista... no Bolsa-Alimentação é uma reunião por mês por cada grupo... ”(Laranja 2).

Esse mesmo profissional discorre sobre outras atividades da sua prática, que não foram implantadas por ele próprio mas foram por ele continuadas:

“Os diabéticos têm uma palestra por semana. Ah, tem o grupo de obesidade, hoje é a primeira palestra, a principio são 40 pessoas e na Vigilância Sanitária eu faço fiscalização, eu não faço atendimento individual na prefeitura” (Laranja 2).

Observou-se que as atividades desenvolvidas em quase todos os municípios visitados eram diversificadas, porém semelhantes. O que diferenciava uns dos outros era a forma de desenvolver essas atividades, a equipe que desenvolvia, a demanda do município e, é claro, o profissional que a desempenhava.

“Tem um projeto de alimentação, depois a gente tem o grupo de gestante, grupos de idosos e o grupo de diabetes também, eu faço palestra voltada para alimentação deles e alguns atendimentos individuais... às vezes eu faço palestra para crianças e às vezes dou treinamentos para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem” (Branco 2).

“Aqui nós fazemos parte de uma equipe. A partir dessa equipe são desenvolvidas todas as ações de prevenção e todas as campanhas, a equipe é composta por vários profissionais. Aqui sai todos os programas de saúde, temos um programa de obesidade-adulto, um grupo de doenças crônicas. Eu que coordeno mesmo que eu não faça a palestra, eu que mando. Temos o grupo de ostomizados, grupo de diabetes, grupo de hipertensão, grupo de gestantes, a gente trabalha com muito grupo, é

muito interessante, a gente viu, na prática, como isso dá resultado” (Roxo).

“Nosso trabalho aqui é voltado para o trabalho em grupo: diabetes, hipertensos, gestantes, colesterol, triglicérides e ácido úrico. Eu faço consulta individual com aquele paciente que tem outra patologia que não se encaixa nos grupos” (Azul).

Alguns nutricionistas achavam importante desenvolver atividades em grupo por relacionar grupos com ação educativa:

“Ação educativa pra mim é tudo, então tem que ter ação educativa em grupo; no individual é acompanhar o paciente, é fantástico e é por aí” (Azul).

Não há local específico para se desenvolver ações educativas. O profissional torna-se um educador quando ele se dedica à atividade de educação nutricional com o indivíduo.

Ao se tratar do excesso de atividades desenvolvidas pelos nutricionistas, para eles, uma das características do profissional que atua na RBS é “*querer dar conta de tudo*” (Laranja 1). Essa situação foi mencionada nas duas etapas da coleta de dados, porém mais debatida no grupo focal. Essa situação os deixava confusos acerca do sentido de seu trabalho. Isso foi motivo de incômodo. Eles começaram a se incomodar com o excesso de suas próprias atividades, e o incômodo ficou ainda pior quando perceberam que desempenhavam as atividades dos outros profissionais também:

“Muitas vezes o próprio médico já está viciado em encaminhar para um nutricionista porque o nutricionista vai dar todas as coordenadas” (Laranja 1).

Essa situação obrigou o nutricionista a criar estratégias para conseguir realizar suas atividades sem comprometer a qualidade de seu trabalho.

“Não consigo atender todas as demandas não, tem as principais que dou mais atenção e depois vêm as secundárias” (Branco 2).

E ao final o profissional desabafa:

“... meu dia tinha que ter 40 horas. Não é muito fácil. É difícil porque eu sou uma só” (Laranja 1).

6.2.4 A satisfação e a insatisfação profissionais

Durante a reunião do grupo focal os profissionais demonstraram as situações de satisfação com relação ao seu trabalho bem como aquelas que os incomodavam.

“O médico tem que trabalhar quatro horas dentro do serviço público de saúde. Ele não faz uma hora e meia” (Roxo).

“Mas tem uma série de coisas que tem que acabar, quem peita o médico?” (Vermelho 2).

Um dos questionamentos que demonstram as insatisfações dos nutricionistas refere-se aos obstáculos encontrados na prática profissional, porém as respostas individuais foram diversificadas e contraditórias. Quando se perguntou a eles se conseguiam atender todas as demandas, responderam:

“Não tenho nenhuma dificuldade não, a gente está tendo muito investimento na parte de projeto” (Branco 2).

“Não tenho obstáculo... o que eu quero desenvolver eu vou e faço, eles me apóiam” (Preto 1).

“... eu precisava de liberação da secretaria para fazer o curso e ela me deu o maior apoio” (Vermelho 1).

Alguns exemplos de obstáculos começaram a ser relatados nas falas, mas referiam-se ao nível sócio-econômico.

“Acho que o tipo de usuário, às vezes, tem de todos os níveis. Então, o tipo de usuário que é uma dificuldade” (Vermelho 2).

A necessidade de comprovar competência profissional constitui uma demanda além da realização do trabalho em si:

“O paciente teve que acreditar no meu trabalho, esse foi o grande obstáculo. O médico também teve que acreditar, foi um grande obstáculo” (Azul).

As insatisfações assumem diferentes particularidades em cada município:

“...eu fiquei três anos sem ganhar insalubridade, eu fiquei jogada, um pouco ali, um pouco lá, é desgastante, eu atendo de manhã e à tarde. Benefícios... só a alimentação, não tem convênio médico, a cesta básica é descontada, se não dá pra aumentar o salário então abaixa a carga horária. Teria que ter mais nutricionista na Rede Básica de Saúde” (Amarelo).

“... acho que é a questão de equipamento, aprimoramentos e especializações” (Laranja 1).

Os relatos dos nutricionistas na discussão do grupo focal foram diferentes daqueles das entrevistas individuais principalmente em relação à questão salarial, que não havia sido mencionada nas entrevistas.

“... a nutrição é profissão feminina e isso implica salário mais baixo” (Vermelho 2).

“Eu acho que as dificuldades para quem trabalha com saúde pública são enormes. O salário não compensa, é muito baixo. Nos estamos numa categoria muito baixa, abaixo da enfermagem, abaixo da TO, da fisioterapia... é uma luta” (Roxo).

“Qualquer metalúrgico ou balconista do *shopping* tira isso, R\$ 500,00. A saúde hoje é muito mal remunerada... às vezes eu me questiono se vale a pena” (Vermelho 2).

Para um nutricionista, a questão da ausência do profissional inserido na RBS bem como os problemas de ordem estrutural, física e técnica ultrapassam muito os limites da percepção que outros profissionais demonstravam:

“O discurso é lindo. Entrou um prefeito que colocaria um nutricionista em todos os distritos e isso não aconteceu. Como que uma cidade que é modelo de saúde não tem nutricionista na Rede Básica de Saúde? Existe um problema de gestão, os gestores ainda não entenderam o

nutricionista. A formação básica dele é saúde. Eu acho uma pobreza hoje o sistema de saúde, blefe político... O profissional de saúde fica à mercê dos atos políticos” (Vermelho 2).

Os nutricionistas relataram que ainda trabalham na RBS porque gostam muito e porque é muito gratificante, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas. Ao final das entrevistas, foi unânime a preferência pelo trabalho na Rede Básica de Saúde:

“É uma área que dá muito retorno no sentido pessoal... talvez seja uma coisa simples no dia a dia mas para mim vale muita coisa” (Branco 2).

“Eu acho muito gratificante quando você vê ou encontra com as pessoas e elas falam: olha, eu mudei tanto, a minha vida mudou muito... é muito bonito a gente ouvir iss (...) eu fiquei apaixonada pela Saúde Pública... eu trabalho por amor, que se não fosse isso eu largava a nutrição (Roxo).

“Sinto uma satisfação imensa, imensa, imensa. Eu acho que dentro da nutrição tem tantas barreiras, tantos obstáculos ainda, porque culturalmente ainda é infantil... eu acho que o próprio nutricionista tem que buscar, se mostrar e ir procurar se realizar que é o que eu fiz vindo para cá”(Azul).

O *status* para o nutricionista também era importante. Sentiam-se gratificados quando se percebiam valorizados e quando isso chegava ao conhecimento de pessoas relevantes. Um dos sujeitos relatou que sua mãe ouviu a seguinte frase:

“Você é a mãe da doutora, da nutricionista... ela é uma graça” (Amarelo).

O título de “doutor” também é percebido como um elemento de valorização da profissão.

“... eles (os usuários) me chamam de doutora, é muito gratificante” (Amarelo).

6.2.5 A Saúde Pública: um espaço para se fazer educação

Tanto na entrevista como na reunião do grupo focal, a questão do importante papel que o nutricionista pode desempenhar e desempenha, como

educador na RBS, foi muito relatada. Nos relatos durante a reunião do grupo focal esta questão foi mais verbalizada:

“O melhor lugar para se fazer educação nutricional é em Saúde Pública (...) Os pacientes ligavam no centro de saúde querendo passar comigo e não com o endócrino. Não que eu fosse melhor que o endócrino, mas eu conversava, eu explicava o que era diabetes” (Roxo).

“Eu trabalho aqui (na consulta individual), com meus pacientes, educação nutricional” (Laranja).

Para alguns profissionais a nutrição envolve muito mais que apenas o alimento.

“... é impossível você falar de nutrição apenas. Tem que falar de uma qualidade de vida, estilo de vida, envolve muita coisa. É como tratar a obesidade, são vários fatores, não somente a alimentação”. Por isso que eu acho que é um papel de educador na Saúde Pública, porque se não fizer isso, não consegue ter sucesso com os pacientes” (Roxo).

Mas qual deve ser a essência do trabalho do nutricionista em Saúde Pública?

“A essência do nutricionista é a Educação em Saúde” (Roxo).

6.2.6 Responsabilidade técnica e ética

Independente das atribuições do nutricionista, é esperado que em todas as áreas e atividades desenvolvidas seja prioridade a responsabilidade técnica que demonstra, eticamente, o comprometimento, o interesse e o envolvimento nas questões relacionadas à nutrição. O serviço necessita, portanto, do profissional que assuma a responsabilidade técnica e ética, mas às vezes o trabalho que ele efetivamente desenvolve não está relacionado àquele pelo qual se responsabilizou formalmente.

“Tem o programa do leite, eu nem sei se meu nome está lá, só sei quando foi falado que precisava de nutricionista para colocar no programa do leite” (Amarelo).

"Ah, então, eu fico fazendo a evolução do grupo, eu digito evolução de dados. A pediatra toma conta que eu sei, do resto eu não sei, eu acho que é só ela" (Preto 2).

É certo que o profissional não consegue estar presente em todas as atividades desenvolvidas nos locais de trabalho da RBS e, assim, fica limitado, não conseguindo envolver-se e responsabilizar-se totalmente por todas as atividades que dizem respeito à nutrição.

Entretanto, há uma expectativa de que os outros profissionais reconheçam o nutricionista na equipe e busquem a contribuição da nutrição para programas multidisciplinares e, portanto, reforcem uma tendência a assumir cada vez mais compromissos.

"... o envolvimento existe. Tem o programa, por exemplo, grupo de bebê quem participa é o pediatra, eles falam assim 'vamos falar com a nutricionista para ver se ela não pode dar uma palestra sobre a alimentação, aí a gente acaba participando, tem esse envolvimento' (Preto 1).

6.2.7 Ausência

Esta categoria representa a existência de sentimentos que não foram objetivamente expressos e verbalizados pelos profissionais durante a realização das duas etapas da coleta de dados. A criação dessa categoria busca identificar aspectos que não foram descritos nos resultados por não ter sido falados. Coube ausência de falas nas questões relacionadas à pergunta elaborada para ser discutida no grupo focal – Qual deve ser a essência do trabalho do nutricionista em Saúde Pública? - e na não utilização e mesmo desinteresse em relação à Resolução nº 200/98 do CFN, como documento de apoio.

DISCUSSÃO

Os resultados globais da pesquisa permitiram visualizar como se dá hoje a inserção dos nutricionistas na RBS da Região Metropolitana de Campinas e proceder a uma análise crítica do trabalho desenvolvido por eles.

O trabalho desses nutricionistas pode ser caracterizado como um trabalho pioneiro, uma vez que 10 dos 12 profissionais entrevistados referem ter entrado nas Unidades Básicas de Saúde para iniciar um trabalho novo. Dois deles substituíram nutricionistas que já atuavam na área porém, aqueles desconheciam o trabalho que era desenvolvido e iniciaram de forma autônoma. Portanto, pode-se dizer que todos são pioneiros, pois a partir de uma necessidade sentida pela equipe criaram o seu espaço de atuação. Desenvolvem o trabalho sem supervisão ou apoio, à exceção daqueles que trabalham em serviços especializados.

Não há referenciais que sirvam de parâmetro sobre a relação nutricionista/habitante como uma forma de demonstrar o número mínimo de profissionais necessários para suprir as demandas do município. O que se observou foi uma discrepância muito alta nesta relação, principalmente quando se comparam os municípios entre si. A relação nutricionista/habitante, na região, varia de 1/20.000 a 1/1.000.000, excluídos aqueles que se dedicam exclusivamente a programas específicos, e de 1/500.000 incluindo todos. Dos 12 nutricionistas entrevistados apenas 4 foram contratados diretamente para a Rede Básica de Saúde, pois os demais vieram de outros serviços.

Em Santa Catarina, a atuação do nutricionista ocorre eminentemente no âmbito de instituições públicas, como é demonstrado nos estudos de VASCONCELOS (1991), o que poderia ocorrer também com os outros estados, e principalmente o de São Paulo, já que este é o estado que conta com o maior número de cursos de Nutrição. Para ASSIS et al. (2002), outro campo de atuação do nutricionista seria no Programa de Saúde da Família (PSF) por reconhecer neste programa a "oportunidade para os avanços na conquista da segurança alimentar e nutricional dos brasileiros". Na região estudada, nenhum dos profissionais entrevistados atua no PSF.

“A formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2001). Entretanto, observou-se que a população não tem acesso ao trabalho do nutricionista em 11 municípios.

As dificuldades que os nutricionistas enfrentam iniciam com o modo de inserção, que não é pleno. Isso se deve ao fato de que, na maioria dos municípios desta região, os nutricionistas não foram contratados para atuar exclusivamente na RBS, apenas acumularam funções desempenhando suas atividades concomitantemente às atividades de suas secretarias de origem.

O fato de o profissional ter que atender demandas de outras secretarias da RBS o impossibilita de desempenhar todas as ações desejadas, criar e desenvolver novas estratégias de trabalho visando ao aprimoramento da qualidade de seu serviço. Em razão dessas situações é que o profissional reclama ser “*difícil porque sou uma só*” ou “*meu dia tinha que ter 40 horas*”. A responsabilidade em atender todas as demandas é vivenciada diariamente pelos nutricionistas em seu cotidiano de trabalho e o fato de atuarem em número muito reduzido, dificulta ainda mais o desenvolvimento de suas atividades.

Paradoxalmente foi a contratação por intermédio de outras secretarias que viabilizou a presença do nutricionista no SUS, pois, caso assim não fosse, dificilmente esses profissionais estariam vinculados à Rede Básica de Saúde.

Com relação às ações desenvolvidas, prevalece o atendimento individual para aconselhamento dietético⁶ a pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis. Os usuários chegam ao nutricionista encaminhados pelos médicos. Em razão de uma alta demanda não há disponibilidade de tempo para outras ações, porém não se pode negar o desconhecimento, por parte dos

⁶ Aconselhamento dietético – “abordagem de educação nutricional, que se efetua através do diálogo entre o cliente com sua história de vida, que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar no contexto biopsicossociocultural da pessoa, auxiliando-a a explicitar os conflitos que o permeiam para buscar soluções que permitam integrar esta experiência de criação de novas estratégias de enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana, buscando um estado de harmonia compatível com a saúde.” (RODRIGUES; BOOG, no prelo)

profissionais, das políticas e dos instrumentos normativos que poderiam orientar o trabalho dos nutricionistas no SUS. Essa situação de desconhecimento foi constatada durante o grupo focal no momento em que foi entregue aos participantes a Resolução nº 200/98 do CFN.

Os nutricionistas são profissionais da saúde e possuem também, conforme RAMOS e LIMA (2003), o papel de protagonistas do sistema de saúde. Seu papel não deveria ser o de ajudar os demais profissionais, mas contribuir para a integralidade da assistência. Como diz CECÍLIO (2001): “A integralidade deve ser fruto e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da família (PSF) ou de um hospital”.

Na situação atual, os encaminhamentos são feitos pelos médicos, prática esta que pode vir a ser questionada e transformada ao longo do tempo. Ressalte-se o quanto isso é oneroso à RBS, pois, na verdade, consulta médica/ consulta nutricional caracterizam duplicidade, aumentando custos. Os nutricionistas informaram que as pessoas buscavam o encaminhamento por uma questão burocrática, mas ao chegarem à consulta médica diziam diretamente que estavam ali única e exclusivamente para ser encaminhadas para o nutricionista. A partir do momento em que os nutricionistas se faziam presentes nas equipes de saúde, todas as patologias relacionadas à alimentação eram tratadas por eles, o que sugere independência profissional.

A demanda pelos serviços do profissional torna-se muito alta quando há disponibilidade de oferta. De acordo com os relatos dos nutricionistas, a partir do momento em que a população começou a conhecer o trabalho deles, aumentou a busca por encaminhamento. Com o aumento da demanda surgiram problemas específicos de nutrição que logicamente já existiam mas não recebiam atenção específica. Antes da inserção do profissional na RBS as questões relacionadas a patologias mais freqüentes como obesidade, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia eram tratadas apenas na consulta médica. Em estudo envolvendo médicos e enfermeiros, BOOG (1999b) observou que havia

receptividade, interesse e necessidade social de ações de intervenções na área de nutrição e que estes profissionais apresentavam dificuldades para tratar dos problemas alimentares dos usuários dos serviços de saúde. A solicitação de nutricionistas para desenvolver estas ações, não é lembrada, mas quando o profissional está presente, a demanda é muito grande e há melhora na oferta de serviços. Portanto, se o nutricionista fosse inserido na rede, as ações aconteceriam espontaneamente.

A grande demanda de atendimento é, ao mesmo tempo, um fator facilitador e dificultador. Facilitador porque evidencia uma necessidade sentida pela população e pela própria equipe, uma vez que, nesses espaços, todo o atendimento é realizado mediante encaminhamento médico. Perante a falta de instrumentos legais que respaldem a alocação dos nutricionistas nas UBS, a alta demanda torna-se fator favorável, porque evidencia a necessidade. Em contrapartida é dificultadora porque impede a realização de outras atividades, chegando a implicar questões éticas quando os nutricionistas assumem responsabilidade técnica por serviços com os quais ficam, na verdade, pouco envolvidos, em razão do acúmulo de tarefas, às vezes em locais diferentes.

Um dos requisitos fundamentais para o pesquisador, quando se propõe a desenvolver uma pesquisa qualitativa, é conhecer os princípios éticos e aplicá-los em seu estudo, pois ele tem acesso às falas e ao pensamento dos entrevistados. Surgiram assim dúvidas e conflitos de ordem ética sobre a adequação de expor algumas questões. Uma que se apresentou particularmente difícil foi aquela relativa ao questionamento sobre a real possibilidade de responsabilizar-se técnica e eticamente por diferentes atividades. O sentido da profissão do nutricionista é ele corresponder às expectativas socialmente convencionadas pela responsabilidade técnica e ética das atividades. Pode se dar o caso em que a sobrecarga de atividades o impeça de assumir plenamente a responsabilidade que lhe compete. As falas revelam que existem fatores que dificultam a sua presença e, assim, a possibilidade de responder por todas as atividades.

Nem sempre o envolvimento ético integral depende da vontade do profissional, pois as próprias contradições do sistema podem criar empecilhos a esse comprometimento. Por exemplo, o fato de haver poucos profissionais para atender a demanda faz com que o nutricionista se veja impedido de assumir todas as responsabilidades que lhe caberiam, ou, pelo menos, de assumi-las plenamente e, por isso, eticamente.

A sobrecarga de atividades procede de várias causas, entre elas o fato de o profissional possuir acúmulo de funções em outras secretarias. Nas entrevistas individuais alguns nutricionistas reclamaram sobre a demanda de atividades, porém não verbalizaram a necessidade de se aumentar o número de profissionais para atuarem junto com eles na RBS. Durante o trabalho em campo, mas em momento diverso da entrevista, um profissional disse não sentir a necessidade de outros nutricionistas, pois segundo ele sua presença era suficiente.

Com base nesse relato, observa-se também que um dos fatores dificultadores da inserção do profissional na RBS é a falta de visão corporativa. É impossível que apenas um profissional realize um trabalho que supra todas as necessidades da população e esse tipo de resposta sugere uma certa visão competitiva no seio da própria categoria. Os resultados apontam para a necessidade de mais nutricionistas na RBS, mas esse fato não foi mencionado claramente pelos entrevistados, nem a falta de mais profissionais é indicada como obstáculo a um melhor atendimento. Isso condiz com a observação de VASCONCELOS (1990) que se referiu à falta de união dos profissionais ao não buscarem abrir mais oportunidades de trabalho a seus colegas.

Somente no grupo focal os profissionais explicitaram claramente o excesso da carga horária, reclamaram do salário muito baixo, de não possuir nenhum tipo de benefício e sobre o excesso da demanda. Compararam a nutrição a outras categorias profissionais da área da saúde, afirmando que estavam em um patamar mais baixo. O fato de ser um grupo com perfis diferentes fez com que os

profissionais que participaram do grupo focal se sentissem mais seguros em relatar os problemas vivenciados por eles.

Pode-se dizer que os profissionais percebem que o seu papel não se esgota na assistência, mas eles parecem desconhecer outro modo tecnológico de intervenção. Como diz PAIM (2003): “Interessa discutir, enfim, como combinar, da forma mais adequada possível, os meios técnico-científicos existentes para promover a saúde, entendida como qualidade de vida, e resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos (proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas e das coletividades)”.

Quando se refere à promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, “as ações dirigidas à adoção de práticas alimentares saudáveis devem integrar todas as medidas decorrentes das diretrizes definidas na PNAN. Além das iniciativas inerentes a cada medida específica que vier a ser adotada, atenção especial deverá ser dada ao desenvolvimento do processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas” (BRASIL, 2003b).

O papel do nutricionista, bem como o dos demais profissionais da RBS, deveria estar voltado também para a *Promoção da Saúde*. O conceito de “*Promoção da Saúde*” contempla o fator alimentação (BUSS, 2003) e uma política de segurança alimentar bem estruturada, pode contribuir para a promoção da saúde. Neste aspecto BOOG (2004) analisa a possibilidade da contribuição da educação nutricional à construção da segurança alimentar referindo-a como:

Um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando o acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social (BOOG, 2004, p. 18)

A pesquisa revelou que a *Promoção da Saúde* é visualizada pelos entrevistados na educação em saúde e, segundo eles, “*hoje é impossível você falar de nutrição apenas, tem que falar de qualidade de vida, estilo de vida,*

envolve muita coisa. Não é somente alimentação". Entretanto não existem ações específicas no âmbito da nutrição a não ser que sejam desencadeadas pela presença de nutricionistas na unidade de saúde, o que confirma o que BOOG (1996) observou na primeira metade dos anos noventa. LIMA et al. (2000), apoiando-se em outros autores, observam que o profissional de saúde "ocupa o papel de facilitador do processo de aprendizagem em que os sujeitos assumem a educação em saúde como o conceito de Promoção da Saúde". Em contrapartida, BOOG (1997), aponta a escassez de produções acadêmicas e documentos sobre programas e atividades de educação nutricional no Brasil, principalmente sobre ações nos serviços de saúde pública. A educação nutricional não é ainda uma prática desenvolvida nesses serviços, mas a situação verificada nesta pesquisa, somada ao interesse atual pela questão da alimentação, permite sugerir que práticas de educação nutricional teriam repercussões positivas nesses locais.

Apesar das muitas referências à educação, observa-se que para alguns profissionais a orientação sobre a dieta contempla plenamente a educação, o que indica uma visão parcial da questão. Há também uma interpretação de que no atendimento individual se faz "clínica" e educação se faz com grupos. Segundo BOOG (1996), a orientação tem um sentido mais direto, imediato e prático que a educação. Educar é formar integralmente, levando em conta a história de vida, as particularidades do indivíduo, a pertinência do contexto. A educação enfatiza os aspectos de relacionamento profissional/paciente e a dialogicidade, ao passo que a orientação enfatiza a prescrição dietética. Há consciência de que a Saúde Pública constitui um espaço importante para a educação nutricional, mas a visão que os profissionais têm sobre ela é ainda restrita.

Para eles atividade grupal é sempre uma palestra informativa. Não se percebe, nos depoimentos, indicativos de uma compreensão mais abrangente do potencial do trabalho em grupo. Segundo RODRIGUES (2003), "é fundamental considerar também o recurso estratégico oferecido pela atividade grupal que, permitindo a interação de uns com os outros, possibilita identificação de atitudes e sentimentos que ampliam a compreensão sobre os problemas vivenciados, e

serve de estímulo e suporte às mudanças de comportamento”. O grupo tende a mudar as relações dos sujeitos consigo mesmos e com os outros, desde que se compartilhe algo e que o grupo “não dizime as necessidades individuais ou descaracterize as singularidades que o constituem” (ZANELLA e PEREIRA, 2001). Vale ressaltar que é no contexto grupal que se expressam os valores e crenças da sociedade e dos indivíduos, sendo, por isso, um recurso importante para a educação problematizadora desde que a participação não se reduza a dar ou ouvir palestras. Como diz o educador Paulo FREIRE (1983), “o diálogo, como encontro dos homens para a ‘pronúncia’ do mundo, é uma condição fundamental para sua real humanização”.

Na visão dos nutricionistas o trabalho é desenvolvido em equipe, e isso é percebido por eles de forma positiva. É provável, contudo, que haja um entendimento equivocado por parte dos profissionais a respeito das possibilidades do trabalho em equipe. Quando o profissional diz ser importante o trabalho desenvolvido em equipe e ao mesmo tempo diz que “*eu não tenho muito contato com eles*”, há uma contradição nesta fala entre dizer que se trabalha em equipe e ao mesmo tempo declarar uma falta de contato e de intermediação profissional com os médicos. Para BOOG (1996), o trabalho em equipe “faz emergir conflitos decorrentes de diferentes visões dos profissionais envolvidos, o que é altamente produtivo pois permite trabalhar os assuntos dialeticamente”. Para CARVALHO (2004), não cabe uma visão reducionista que idealiza o trabalho de alguns profissionais, subestimando o papel desempenhado por aqueles que prestam assistência clínica ao usuário, entendendo este espaço como uma possibilidade de realização do *empowerment*.

Para MARCOLINO (2004), “o trabalho em equipe é uma possibilidade de recomposição dos vários trabalhos dos profissionais da área da saúde na busca de eficiência e efetividade na sua execução, com a finalidade de atender às necessidades de saúde dos usuários”. A partir desta idéia se observa que os profissionais ainda não contextualizam as filosofias de trabalho, mas apenas introduzem as particularidades de cada área. Essas idéias podem ainda ser

causadoras de interpretações equivocadas sobre o trabalho em equipe e descaracteriza a idéia da interdisciplinaridade, que para SOARES E BOOG (2003), “é um desafio imposto nos dias de hoje aos profissionais de saúde que, apesar de reconhecerem os limites do conhecimento de cada área, encontram barreiras ao trabalho conjunto por razões de ordem histórica, social e profissional” ou seja, é a busca da totalidade harmônica das diferentes especialidades. Como dizem as autoras citadas, “é necessário contemplá-la no ensino desse profissional pois ela não ocorrerá espontaneamente”.

A prática profissional dos nutricionistas deve também ser analisada mediante as condições de trabalho desse grupo. BOSI (2000) diz que quando o trabalho não oprime nem aliena, ou seja, quando realiza o desejo e as potencialidades do trabalhador, constitui uma dimensão de interioridade da vida e é um dos caminhos que levam à sua plena realização, à sua felicidade. Entre as questões abordadas e polemizadas durante o grupo focal destaca-se a remuneração salarial: “*O salário não compensa, é muito baixo*”. Todos os profissionais reclamaram dessa situação demonstrando notória insatisfação, até mesmo maior que a decorrente da sobrecarga de atividades. Na maioria dos casos a carga horária de trabalho era de oito horas diárias, totalizando 40 horas semanais. Torna-se inviável ao profissional possuir mais de um emprego, pois este não encontra tempo para desenvolver outras atividades que possam suprir, financeiramente, suas necessidades.

Foi observada nas falas dos profissionais uma grande insatisfação com relação ao salário. Segundo o estudo de VASCONCELOS (1991), a média salarial em Florianópolis era de 10,5 salários mínimos e, tendo esses dados como referencial, o autor demonstrou que 65% dos profissionais estavam abaixo dessa média. Na RMC, dos 12 profissionais entrevistados apenas 3 recebem mais que 10 salários mínimos e 9 recebem entre 5 e 10.

Entre esses fatores surgiu ainda uma declaração sobre o fato de a nutrição ser uma profissão, em sua maioria, feminina, o que poderia explicar a baixa remuneração salarial. ANDRADE e LIMA (2003) cita Santos por referir-se ao

primeiro boletim da Associação Brasileira de Nutrição (ABN) de agosto de 1959, que apontava os cursos de nutrição como bons campos de formação de conhecimentos científicos e técnicos e de grande utilidade, principalmente para a mulher, pois além de adotar o cuidado com a saúde da família e o controle da economia doméstica, esta profissão enquadrava-se dentro de outros aspectos, em uma dilatação de atribuições domésticas. Outras autoras citadas por ANDRADE e LIMA (2003), como Rotemberg e Prado, que, em 1991, se propuseram a resgatar a história de vida de nutricionistas mulheres na escolha pelo curso, utilização de conhecimentos adquiridos na graduação e perspectivas para o exercício da profissão, observaram que o grupo pesquisado referiu pouco a questão da remuneração salarial e que a idéia marcante para aqueles nutricionistas foi no plano subjetivo sobre o “trabalhar muito”, para se melhorar como pessoa e melhorar o mundo.

Segundo BOSI (1996) a inserção da mulher no mercado de trabalho ocorreu tardiamente e em posição inferior à ocupada pelo homem e ela continua marginalizada no mercado. Como reflexo dessa situação de marginalização, tem-se a questão salarial e também o *status* e o prestígio profissionais. Assim, carreiras majoritárias ou exclusivamente femininas possuem desvantagens com relação à profissionalização. Para ANDRADE e LIMA (2003) esses resultados da pesquisa de Rotemberg e Prado parecem expressar uma visão feminina sobre o trabalho, podendo indicar também que o profissional considera seu salário como complemento da renda familiar e, não como real valor do trabalho realizado e projeção profissional.

Os sentimentos de satisfação e insatisfação descritos pelos profissionais demonstram que “as cargas psíquicas, expressas no sentimento de ansiedade e de insatisfação/ frustração são sentimentos que decorrem basicamente de uma vivência de descontinuidade do trabalho e da própria natureza dos problemas desta área, que não são apenas “problemas técnicos”, mas além do que isso, problemas sócio-histórico” (BOSI, 2000).

São vários os fatores dificultadores para a atuação dos nutricionistas na RBS: vínculo concomitante com outros serviços; falta de conhecimentos - não a todos mas a alguns dos profissionais - sobre os princípios do SUS e sobre documentos normativos da profissão que poderiam ser tomados como parâmetros para as ações no SUS; visão muito superficial e pouco alicerçada teoricamente sobre o significado da educação em saúde, da educação nutricional e, principalmente das peculiaridades que envolvem o trabalho com grupos; necessidade de comprovar competência para ser reconhecida a necessidade do nutricionista, ante o fato de este ser percebido como “*artigo de luxo em Saúde Pública*”; baixo salário; precárias condições de trabalho. Aparentemente, os outros profissionais e o público não estariam enxergando a necessidade do atendimento especializado em alimentação e nutrição, que soaria como supérfluo. Para BOOG (1996), “a percepção que a sociedade tem de um profissional acaba por fazer com que ele se adapte a uma determinada ordem institucional vigente que não condiz com sua formação”. Isso poderia talvez explicar por que o profissional, apesar de ter uma demanda tão grande de atividades, não procura reivindicar a contratação de mais nutricionistas. Como uma forma de reverter essa situação a autora lembra o potencial das experiências dos cursos de graduação e a influência exercida pelas faculdades, para criar alternativas de trabalho diferentes daquelas já instituídas na sociedade.

Uma questão observada ao término da análise, foi com relação à pergunta inicialmente sugerida ao grupo sobre “*a essência do trabalho do nutricionista na Saúde Pública*” entregue junto a um dos documentos da profissão, a Resolução nº 200/98, com o intuito de nortear esse questionamento. Esta pergunta não foi respondida objetivamente, mas pode-se dizer que foi desencadeadora dos temas abordados, das situações conflitantes e angustiantes para os nutricionistas que desempenhavam suas atividades na RBS, já designados em trabalhos científicos de “nutricionistas sociais” (BOSI, 2000). Essa situação que envolveu a pergunta, como um questionamento da pesquisadora mas que contrapôs com o anseio por meio da demanda do grupo, foi demonstrada nos estudos de Bosi, quando a autora tenta resgatar o significado do trabalho

humano “partindo do pressuposto de que a polissemia de um conceito expressa um processo que não se desenvolve no abstrato mas exprime a realidade concreta”.

Porém, não se pode dizer que o fato do grupo ter se desviado essa pergunta tenha caracterizado um aspecto negativo nesta pesquisa, pois há trabalhos, como o da autora citada anteriormente, que mostram aspectos com subjetividade dos grupos em relação às cargas e sofrimentos presentes, como resposta do processo de trabalho. Para BOSI (2000), “o processo de trabalho, processo pelo qual o homem molda a natureza que lhe é exterior, pode ser definido, em sua dimensão técnica, como o processo pelo qual um dado objeto é transformado em um produto com valor de uso, ou seja, que visa a satisfação de necessidades humanas experimentadas pelo conjunto da população”.

Indiretamente, todos esses questionamentos e as situações expostas pelo grupo, demonstravam a realidade que cada profissional vivenciava em seu cotidiano. Tal fato fez também com que a pesquisadora se envolvesse com essa situação sem reconduzi-los ao tema central daquela reunião.

Em relação à contribuição dos cursos de nutrição na oferta de serviços, constatou-se que nesta região somente o município de Campinas mantém vínculo com a universidade, sendo três centros de saúde conveniados com a PUC-Campinas e dois com a Unip. O número de pessoas atendidas nesses locais é muito grande, o que mais uma vez comprova o quanto é grande a demanda pelos serviços de nutrição e a importância e o valor que a população atribui a estes quando conhece a existência desses serviços na RBS.

Não cabe aqui avaliar, tecnicamente, a contribuição dos cursos na formação e qualificação dos profissionais que atuam em RBS, pois esse aspecto não era objetivo da pesquisa e exigiria outras estratégias e questionamentos.

Nesta questão, observou-se uma contradição sobre a contribuição da universidade com relação à inserção do profissional, pois, embora as universidades abram o espaço para o aluno de Nutrição realizar seus estágios e

conhecer a realidade da prática do profissional na RBS, até o momento elas não atingiram o objetivo maior de inserir o profissional no SUS, como preconizam as diretrizes do Ministério da Educação.

Alguns entrevistados mencionaram que recebem estagiários de outros cursos e consideram essa interação produtiva. Para FONTES et al. (2003), “os currículos dos cursos das ciências da saúde na maioria das vezes não oferecem, nas suas práticas pedagógicas, a visão do todo, do conjunto de fatores que envolvem a saúde e também não favorecem o diálogo entre os diferentes saberes. Não existe integração entre os cursos que abordam a mesma saúde humana, dificultando, assim, tanto a perspectiva de conjunto que beneficia a aprendizagem quanto a superação do cientificismo acadêmico”. Talvez o SUS da RMC pudesse se beneficiar mais do trabalho das universidades caso o estágio não ficasse restrito a um número tão pequeno de centros de saúde.

O SUS é regido por princípios que norteiam a atuação dos profissionais, os quais devem ser bem compreendidos para ser aplicados dentro das possibilidades e da realidade de cada município. Contudo, no grupo focal revelou-se uma contradição entre a fala de um profissional e a compreensão destes princípios. O SUS daquele município possui boa estrutura organizacional, física e, principalmente, política, além de ser composto por uma equipe diversificada de profissionais da área da saúde. Um profissional considerou a assistência prestada à população até excessiva, na medida em que a população possuía recursos suficientes e poderia até dispensar a assistência pública. Mas o ideal é que o SUS possua condições dignas e profissionais especializados para atender todas ou, ao menos, grande parte das demandas do local, independentemente do nível sócio-econômico dos habitantes.

Em 1981, Ypiranga, discutindo a formação do nutricionista, dizia que na evolução da formação do nutricionista há uma passagem do enfoque individualista para o coletivo, mas que a mudança se restringia ao discurso teórico, porque percebe-se que, na prática, os aspectos relacionados à interpretação do social e sua integração ao biológico, não são articulados com a profundidade necessária

para fazer do nutricionista um profissional social. Passar do ideal à realidade pressupõe atuação mais consistente na política de saúde para aplicar na prática o que já está formulado na PNAN desde 1999 (BRASIL, 2003b).

Para os nutricionistas, um fator fortemente facilitador para o exercício do trabalho na RBS é a satisfação pelo fato de sentirem-se profissionais da saúde. O reconhecimento dos usuários com relação à relevância do seu trabalho, o prestígio de que gozam, na percepção dos entrevistados, maior que aquele que têm os nutricionistas que trabalham em unidades de alimentação e nutrição, quer sejam de hospitais ou empresas, fazem crescer a auto-estima desse grupo que atua nas UBS. O trabalho de MARTINEZ et al. (2004) traduz a questão da satisfação no trabalho como “um fenômeno complexo e de difícil definição por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa”. Esta oscilação e variação do estado de satisfação podem ser explicadas pelas influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho. Isso pode ser constatado nesta pesquisa, pelo fato de que, diante de tantas adversidades, os profissionais gostam do que fazem porque essa atuação lhes confere um certo *status*.

Em 1996, BOOG referiu que o papel do nutricionista nos serviços de saúde ainda permanecia indefinido porque sua atuação não estava institucionalizada. Oito anos após, a inexistência de nutricionistas na RBS de 11 municípios de uma das regiões mais ricas do país, uma relação nutricionista/habitante muito baixa nos municípios em que existe o profissional na rede, uma implementação ainda titubeante da Política Nacional de Alimentação e Nutrição configuram uma situação adversa para a efetivação do objetivo de formar os nutricionistas como profissionais de saúde para atuarem no SUS, conforme preconiza o Ministério da Educação.

1. Constatou-se a baixa inserção do nutricionista na Região Metropolitana de Campinas, pois menos da metade dos municípios desta região conta com profissionais na RBS.
2. As formas de inserção do profissional são as mais variadas e ele reporta-se a secretarias diversas. Nos casos em que se observou essa situação, ele tende a acumular funções, sobrecarregando-se. Em função dessa sobrecarga de atividades, torna-se impossível para o profissional desenvolver plenamente suas atividades na RBS.
3. A demanda pelo trabalho dos nutricionistas é muito grande. A partir do momento em que ele se insere na RBS, a busca pela “consulta com a nutrição” torna-se visivelmente alta.
4. Nas ações desenvolvidas pelos nutricionistas, observou-se o predomínio das atividades assistenciais.
5. Os nutricionistas não possuem uma referência profissional na Rede Básica de Saúde, e ressentem-se com a falta de um sistema que os retroalimente no desenvolvimento de suas atividades.
6. Há, por parte de alguns nutricionistas, a desvalorização dos instrumentos legais que respaldem o exercício da profissão, como por exemplo a Resolução nº 200/98 do CFN, sobre as áreas de atuação do profissional e as atribuições em cada uma delas, bem como desconhecimento dos princípios do SUS e da existência de uma PNAN.
7. Entre os fatores facilitadores para a atuação do nutricionista na RBS, destacam-se o reconhecimento, por parte dos demais profissionais da equipe e pelos usuários, da importância da presença do nutricionista quando ele está inserido nas equipes de saúde e a preferência desse profissional em atuar e desenvolver as atividades na RBS. Em contrapartida, más condições de trabalho, salários baixos e excesso de atividades geram imenso descontentamento e a insatisfação pelo trabalho na RBS.

8. Os profissionais ainda não articulam o significado da educação em saúde com os elementos da *Promoção da Saúde*, em função de uma visão na qual prevalecem as atividades assistenciais.
9. O trabalho desses nutricionistas pode ser caracterizado como pioneiro, pois a maioria implantou as atividades relacionadas com a nutrição nas Unidades Básicas de Saúde para iniciar um trabalho novo.
10. Os profissionais mantêm um excelente vínculo com os usuários da RBS e seu trabalho torna-se mais gratificante e produtivo em função desse retorno por parte da população.
11. Cabe às universidades e às instituições profissionais promoverem iniciativas de ensino e atualização nessa área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Geralmente, quando um profissional se propõe a realizar uma pesquisa, a intenção deste é buscar uma resposta às próprias inquietações, por vivenciá-las ou tê-las vivenciado em um outro momento da vida profissional. Porém, no meu caso foi diferente. Meu contato com os profissionais que atuam em serviços públicos de saúde restringiu-se somente ao período de estágio durante a graduação, ou seja, não tinha qualquer tipo de experiência nessa área que justificasse o meu interesse pelo tema abordado nesta pesquisa. Mas a questão foi exatamente esta: a partir desse pouco contato é que o meu interesse foi despertado para saber as razões pelas quais o nutricionista não atua no SUS desta região.

Cabe aqui dizer que já no início da coleta de dados, além da dificuldade que tive para encontrar os profissionais na RBS, foi difícil compreender que o profissional que atuava na RBS na verdade provinha de outros serviços, pois os caminhos trilhados para chegar até a RBS eram os mais diversos.

Um fator inicialmente estimulante para a elaboração desta pesquisa foi perceber o quanto os meus colegas de profissão, ao terem conhecimento do trabalho que eu estava desenvolvendo, foram receptivos em me receber e se disponibilizaram a participar com interesse, sem constrangimento pelo fato de que seu trabalho estaria sendo exposto.

A realização deste trabalho não foi importante só para mim, que pude conhecer a realidade desses profissionais, mas o foi também para eles, que tiveram um espaço para poder exteriorizar e compartilhar dificuldades. Faço esta observação porque percebi, na maioria dos profissionais, uma ansiedade em expor seu trabalho, e talvez, a expectativa de um caminho para o compartilhamento e a superação das dificuldades.

Cabe também dizer que avaliar e criticar uma atividade profissional em sua amplitude é muito fácil, mas vivenciá-la é muito difícil. Não se trata de tecer críticas a respeito da competência de um profissional, mas de conhecer e, sobretudo, compreender a realidade na qual ele vive.

As questões legais serviram, neste trabalho, para ressaltar que a atuação do profissional poderia estar mais apoiada no âmbito jurídico, como forma de respaldo e defesa do seu espaço de trabalho. É preciso não apenas observar a forte relação que existe entre a Nutrição e o Direito, mas também explorar um campo que até o momento não é percebido como relevante dentro da profissão.

Este trabalho confirmou para mim, como estudante do curso de Direito, algo que, de alguma forma, já podia perceber, pois serviu para esclarecer ainda mais como estes campos do saber estão fortemente entrelaçados. Foi possível notar que a categoria possui respaldo do âmbito jurídico, tanto para a elaboração das políticas públicas de saúde, como a PNAN, quanto também pela legislação da profissão, as portarias e as resoluções, como a Resolução nº 200/98 do CFN.

Vale ressaltar que os objetivos da pesquisa foram alcançados nos seus resultados, mas o trabalho não termina neste ponto. Seu objetivo geral é mais amplo, pois consiste em despertar na categoria profissional a necessidade de posicionar-se diante de uma situação que não atribui ao nutricionista o seu verdadeiro valor, tampouco reserva espaço para desenvolver o trabalho que lhe está designado nas diretrizes de ensino do país.

Espero que, de alguma forma, este trabalho possa contribuir no âmbito do ensino e possa estimular os profissionais que timidamente ainda buscam o seu efetivo espaço no SUS a refletirem sobre sua importância e também a envidarem esforços para o aprimoramento do seu trabalho e a expansão do campo de atuação para os novos profissionais. Espero ainda que ele possa retroalimentar o delineamento das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L. P.; LIMA, E. S. A formação e a prática do nutricionista: o gênero nas entrelinhas. **Rev. Soc. Brás. Alim. Nutr.**, 26: 109-126, 2003.
- ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 11(1): 49-58, 2003.
- ARRUDA, B. K. G. O nutricionista na equipe de saúde. **Revista IMIP**, 5(1): 58-62, 1991.
- ASSIS, A. M. O.; SANTOS, S. M. C.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, J. M.; SILVA, M. C. M. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev Nutr**, 15(3): 255-66, 2002.
- BARATA, L.R.B.; TANAKA; O. Y.; MENDES, J. D. V. 15 anos do SUS: desafios e perspectivas. **Saúde Rev.**, 5(11): 7-14, 2003.
- BELIK, W.; GROSSI, M., D. O programa fome zero no contexto das políticas sociais no Brasil. **Cadernos de Debate**, 10: 1-24, 2003.
- BOOG, M. F.; RODRIGUES, K. R. M.; SILVA, S. M. F. Situação profissional dos nutricionistas egressos da Puccamp I. Áreas de atuação, estabilidade, abandono da profissão, desemprego. **Rev. Nutr PUCAMP**, 1(2): 139-52, 1988.
- BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde: busca de espaço para ação efetiva.** São Paulo, 1996. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).
- BOOG, M. C. F. Educação nutricional: passado, presente, futuro. **Rev. Nutr PUCAMP**, 10(1): 5-19, 1997.
- BOOG, M. C. F. Considerações sobre o ensino de nutrição nos cursos superiores da área da saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, 7(1): 23-30, 1999a.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad Saúde Pública**, 15 supl.(2): 139-147 1999b.

BOOG, M. C. F Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde Rev**, 6(13): 17-23, 2004.

BOSI, M. L. M. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996. 205p.

BOSI, M. L. M Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Rev. Nutr PUCAMP**, 13(2): 71-148, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília, DF, 1996. 43p.

BRASIL. Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**, Brasília. 2001. 30p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. 29. ed . atual. e ampl. São Paulo: Ed. Saraiva, 2002a. Coleção Saraiva de legislação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/ottawa.htm>. Acesso em: 12 abr. 2002b.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução nº 200/1998**. Disponível em <http://www.cfn.org.br>. Acesso em: 25 nov. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2003b. 48p.

BRASIL. **Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome**, 2003c.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-77, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.); FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, S. H. **Subsídios para o ensino de nutrição em enfermagem: uma experiência usando a técnica do grupo focal**. Campinas, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção à saúde. **Cad Saúde Pública**, 20.(4):1088-1095, 2004.

CECÍLIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, IMS-UERJ, 2001. p.113-26.

COLLET, N.; WETZEL, C. Hermenêutica dialética: um caminho na investigação em enfermagem. **R Gaúcha Enferm**, 17(1): 5-11, 1996.

COSTA, N. M. S. C. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Rev Nutr**, 12(1): 5-19, 1999.

CUNHA, E. P.; CUNHA, E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A. (Org.); SALLES, F. (Org.); GUIMARÃES, M. (Org.); UDE, W. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; Proex, 2002. p.11-25.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.); FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

FERNANDES, A. C. A.; BRANDÃO, C. A.; CANO, W. A Região Metropolitana de Campinas - análise integrada. In: CANO, W. (Coord.); BRANDÃO, C. A. (Coord.).

A Região Metropolitana de Campinas: urbanização, economia, finanças e meio ambiente. Campinas: Ed. Da Unicamp, 2002. p.399-472, v. 2.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 218p.

FONTES, O. L.; MOTTA, D. G.; MONTEIRO, M. I. B.; ZUCCOLOTTO, D. G.; SILVA, R. C.; MORGAN, D. et al. Formando recursos humanos para o SUS: relato de uma experiência interdisciplinar. **Saúde Rev**, 5(11): 21-8, 2003.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Política de saúde: o público e o privado. In: eibenschutz, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: . Fiocruz, 1996. 350p.

HAGUETTE, T. M. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 224p.

LEOPARDI et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001, 334p.

LIMA, R. T.; BARROS, J. C.; MELO, M. R. A.; SOUSA, M. G. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev Nutr**, 13(1): 29-36, 2000.

MARCOLINO, C. Planejamento familiar e laqueadura tubária: análise do trabalho de uma equipe de saúde. **Cad Saúde Pública**, 20(3): 1-13, 2004.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Rev Saúde Pública**, 38(1): 55-61, 2004.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. p 228.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. JC Mezomo, 1995. 301p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.); FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-173.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 19(1): 27-34, 2003.

RODRIGUES, E. M. R.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev de Nutr.** 18(1): 2005 (Prelo).

RODRIGUES, E. M. R. **Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional**: uma experiência com adolescentes obesos. Campinas, 2003. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

SANTOS, F^o. J. C. (Org.), GAMBOA, S. S. (Org.). **Pesquisa educacional**: quantidade-qualidade. São Paulo: Cortez, 1995. Coleção Questões da nossa época, v. 42. 110p.

SILVA, D., S., RECINE, G., QUEIROZ, E., F., O, Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 18(5): 1367- 77 2002.

SOARES, F. P. T. P.; BOOG, M. F. Interdisciplinaridade no cuidado nutricional: visão de cirurgiões e perspectivas para o ensino. **Saúde Rev**, 5(9): 21-7, 2003

TURATO, E. Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. In: TURATO, E. **Tratado da metodologia**

da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p.437-520.

VALENTE, F. L. F. **Direito humano à alimentação:** desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. Delimitação da prática profissional do nutricionista em saúde coletiva: subsídios para uma discussão e elaboração de uma proposta de trabalho. **A&N**, 10(47):25-32, 1990.

VASCONCELOS, F. A. G. Um perfil do nutricionista em Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Ciência Saúde**, 10(1 e 2): 73-86, 1991.

VASCONCELOS, F. A. G. Origem e conformação do campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco: uma análise histórico-cultural. **Rev. Nutr**, 14(suplemento): 13-26, 2001.

VASCÔNCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutr**, 15(2): 127-138, 2002.

YPIRANGA, L.; GIL, M. F. **Formação profissional do nutricionista:** por que mudar?. In: SEMINÁRIO SOBRE A FORMAÇÃO EM NUTRIÇÃO NO BRASIL: ÊNFASE NA GRADUAÇÃO. Salvador, agosto, 1987.

YPIRANGA, L Formação profissional do nutricionista. **A&N**, 58-60, set., 1981.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim Oficina Sanitária Panamericana**, 6(120): 472-482, 1996.

ZANELLA, A. V.; PREREIRA, R. S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Estudos de Psicologia**, 6(1): 105-114, 2001.



ANEXOS

ANEXO 1
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

ANEXO 2
RESOLUÇÃO CFN N.º 200/98(*)

**DISPÕE SOBRE O CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE DEFINIÇÃO DE
ATRIBUIÇÕES PRINCIPAL E ESPECÍFICAS DOS NUTRICIONISTAS,
CONFORME ÁREA DE ATUAÇÃO**

O Conselho Federal de Nutricionistas no uso das atribuições que lhe conferem a Lei n.º 6.583, de 20 de outubro de 1978, o Decreto n.º 84.444, de 30 de janeiro de 1980, e ainda, à vista da Lei n.º 8.234, de 17 de setembro de 1991.

RESOLVE:

ART. 1º - Aprovar e determinar o cumprimento das normas de Definição de Atribuições Principal e Específicas dos Nutricionistas, conforme área de atuação, constantes no documento anexo a esta Resolução.

ART. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de março de 1998.

CARMEN LÚCIA DE A. CALADO
Presidente do CFN
CRN-6/006

JOSELINA MARTINS SANTOS
Secretária do CFN
CRN-5/0439

(*) Republicada por incorreção do original no DOU de 20/03/98, Seção I, Página 184.

INTEGRANTE DA RESOLUÇÃO CFN N.º 200/98, DE 08/03/98

Projeto 1 – Definição de atribuições principal e específicas dos nutricionistas, conforme área de atuação

ÁREAS DE ATUAÇÃO

I- Alimentação Coletiva

1. Unidades de Alimentação e Nutrição – UAN
2. Creches e Escolas
3. Restaurantes Comerciais
4. Refeições-convênio
5. Empresas de Comércio de Cesta-Básica

II- Nutrição Clínica

6. Hospitais e Clínicas
7. Ambulatórios
8. Consultórios
9. Bancos de Leite Humano
10. Lactários
11. "Spas"

III- Saúde Coletiva

12. Programas Institucionais
13. Unidades Primárias em Saúde
14. Vigilância Sanitária

IV- Ensino

15. Docência, Extensão, Pesquisa e Supervisão de Estágio
16. Coordenação

V- Outras

17. Indústrias de Alimentos
18. Esportes

ATRIBUIÇÕES PRINCIPAL E ESPECÍFICAS DO NUTRICIONISTA

I- ÁREA DE ALIMENTAÇÃO COLETIVA

A. Fundamento Legal

Incisos II,VI e VII do Artigo 3º; Incisos II, IV, IX e X e Parágrafo Único do Artigo 4º da Lei n.º 8.234/91.

B. Atribuição Principal

Planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de Unidades de Alimentação e Nutrição.

C. Atribuições Específicas por Local de Trabalho

1- Em UAN: Restaurantes Industriais, Hospitais, Produção de Congelados, Refeições Transportadas e Catering

1. Participar do planejamento e gestão dos recursos econômico-financeiros da UAN.
2. Participar do planejamento, implantação e execução de projetos de estrutura física da UAN.
3. Planejar e executar a adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios, de acordo com avanço tecnológico.
4. Planejar, coordenar e supervisionar a seleção, compra e manutenção de veículos para transporte de alimentos, equipamentos e utensílios.
5. Planejar cardápios de acordo com as necessidades de sua clientela.
6. Planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção, compra e armazenamento de alimentos.
7. Coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias.
8. Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações culinárias.
9. Avaliar tecnicamente preparações culinárias.
10. Desenvolver manuais técnicos, rotinas de trabalho e receitas.
11. Efetuar controle periódico do resto-ingestão.
12. Planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de higienização de ambientes, veículos de transporte de alimentos, equipamentos e utensílios.
13. Estabelecer e implantar formas e métodos de controle de qualidade de alimentos, de acordo com a legislação vigente.
14. Participar do recrutamento e seleção de recursos humanos.
15. Coordenar, supervisionar e executar programas de treinamento e reciclagem de recursos humanos.
16. Integrar a equipe de atenção à saúde ocupacional.
17. Participar dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

18. Coordenar, supervisionar e executar as atividades referentes a informações nutricionais e técnicas de atendimento direto aos clientes.
19. Promover programas de educação alimentar para clientes.
20. Detectar e encaminhar ao hierárquico superior e autoridade competente, relatórios sobre condições da UAN impeditivas da boa prática profissional e/ou que coloquem em risco a saúde humana.
21. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
22. Desenvolver pesquisas e estudos relacionados à sua área de atuação.
23. Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
24. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

2- Em Creches e Escolas

1. Promover avaliação nutricional e do consumo alimentar das crianças.
2. Promover adequação alimentar considerando necessidades específicas da faixa etária atendida.
3. Promover, programas de educação alimentar e nutricional, visando crianças, pais, professores, funcionários e diretoria.
4. Executar atendimento individualizado de pais de alunos, orientando sobre alimentação da criança e da família.
5. Integrar a equipe multidisciplinar com participação plena na atenção prestada à clientela.
6. Planejar, implantar e coordenar a UAN de acordo com as atribuições estabelecidas para a Área de Alimentação Coletiva (itens 1.1 a 1.24).

3- Em Restaurantes Comerciais, Hotéis e Similares

1. Promover programas de educação alimentar para consumidores/clientes.
2. Planejar e executar eventos visando a conscientização dos empresários da área quanto ao seu papel na saúde coletiva.
3. Participar de equipes multidisciplinares de controle de qualidade.
4. Coordenar e ordenar a visitação de clientes às áreas da UAN.
5. Planejar, implantar e coordenar a UAN de acordo com as atribuições estabelecidas para a Área de Alimentação Coletiva (itens 1.1 a 1.24).

4- Em Empresas de Refeição-Convênio

1. Cumprir e fazer cumprir a legislação do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT.
2. Integrar a equipe responsável pelo cadastro de clientes.
3. Coordenar as equipes de informação ao usuário final e de vistoria de estabelecimentos.
4. Propor descredenciamento dos estabelecimentos sem condições higiênico-sanitárias.
5. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.

6. Integrar equipes de controle de qualidade em estabelecimentos comerciais.
7. Participar de equipes de educação para o consumo.
8. Promover programas de educação alimentar para clientes.
9. Planejar e executar eventos, visando a conscientização dos empresários da área quanto ao seu papel na saúde coletiva.
10. Atuar, visando a melhoria e ampliação da rede credenciada.
11. Desenvolver pesquisa e estudos relacionados à sua área de atuação.
12. Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios e participando de treinamento.
13. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

5- Em Empresas de Comércio de Cesta-Básica

1. Cumprir e fazer cumprir a legislação do PAT.
2. Participar da seleção de fornecedores de alimentos.
3. Coordenar a adequação da composição da cesta-básica às necessidades nutricionais da clientela.
4. Coordenar as atividades de controle de qualidade dos alimentos que compõem a cesta-básica.
5. Coordenar e executar as atividades de informação ao cliente, quanto ao valor nutritivo e ao manejo/preparo dos alimentos.
6. Promover programas de educação alimentar para clientes.
7. Planejar e executar eventos, visando a conscientização dos empresários da área quanto ao seu papel na saúde coletiva.
8. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
9. Desenvolver pesquisas e estudos relacionados à sua área de atuação.
10. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
11. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

II- ÁREA DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

A. - Fundamento Legal

Inciso VIII do Artigo 3º e Incisos III, IV, VII e VIII do Artigo 4º da Lei n.º 8.234/91.

B. - Atribuição Principal

Assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.

C. - Atribuições Específicas por Local de Trabalho

6- Em Hospitais e Clínicas

1. Definir, planejar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes.
2. Avaliar o estado nutricional do cliente a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos.
3. Estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias.
4. Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário.
5. Recorrer a outros profissionais e/ou solicitar laudos técnicos especializados, quando necessário.
6. Prescrever complementos nutricionais, quando necessário.
7. Registrar, diariamente, em prontuário do cliente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição.
8. Promover orientação e educação alimentar e nutricional para clientes e familiares.
9. Desenvolver manual de especificações de dietas.
10. Elaborar previsão de consumo periódico de gêneros alimentícios e material de consumo.
11. Orientar e supervisionar o preparo e confecção, rotulagem, estocagem, distribuição e administração de dietas.
12. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
13. Desenvolver estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
14. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
15. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.
16. Planejar, implantar e coordenar a UAN, de acordo com as atribuições estabelecidas para a Área de Alimentação Coletiva (itens 1.1 a 1.21).

7- Em Ambulatórios

1. Avaliar o estado nutricional do cliente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos.
2. Estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias.
3. Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário.
4. Prescrever complementos nutricionais, quando necessário.
5. Registrar em prontuário do cliente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição.
6. Promover orientação e educação alimentar e nutricional para clientes e familiares.
7. Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população.
8. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente.

9. Participar do planejamento e execução de treinamento, orientação, supervisão e avaliação de pessoal técnico e auxiliar.
10. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
11. Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação.
12. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
13. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

8- Em Consultórios

1. Avaliar o estado nutricional do cliente, a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos.
2. Estabelecer a dieta do cliente, fazendo as adequações necessárias.
3. Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário.
4. Prescrever complementos nutricionais, quando necessário.
5. Registrar em prontuário do cliente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição.
6. Recorrer a outros profissionais e/ou solicitar laudos técnicos especializados, quando necessário.
7. Desenvolver e fornecer receituário de preparações culinárias.
8. Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos clientes e familiares.
9. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
10. Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação.
11. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
12. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

9- Em Bancos de Leite-Humano

1. Incentivar o aleitamento materno.
2. Promover campanhas para captar doadoras de leite humano, divulgando as atividades do Banco de Leite Humano.
3. Garantir a qualidade higiênico-sanitária do leite humano, desde a coleta até a distribuição.
4. Estabelecer controle quantitativo do leite humano coletado e distribuído.
5. Promover orientação, educação e assistência alimentar e nutricional às mães.
6. Promover orientação e educação alimentar e nutricional à família e à comunidade.
7. Participar do planejamento e execução de programas de treinamento para pessoal técnico e auxiliar.
8. Integrar a equipe multidisciplinar com participação plena na atenção prestada ao cliente.
9. Desenvolver estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
10. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.

11. Colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágio e participando de programas de treinamento.
12. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

10- Em Lactários

1. Planejar, dirigir e controlar os cuidados dietéticos e higiênico-sanitários do serviço.
2. Padronizar métodos, rotinas e fórmulas para o serviço.
3. Fornecer orientação ao responsável pela criança quanto ao preparo e diluição das refeições no momento da alta e dos retornos programados.
4. Prescrever complemento nutricionais, quando necessário.
5. Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos clientes e familiares.
6. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
7. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
8. Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à sua área de atuação.
9. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
10. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.
11. Planejar, implantar e coordenar a UAN, de acordo com as atribuições estabelecidas para a Área de Alimentação Coletiva (itens 1.1 a 1.21).

11- Em "Spas"

1. Avaliar o estado nutricional do cliente, a partir de diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos.
2. Estabelecer e acompanhar a dieta do cliente.
3. Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do cliente, quando necessário.
4. Prescrever complementos nutricionais, quando necessário.
5. Registrar em prontuário do cliente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição.
6. Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos clientes e familiares.
7. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
8. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
9. Desenvolver estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
10. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
11. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.
12. Planejar, implantar e coordenar a UAN, de acordo com as atribuições estabelecidas para a Área de Alimentação Coletiva (itens 1.1 a 1.21).

III – ÁREA DE SAÚDE COLETIVA

A. Fundamento Legal

Inciso VII do Artigo 3º e Parágrafo Único do Artigo 4º da Lei n.º 8.234/91.

B. Atribuição Principal

Educação, orientação e assistência nutricional a coletividades, para a atenção primária em saúde.

C. Atribuições Específicas por Área de Trabalho

12- Em Programas Institucionais

1. Participar de equipes multidisciplinares destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos.
2. Elaborar e revisar legislação própria desta área.
3. Contribuir no planejamento, execução e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos.
4. Promover e participar de estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
5. Realizar vigilância alimentar e nutricional.
6. Integrar os órgãos colegiados de controle social.
7. Avaliar o comportamento dos gêneros e produtos alimentícios.
8. Desenvolver atividades estabelecidas para a Área de Nutrição Clínica: Ambulatório (itens 7.6 a 7.13).

13- Em Atenção Primária em Saúde

1. Participar de equipes multidisciplinares destinadas a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos.
2. Elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.
3. Contribuir no planejamento, execução e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos.
4. Promover e participar de estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.
5. Realizar vigilância alimentar e nutricional.
6. Participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens em recursos humanos em saúde.
7. Integrar os órgãos colegiados de controle social.
8. Participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva.
9. Desenvolver as atividades estabelecidas para a Área de Nutrição Clínica: Ambulatório (itens 7.6 a 7.13).

14- Em Vigilância Sanitária

1. Integrar a equipe de Vigilância Sanitária.

2. Cumprir e fazer cumprir a legislação de vigilância sanitária.
3. Propor à autoridade pública destinação de recursos orçamentários capazes de responder às exigências do mercado de consumo.
4. Encaminhar às autoridades de fiscalização profissional e de registro empresarial, relatórios sobre condições e práticas inadequadas à saúde coletiva e/ou impeditivas de boa prática profissional.
5. Promover programas de educação alimentar e orientação sobre manipulação correta de alimentos.
6. Integrar comissões técnicas de regulamentação e procedimentos relativos a alimentos.
7. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional.
8. Desenvolver pesquisas e estudos relacionados à sua área de atuação.
9. Colaborar na formação de profissionais na área da saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento.
10. Efetuar controle periódico dos trabalhos executados.

IV – ÁREA DE ENSINO

A. Fundamento Legal

Incisos I, IV e V do Artigo 3º da Lei n.º 8.234/91.

B. Atribuição Principal

Direção, coordenação e supervisão de cursos de graduação em nutrição; ensino de matérias profissionais dos cursos de graduação em nutrição e das disciplinas de nutrição e alimentação nos cursos de graduação da área de saúde e outras afins.

C. Atribuições Específicas por Área de Trabalho

15- Em Docência, Extensão, Pesquisa e Supervisão de Estágios

1. Elaborar o planejamento de ensino.
2. Planejar e administrar aulas.
3. Planejar e elaborar material auxiliar de ensino.
4. Indicar bibliografia atualizada, equipamento e material auxiliar necessários.
5. Coordenar e/ou participar dos trabalhos intedisciplinares.
6. Coordenar e/ou participar dos eventos de nutrição do curso ou departamento.
7. Realizar e/ou participar de atividades de extensão.
8. Orientar e/ou assistir aos alunos quanto a sua disciplina e atividades complementares.
9. Promover e participar de estudos e pesquisas.
10. Supervisionar estágios curriculares.
11. Executar atividades administrativas inerentes à docência.
12. Efetuar o controle periódico dos trabalhos executados.

16- Em Coordenação

1. Planejar, implementar e controlar as atividades técnicas e administrativas do ano letivo.
2. Orientar o corpo docente e discente quanto à formação do nutricionista, com visão crítica da realidade política, social e econômica do País.
3. Executar atividades técnicas e administrativas inerentes à coordenação.
4. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária.
5. Efetuar o controle periódico dos trabalhos executados.

V – OUTRAS ÁREAS

17- Indústrias de Alimentos

A. Fundamento Legal

Lei n.º 8.234/91, em especial o Inciso V do Artigo 4º.

B. Atribuição Principal

Assessoria e apoio técnico aos setores de marketing e/ou vendas.

C. Atribuições Específicas

1. Desenvolver protótipos de produtos.
2. Elaborar planilhas de custo e estudos comparativos.
3. Desenvolver e avaliar usos/aplicações dos produtos.
4. Desenvolver manual de especificações/receituário.
5. Elaborar dizeres de rotulagem e efetuar cálculo nutricional.
6. Avaliar desempenho e qualidade de produtos (comportamento técnico, culinário e sensorial).
7. Planejar, coordenar e supervisionar demonstrações de produtos (degustações e demonstrações técnicas).
8. Assessorar tecnicamente a produção em fotos, filmagens e material de apoio.
9. Elaborar texto técnico para material promocional (folhetos, textos técnicos, estudo de custo).
10. Efetuar atendimento técnico pré e pós venda.
11. Organizar e coordenar degustação em ponto de venda.
12. Organizar e coordenar participação em eventos e feiras.
13. Planejar e administrar treinamentos internos (demonstradores, vendedores, funcionários de produção, gerentes de produtos) e externos (líderes de culinária, merendeiras, funcionários de unidades de alimentação).
14. Desenvolver material de apoio para treinamento.

15. Planejar, implantar e coordenar serviços de atendimento ao consumidor.
16. Participar de equipes multidisciplinares responsáveis por formulação de produtos, controle de qualidade, produção alimentos e análises nutricionais.
17. Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/o sanitária.

18- Esportes

A. Fundamento Legal

Lei n.º 8.234/91.

B. Atribuição Principal

Planejamento, implantação e coordenação de programas alimentares para desportistas e atletas.

C. Atribuições Específicas

1. Efetuar avaliação e acompanhamento nutricional do cliente.
2. Elaborar dietas para as diversas fases (manutenção, competição e recuperação).
3. Promover a educação e orientação alimentar e nutricional.
4. Integrar a equipe multidisciplinar com participação plena na atenção prestada ao desportista e/ou atleta.
5. Planejar, implantar e coordenar a UAN responsável pelo preparo das refeições de acordo com as atribuições estabelecidas para atuação em Alimentação Coletiva (1.1 a 1.24).

ANEXO 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		UF: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.		
CONSELHEIRO(S): Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida.		
PROCESSO(S) Nº(S): 23001.000245/2001-11		
PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001	COLEGIADO CES	APROVADO EM: 7/8/2001

I – RELATÓRIO

- **Histórico**

A Comissão da CES/CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999;
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CES/CNE 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional
- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Essas propostas revisadas foram apresentadas pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC na audiência pública, ocorrida em Brasília, na sede do CNE, em 26 de junho do corrente ano.

• Mérito

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

• Princípios das Diretrizes Curriculares:

- ✓ Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- ✓ Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;

- ✓ Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- ✓ Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- ✓ Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- ✓ Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- ✓ Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- ✓ Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

Saúde: conceito, princípios, diretrizes e objetivos:

- ✓ A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):
 - I - descentralização;
 - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III - participação da comunidade.
- ✓ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Artigo 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
- ✓ São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
 - II - a formulação de política de saúde;
 - III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º da Lei 8.080/90):
- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - IV - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - V - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

- **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas:

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- coordenar o processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:
- **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo.
- **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.
- **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
- **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular:**

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de

serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

• **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do Enfermeiro.

As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de

pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem;
- a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

- DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Conhecimento, Competências e Habilidades Específicas:

- Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
- Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;
- Informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;
- Realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;
- Dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza bio-psico-socio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;
- Diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;
- Reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;
- Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;
- Exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;
- Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;
- Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;
- Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

- Conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnicos-científicos e a participação na produção de conhecimentos;
- Lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;
- Atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;
- Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;
- Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;
- Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;
- Atuar em equipe multiprofissional;
- Manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Com base nestas competências, a formação do Médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

- Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
- Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte; atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágios:**

A formação do Médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços

próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio.

O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo, 25% da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

• **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Medicina e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do Médico.

As diretrizes curriculares deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico, orientando o currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deverá:

- ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde mais freqüentes, referidas pela comunidade e identificadas pelo setor saúde;
- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;
- inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
- vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

- **DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

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

Nutricionista com Licenciatura em Nutrição capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Nutrição.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade,

empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas:

- Aplicar conhecimentos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos e seu aproveitamento pelo organismo humano, na atenção dietética;
- Contribuir para promover, manter e ou recuperar o estado nutricional de indivíduos e grupos populacionais;
- Desenvolver e aplicar métodos e técnicas de ensino em sua área de atuação;
- Atuar em políticas e programas de educação, segurança e vigilância nutricional, alimentar e sanitária, visando a promoção da saúde em âmbito local, regional e nacional;
- Atuar na formulação e execução de programas de educação nutricional; de vigilância nutricional, alimentar e sanitária;
- Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional;
- Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos saudáveis e enfermos;
- Planejar, gerenciar e avaliar unidades de alimentação e nutrição, visando a manutenção e ou melhoria das condições de saúde de coletividades saudáveis e enfermas;
- Realizar diagnósticos e intervenções na área de alimentação e nutrição, considerando a influência sócio-cultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população;
- Atuar em equipes multiprofissionais destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar atividades na área de alimentação e nutrição e de saúde;
- reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Desenvolver atividades de auditoria, assessoria, consultoria na área de alimentação e nutrição;
- Atuar em *marketing* em alimentação e nutrição;
- Exercer controle de qualidade dos alimentos em sua área de competência;

- Desenvolver e avaliar novas fórmulas ou produtos alimentares visando sua utilização na alimentação humana;
- Integrar grupos de pesquisa na área de alimentação e nutrição;
- Investigar e aplicar conhecimentos com visão holística do ser humano integrando equipes multiprofissionais.

A formação do Nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Nutrição devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em nutrição. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.
- **Ciências Sociais, Humanas e Econômicas** – inclui-se a compreensão dos determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, a comunicação nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências da Alimentação e Nutrição** - neste tópico de estudo, incluem-se:
 - compreensão e domínio de nutrição humana, a dietética e de terapia nutricional – capacidade de identificar as principais patologias de interesse da nutrição, de realizar avaliação nutricional, de indicar a dieta adequada para indivíduos e coletividades, considerando a visão ética, psicológica e humanística da relação nutricionista-paciente.
 - conhecimento dos processos fisiológicos e nutricionais dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas e desportivas, relacionando o meio econômico, social e ambiental.
 - abordagem da nutrição no processo saúde-doença, considerando a influência sócio-cultural e econômica que determina a disponibilidade, consumo, conservação e utilização biológica dos alimentos pelo indivíduo e pela população.
 - **Ciências dos Alimentos** - incluem-se os conteúdos sobre a composição, propriedades e transformações dos alimentos, higiene, vigilância sanitária e controle de qualidade dos alimentos.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular:**

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

A carga horária do estágio curricular deverá ser distribuída eqüitativamente em, pelo menos, três áreas de atuação: nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação e nutrição. Estas atividades devem ser eminentemente práticas, e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio.

- **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Nutrição e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios;
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Nutrição deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do Nutricionista.

As diretrizes curriculares deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico, orientando o currículo do curso de nutrição para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do Curso de Graduação em Nutrição deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Nutrição, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A formação de professores por meio de Licenciatura Plena é facultativa e será regulamentado em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do Curso de Graduação em Nutrição deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa;

- socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Nutricionista, de forma integrada e interdisciplinar;
 - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
 - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
 - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
 - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis a formação do Nutricionista;
 - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
 - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no nutricionista atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
 - a articulação da Graduação em Nutrição com a Licenciatura em Nutrição.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Nutrição que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Nutrição deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

II - VOTO DO (A) RELATOR (A)

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição e dos projetos de resolução dos respectivos cursos, na forma ora apresentada.

Brasília (DF), 07 de agosto de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão - Relator

Conselheiro Yugo Okida

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do Relator.

Sala das Sessões, em 07 de agosto de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro José Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

MINUTA DE RESOLUÇÃO

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em ____ de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional o:

I. Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

II. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

Art. 4º - A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I. **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II. **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III. **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- IV. **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V. **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- VI. **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º - A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I. Atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

- II. Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- III. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- IV. Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- V. Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- VI. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- VII. Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- VIII. Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- IX. Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- X. Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- XI. Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- XII. Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- XIII. Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde;
- XIV. Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- XV. Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- XVI. Atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- XVII. Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- XVIII. Intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- XIX. Coordenar o processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde;
- XX. Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- XXI. Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- XXII. Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

- XXIII. Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- XXIV. Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- XXV. Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- XXVI. Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- XXVII. Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- XXVIII. Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- XXIX. Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- XXX. Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- XXXI. Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
- XXXII. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;
- XXXIII. Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Parágrafo Único - A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:
- **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo.

- **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.
- **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
- **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Parágrafo 1º - Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Parágrafo 2º - Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º - Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único - Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º- O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º- O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto

pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10 - As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Parágrafo 1º - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

Parágrafo 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11 - A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12 - Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13 - A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14 - A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- I. a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- II. as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- III. a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- IV. os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- V. a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- VI. a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro;
- VII. o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- VIII. a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;

IX. a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

Art. 15 - A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

Parágrafo 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, de de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CES/CNE

ANEXO 4



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 15/07/03
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 281/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DO NUTRICIONISTA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Joyce Guilhermino de Pádua
INSTITUIÇÃO: Unidades da Rede Básica da Região Metropolitana de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 23/06/2003
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/07/04

II - OBJETIVOS

Descrever e avaliar as ações desenvolvidas pelos nutricionistas inseridos na Rede Básica de Saúde dos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas.

III - SUMÁRIO

Estudo quanti-qualitativo. Serão realizadas entrevistas com 6 nutricionistas da rede básica de saúde e com docentes de três instituições de ensino conveniadas com esta rede e trabalho com técnica de grupo focal (discussão em grupo). Critérios de inclusão exclusão adequados, assim como a metodologia.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Protocolo adequado, sem uso de placebo, sem risco para o sujeito de pesquisa. Termo de consentimento sucinto e adequado. Não possui orçamento.

Trabalho para tese de mestrado que avaliará a posição do nutricionista no mercado de trabalho da rede básica de saúde.

V - PARECER DO 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 complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

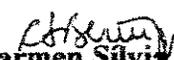
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de julho de 2003.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



APÊNDICE

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Formulário Nº

DADOS GERAIS

Município: _____

População _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

1) DADOS PESSOAIS:

- NOME: _____
- DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: FEMININO MASCULINO
- END. RESIDENCIAL: _____
- INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO (UNIVERSIDADE): _____
- ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO: _____
- E-MAIL: _____

- ESTADO CIVIL:
 CASADA SEPARADA / DIVORCIADA SOLTEIRA
 COM FILHO SEM FILHO OUTROS
DEPENDENTES

- SITUAÇÃO ECONÔMICA FAMILIAR:
 CHEFE DE FAMÍLIA
 PARTICIPAÇÃO SIGNIFICATIVA NA RENDA ECONÔMICA FAMILIAR (50%)
 PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR NA RENDA ECONÔMICA FAMILIAR
 RENDA PARA SUSTENTO PRÓPRIO

- RENDA PESSOAL:
 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS 7 A 9 SALÁRIOS MÍNIMOS
 4 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS 10 OU MAIS SALÁRIOS MÍNIMOS

2) CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

• UNIDADE DA REDE BÁSICA DE SAÚDE: _____

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA : SIM NÃO

ÁREA DE ABRANGÊNCIA (BAIRROS): _____

POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE: _____

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE SAÚDE:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AGENTE DE SAÚDE | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIAL | <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO |
| <input type="checkbox"/> DENTISTA | <input type="checkbox"/> FONOAUDIÓLOGO | <input type="checkbox"/> FARMACEUTICO |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA | <input type="checkbox"/> MÉDICO | <input type="checkbox"/> NUTRICIONISTA |
| <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO | <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS. QUAIS? _____ | | |

3) QUALIFICAÇÕES PROFISSIONAIS:

• APRIMORAMENTO:

INSTITUIÇÃO: _____

ÁREA: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ CONCLUÍDO EM ANDAMENTO

• RESIDÊNCIA :

INSTITUIÇÃO: _____

ÁREA: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ CONCLUÍDO EM ANDAMENTO

• ESPECIALIZAÇÃO:

INSTITUIÇÃO: _____

ÁREA: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ CONCLUÍDO EM ANDAMENTO

• PÓS GRADUAÇÃO

LATO SENSU STRICTO SENSU (MESTRADO)

DOUTORADO

INSTITUIÇÃO : _____

ÁREA: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ CONCLUÍDO EM ANDAMENTO

• OUTROS:

4) DADOS PROFISSIONAIS:

- QUANTIDADE DE EMPREGOS:
 UM DOIS TRÊS MAIS DE TRÊS
- ATIVIDADES PROFISSIONAIS ATUAIS E CARGA HORÁRIA EXERCIDA EM CADA UMA DELAS. _____

- QUAL A ATIVIDADE PRINCIPAL: _____

- VOCÊ DESENVOLVE ALGUMA ATIVIDADE RELACIONADA AO "FOME ZERO"?
QUAL? _____

- VÍNCULO PROFISSIONAL:
 ESTADO MUNICÍPIO OUTRO. QUAL?
- TEMPO DE SERVIÇO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: _____
- MÊS E ANO DE INÍCIO DA ATIVIDADE NA INSTITUIÇÃO: _____
- MÊS E ANO DE INÍCIO DA FUNÇÃO ATUAL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: _____

OBS:

QUESTIONÁRIO:

1. Descreva detalhadamente o trabalho que você desenvolve aqui. Mencione as atividades principais e secundárias, incluindo aquelas que você desenvolve esporadicamente.
2. Você consegue, durante seu tempo de trabalho, atender a todas as demandas que chegam até você?
3. Você já deixou de realizar algum trabalho em função de:

<input type="checkbox"/> Falta de tempo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Falta de preparo técnico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Expecifique.

<input type="checkbox"/> Falta de recursos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------	------------------------------

Quais?
4. Das suas atividades atuais, quais foram implementadas por sua própria iniciativa?
5. Quais foram iniciadas por solicitação ou sugestão de outros membros da equipe? Quais foram iniciadas com base em dados epidemiológicos ou outros estudos realizados na área de cobertura do Centro de Saúde? Quais foram iniciadas por demanda dos usuários?
6. Qual o tempo gasto em atividades de caráter individual (atendimento) e em ações coletivas, como grupos, atividades educativas? Através de qual instrumento de registro (boletins diários, prontuários, fichas, banco de dados epidemiológicos) essas informações são armazenadas?
7. Você possui alguma relação ou envolvimento com outros programas? Descreva objetivamente suas atividades nesses programas.
8. Você já desenvolveu ou está desenvolvendo alguma pesquisa?
9. Que outras ações você considera necessárias e não desenvolve? Por quê?
10. Como é o seu relacionamento com os usuários das unidades?
11. Esse Centro de Saúde recebe estagiários? Qual a sua relação com os mesmos e com a Universidade?
12. Antes do seu ingresso nesta Unidade Básica de Saúde, era desenvolvida alguma ação na área da nutrição? Qual o profissional que desempenhava esta função?
13. Como se dão atualmente as relações com os profissionais da equipe?

14. Como foi o processo de contratação de nutricionista por esta Unidade Básica de Saúde? De quem foi a iniciativa?
15. Quais os obstáculos encontrados para o desenvolvimento de suas atividades?
16. Como você busca o seu aprimoramento profissional? Quais os mecanismos adotados para isto?
17. Como você avalia o resultado do seu trabalho?

APÊNDICE 2 CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Título: Avaliação da Inserção do Nutricionista na Rede Básica de Saúde da Região Metropolitana de Campinas

Responsável pela pesquisa: Joyce Guilhermino de Pádua

Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Nutricionista: _____

Município: _____

Tempo de atuação: _____

A prática da nutrição na Rede Básica de Saúde, nesta região, ainda não tem sido exercida em toda sua extensão pelos nutricionistas porque não estão plenamente inseridos no campo da Saúde Pública. A presença desse profissional no trabalho em equipe pode aprimorar a abordagem de problemas de saúde por intermédio da incorporação das práticas preventivas, curativas e educativas relacionadas à alimentação no trabalho das equipes. Assim, o objetivo da pesquisa é descrever e avaliar as ações desenvolvidas pelos nutricionistas inseridos na Rede Básica de Saúde dos municípios pertencentes à Região Metropolitana de Campinas. Será utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas e, as respostas às últimas serão gravadas para facilitar a transcrição e análise.

Em qualquer momento da pesquisa é garantido ao profissional o direito para perguntas e esclarecimentos de dúvidas relacionadas com a mesma. O profissional poderá abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem que este sofra prejuízo no seu local de trabalho. Os resultados do trabalho serão publicados, mas os participantes não serão identificados em caso algum, zelando-se pela sua privacidade.

O participante será informado sobre o nome e telefone dos pesquisadores para eventuais intercorrências, assim como da secretaria do Comitê de Ética para recurso ou reclamação.

Pesquisadoras: Joyce Guilhermino de Pádua

Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Comitê de Ética em pesquisa Fone:

Fone: (19) 3296-0409

Fone: (19) 3788-8836

Fone: (19) 3788-8936

Assinatura do Profissional

Joyce G. de Pádua
Responsável pela pesquisa

Profa. Dra. Maria Cristina F. Boog
Orientadora