

GABRIELA PEREIRA DA COSTA OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA
NUTRICIONAL E NUTRIÇÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA
PROFISSIONAL DO NUTRICIONISTA: PERCEPÇÃO DE
EGRESSOS**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2012

GABRIELA PEREIRA DA COSTA OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E
NUTRIÇÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO
NUTRICIONISTA: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS**

Dissertação apresentada, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde - Modalidade Profissional ao Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem.

Orientação: Profa. Dra. Otília M. L. B. Seiffert

SÃO PAULO

2012

Oliveira, Gabriela Pereira da Costa

Contribuição da Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a Prática Profissional do Nutricionista: Percepção de Egressos
/ Gabriela Pereira da Costa Oliveira – São Paulo, 2012.

157f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

Título em inglês: Contribution of Specialization in Clinical Nutrition and Nutritional Therapy for the Professional Practice of the Nutritionist: Perception of Graduates

Orientadora: Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

1. Nutricionista. 2. Especialização. 3. Nutrição Clínica. 4. Terapia Nutricional. 5. Avaliação Nutricional 6. Competências 7. Educação de adultos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE
CEDESS**

Diretora do CEDESS

Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenadora do Programa de Mestrado

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

GABRIELA PEREIRA DA COSTA OLIVEIRA

**CONTRIBUIÇÃO DA ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E
NUTRIÇÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DO
NUTRICIONISTA: PERCEPÇÃO DE EGRESSOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem (UNIFESP/EPE), para obtenção do título de Mestre em “Ensino em Ciências da Saúde”- Modalidade Profissional.

Presidente da Banca

Profa. Dra. Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert (orientadora)

Banca Examinadora

Prof. Dr. Dan Linetzky Waitzberg

Profa. Dra. Lidia Ruiz-Moreno

Profa. Dra. Neide Barbosa Saisi

Suplência

Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Aprovação em: ____/____/____

Ao meu querido esposo Rogério, maior incentivador
da realização deste trabalho, pelo apoio
incondicional em todos os momentos: te amo!

Aos meus amados filhos, David e Lucas,
herança preciosa de Deus, por tudo que me
permitem aprender sendo sua mãe!

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, razão da minha existência, que me ensina a cada dia o que é uma vida com propósito.

Em especial, à querida Profa. Otília, orientadora e amiga, exemplo de excelência na realização de seu trabalho e na valorização do próximo. Suas doces palavras, em todos os momentos, foram estímulo para mim: “vai dar tudo certo, minha querida.”

Aos meus mestres, Dr. Dan e Dra. Lourdes, exemplo de competência profissional, que sempre acreditaram e confiaram no meu melhor.

Aos meus pais, Cléia e Aécio, pela presença amorosa e constante, sem a qual eu não teria alcançado tantas vitórias em minha vida: amo vocês!

Aos meus sogros, pelo apoio e intercessões constantes: vocês são uma bênção em minha vida!

À minha querida Tia Nara (*in memoriam*) pelo exemplo de amor à vida e pelo ensinamento de que somos eternos aprendizes.

Aos queridos Tio Carazzai e Rosani, pelo apoio, torcida e estímulo em todos os momentos.

Às minhas queridas companheiras de trabalho, Viviane, Tereza, Renata, Izabel e Mika que, imbuídas do verdadeiro espírito de equipe seguraram todas as “barras” durante a minha ausência.

Aos amigos queridos Marry e Emílio, cujo estímulo e acolhimento foram determinantes para o início de minha carreira.

À querida Sueli Pedroso, pela paciência e disposição em ajudar.

Aos meus colegas de turma e aos professores do CEDESS, pelas valiosas experiências proporcionadas durante o curso.

Aos nutricionistas que participaram desta pesquisa, sem os quais sua realização não seria possível. Muito obrigada!

*Aleluia! De todo o coração renderei graças ao Senhor,
na companhia dos justos e na assembléia.
Grandes são as obras do Senhor,
consideradas por todos os que nelas se comprazem.
Em suas obras há glória e majestade, e a sua justiça
permanece para sempre.
Ele fez memoráveis as suas maravilhas;
benigno e misericordioso é o Senhor.
Dá sustento aos que o temem;
lembrar-se-á sempre da sua aliança.
Manifesta ao seu povo o poder das suas obras,
dando-lhe a herança das nações.
As obras de suas mãos são verdade e justiça;
fiéis, todos os seus preceitos.
Estáveis são eles para todo o sempre,
instituídos em fidelidade e retidão.
Enviou ao seu povo a redenção;
estabelece para sempre a sua aliança;
santo e tremendo é o seu nome.
O temor do Senhor é o princípio da sabedoria;
revelam prudência todos os que o praticam.
O seu louvor permanece para sempre.*

Salmos 111:1-10

RESUMO

O diagnóstico precoce e preciso dos distúrbios nutricionais através da triagem e da avaliação do estado nutricional é essencial para o sucesso do tratamento clínico e nutricional. A capacitação dos profissionais da saúde que atuam nesta área é premente. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (Curso) para o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional, da perspectiva de nutricionistas egressos. A pesquisa foi de natureza exploratória, de abordagem qualiquantitativa. O percurso metodológico envolveu a pesquisa bibliográfica, o levantamento documental técnico-científico, a pesquisa documental e a coleta e análise dos dados empíricos. O instrumento de coleta de dados foi o questionário semiestruturado. Análise dos dados incluiu o tratamento estatístico das respostas às questões fechadas e a análise de conteúdo das respostas às questões abertas do questionário. A amostra foi composta por 109 nutricionistas, que atuavam em sua maioria na área clínica, no âmbito hospitalar. A avaliação nutricional foi a atividade mais realizada no cenário de trabalho. O Curso contribuiu para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática da avaliação nutricional. Dentre os métodos de avaliação nutricional, a contribuição foi igual para todos, exceto para a impedância bioelétrica que teve a menor contribuição. As habilidades mais desenvolvidas/aprimoradas foram a elaboração do diagnóstico nutricional e o acompanhamento da evolução do estado nutricional. Quanto às atitudes, no contexto multidisciplinar, o saber ouvir e falar e a pluralidade de visão foram aquelas para as quais houve maior contribuição. As estratégias de ensino que mais contribuíram para estes resultados foram o Trabalho de Campo e a discussão de casos clínicos. A expressão da competência para avaliar o estado nutricional foi compreendida através do desempenho profissional. Os resultados foram avaliados da perspectiva da realização precisa e precoce do diagnóstico nutricional. Os egressos relataram maior segurança e precisão após o Curso. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo de realização da triagem/avaliação nutricional antes e depois do Curso, embora os depoimentos de alguns dos egressos tenham revelado que houve contribuição, e que o principal fator favorecedor foi o reconhecimento, por parte do profissional, da importância de realizar esta avaliação precocemente. A falta de recursos humanos e materiais e a desmotivação da equipe foram apontadas como restritoras da realização de mudanças no trabalho. Os resultados permitem concluir que o Curso, da perspectiva da disciplina Avaliação Nutricional, proporcionou situações de aprendizagem significativa que favoreceram a expressão da competência para avaliar o estado nutricional na prática clínica; entretanto, esta contribuição pode ser ainda mais intensa, tanto quanto forem considerados os pressupostos andragógicos no processo ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Nutricionista. Especialização. Avaliação nutricional. Competências profissionais. Educação de adultos.

ABSTRACT

The early and accurate diagnosis of nutritional disorders through screening and assessment of nutritional status is essential to the success of clinical and nutritional outcomes. The training of health professionals who work in this area is urgent. The aim of this study was to evaluate the contribution of GANEP Specialization Course in Clinical Nutrition and Nutritional Therapy (Course) for the development and or improving the competence to assess the nutritional status from the perspective of nutrition graduates. The research was exploratory in nature, qualitative and quantitative approach. The methodological approach involved the literature review, the technical-scientific documentary survey, documentary research and the collection and analysis of empirical data. The data collection instrument was the semi-structured questionnaire. Data analysis included statistical analysis of responses to closed questions and content analysis of answers to open questions of the survey. The sample consisted of 109 nutritionists, who worked mostly in the clinical area, in the hospital. Nutritional assessment was the activity most often performed on stage work. The course contributed to the development / enhancement of knowledge, skills and attitudes to the practice of nutritional assessment. Among the methods of nutritional assessment, the contribution was equal for all, except for the bioelectrical impedance had the smallest contribution. The skills most developed and improved were the development of nutritional diagnosis and monitoring of the evolution of nutritional status. As regards attitudes, in a multidisciplinary context, the listening and speaking and the plurality of vision were those for which there was a greater contribution. Teaching strategies that contributed most to these results were Fieldwork and clinical case discussions. The expression of competence to assess the nutritional status was understood by the professional performance. The results were evaluated from the perspective of achieving accurate and early diagnosis nutrition. The graduates reported greater safety and accuracy after the Course. There was no statistically significant difference in the time of completion of the screening and nutritional assessment before and after the course, although the testimony of some of the graduates have revealed that there was a contribution, and that was the main factor favoring the recognition by the professional the importance of this evaluation early. The lack of human and material resources and motivation of staff were identified as the restrictor making changes at work. The results indicate that the course, from the perspective of the discipline Nutritional Assessment, provided significant learning situations that favor the expression of competence to assess nutritional status in clinical practice; however, it may be even more intense as far as they are considered andragogical assumptions in teaching-learning process

Keywords: Nutritionist. Specialization. Nutritional assessment. Professional competences. Adult education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Disciplinas ministradas nos cursos de especialização quinzenal e mensal do GANEP e sua respectiva carga horária.....	76
Gráfico 1 - Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com o gênero..	82
Gráfico 2 - Distribuição dos egressos de acordo com a categoria administrativa da instituição de graduação.....	85
Gráfico 3 - Distribuição dos egressos de acordo com a empregabilidade.....	86
Gráfico 4 - Distribuição dos egressos de acordo com a área de atuação.....	86
Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pelos egressos atuantes na área da Nutrição Clínica.....	88
Gráfico 5 - Distribuição dos egressos de acordo com a prática da avaliação nutricional no trabalho.....	89
Gráfico 6 - Distribuição dos egressos de acordo com o nível de satisfação profissional.....	90
Quadro 3 - Fatores geradores de satisfação profissional.....	92
Quadro 4 - Fatores geradores de insatisfação profissional.....	95
Quadro 5 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: compartimentos corpóreos, suas alterações e necessidades nutricionais.....	97
Quadro 6 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: desnutrição - definição e repercussões clínicas.....	99
Quadro 7 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: Identificação das ferramentas utilizadas para o rastreamento nutricional.....	101
Quadro 8 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: métodos de avaliação nutricional.....	103
Quadro 9 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades: triagem nutricional e cálculo das necessidades nutricionais.....	105
Quadro 10 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades: avaliação dos métodos, interpretação e classificação dos resultados, elaboração do diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional.....	107

Quadro 11 - Principais contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades para a prática da AN.....	110
Quadro 12 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de atitudes: equipe multiprofissional de terapia nutricional.....	111
Quadro 13 - Principais contribuições do Curso para a realização da AN no trabalho: dimensão afetiva.....	113
Gráfico 7 - Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional realizadas em sala de aula e sua contribuição para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs).....	116
Gráfico 8 - Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional realizadas durante o Trabalho de Campo e sua contribuição para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs).....	117
Gráfico 9 - Contribuição da disciplina de AN e do TC para a segurança na elaboração do diagnóstico nutricional.....	120
Quadro 14 - Segurança na prática profissional como uma das contribuições do Curso.....	121
Gráfico 10 - Distribuição dos egressos de acordo com a atuação na área hospitalar antes da realização do Curso.....	122
Gráfico 11 - Realização da triagem ou da primeira avaliação nutricional dos pacientes, antes do Curso.....	123
Gráfico 12 - Realização da triagem ou da primeira avaliação nutricional dos pacientes, depois do Curso.....	123
Quadro 15 - Justificativas para o período de realização da triagem ou da primeira avaliação nutricional antes e depois do Curso.....	124
Quadro 16 - Fatores favorecedores e fatores impeditivos da realização da triagem/avaliação nutricional precoce.....	126
Quadro 17 - Sugestões dos egressos para a disciplina de Avaliação Nutricional	130
Quadro 18 – Escala de competências para avaliar o estado nutricional.....	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número absoluto e percentual de cursos de graduação em nutrição no Brasil, por unidade de federação, em agosto de 2009.....	63
Tabela 2 - Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com a faixa etária	83
Tabela 3 - Distribuição dos nutricionistas egressos por unidade da federação.	83
Tabela 4 – Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com o tempo de formação na graduação.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - Associação Dietética Americana
AN - Avaliação Nutricional
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPEN - *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CFE - Conselho Federal de Educação
CFN - Conselho Federal de Nutricionistas
CHAs – Conhecimentos, habilidades e atitudes
CPC - Conceito Preliminar de Curso
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
EMTN - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
ENADE - Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ERIC - Education Resources Information Center
ESPEN - *European Society for Clinical Nutrition*
GANEP – Ganep Nutrição Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRANUTRI - Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional
IES - Instituições de Ensino Superior
INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JCHO - Comitê das Organizações de Saúde
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MBA - *Master Business Administration*
MEC – Ministério da Educação
MNA - MINI Nutrition Assessment
NC - Nutrição Clínica
NSI - Iniciativa de Triagem Nutricional
PBDCT - Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
SBNPE - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
TC – Trabalho de Campo

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TN - Terapia Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
3.1 Competências profissionais.....	30
3.2 Nutrição Clínica: campo de atuação profissional e de desenvolvimento de competências para avaliar o estado nutricional.....	39
3.3 Aprendizagem de adultos.....	45
3.3.1 O modelo andragógico.....	47
3.3.2 Aprendizagem experiencial e prática reflexiva.....	53
3.3.3 Aprendizagem significativa crítica.....	55
4 A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA.....	60
4.1 A graduação em Nutrição.....	60
4.2 A pós-graduação <i>lato sensu</i> em Nutrição.....	67
5. O GANEP E O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA NUTRICIONAL E NUTRIÇÃO CLÍNICA.....	70
5.1 O GANEP Nutrição Humana.....	70
5.2 Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.....	71
5.3 A disciplina de Avaliação Nutricional.....	78
6. RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	81
6.1 Perfil dos egressos.....	81
6.2 Satisfação profissional.....	90
6.3 Contribuições do Curso do GANEP.....	96
6.3.1 Conhecimentos.....	96
6.3.2 Habilidades.....	104
6.3.3 Atitudes.....	110
6.4 A prática da avaliação nutricional.....	119
6.5 Sugestões para a melhoria da disciplina Avaliação Nutricional.....	129
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
8. PRODUTO DA PESQUISA.....	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
APÊNDICE A – Carta para os respondentes da pesquisa.....	148

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	150
APÊNDICE C – Questionário.....	152

1 Introdução

Oferecer condições para que o profissional se aproprie de elementos que favoreçam a ampliação da qualificação profissional nos planos técnico e ético é um grande desafio que pertence aos espaços de formação profissional.

A realidade que se apresenta ao profissional nutricionista, no contexto desta pesquisa, não pode prescindir da atuação competente e comprometida com a transformação da realidade: quase metade dos pacientes hospitalizados padece de desnutrição. Esta alta prevalência está relacionada à falta de consciência dos profissionais de saúde sobre a importância do estado nutricional para a evolução clínica do paciente (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Em 1996, o IBRANUTRI - Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional, estudo multicêntrico realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) nos hospitais da rede pública de 12 estados brasileiros e do Distrito Federal, mapeou a desnutrição hospitalar em nosso país. Os resultados revelaram que 48,1% dos 4.000 pacientes avaliados apresentavam algum grau de desnutrição. Destes, apenas 18,8% tinham algum tipo de anotação referente ao seu estado nutricional no prontuário, embora 75% deles estivessem a menos de 50 metros de uma balança. O estudo também revelou que a desnutrição progride na medida em que aumenta o tempo de permanência hospitalar: nas primeiras 48 horas de internação a desnutrição estava presente em 31,8% dos pacientes; nos pacientes internados há mais de 15 dias, este número subiu para 61% (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001).

Há mais de 35 anos, Butterworth (1976) fez alusão ao “esqueleto no armário do hospital”, e sugeriu que esta situação poderia ser revertida com pequenas mudanças de atitude, esforços administrativos e apoio financeiro (CORREIA; ECHENIQUE, 2009).

A desnutrição em pacientes hospitalizados está, normalmente, associada ao aumento de complicações infecciosas, mortalidade e custos. No IBRANUTRI, a desnutrição aumentou em 50% a morbidade, em duas vezes e meia a mortalidade e em 60,5% os custos (WAITZBERG; CORREIA, 2003). Naturalmente que esta realidade impacta negativamente o sistema de saúde.

Para Baxter e Waitzberg (2004, p. 499) essa situação poderia ser revertida com a utilização precoce de “[...] ferramentas e recursos que estão disponíveis

hoje,¹ dentro dos próprios hospitais: uma avaliação nutricional adequada e o uso da TN.” E constata: “[...] no entanto e, infelizmente, ainda hoje, a maioria dos pacientes não é avaliada do ponto de vista nutricional e a terapia nutricional (TN) é tardiamente prescrita. Ou seja: convive-se com o custo da não-prescrição da TN” (2004, p. 500).

Estudos realizados após o primeiro mapeamento, principalmente nos últimos sete anos, revelam que este cenário parece não ter sofrido grandes alterações (REZENDE et al., 2004; BOTONNI, 2005; DE SETA, 2010).

Os resultados do IBRANUTRI trouxeram à luz a necessidade de regulamentação da TN, incluindo a avaliação nutricional (AN). A partir de 1998, a legislação brasileira¹ passou a exigir a constituição formal de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN, formada pelo profissional nutricionista, médico, enfermeiro e farmacêutico, com treinamento específico para atuar nas atividades relacionadas à TN, treinamento este que poderia ser oferecido pelos cursos de especialização em TN, com duração de 360 horas (BRASIL, 1998, 2000, 2009). Cada um desses profissionais tem suas atribuições bem definidas pela legislação. O nutricionista é o profissional responsável por “realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional” (BRASIL, 2000, não paginado). A partir dessa normativa, a EMTN passa a dirigir e responder por todas as atividades de TN nas instituições hospitalares, incluindo a avaliação nutricional.

A avaliação nutricional é definida por Russell e Mueller (2007, p. 164) como “abordagem ampla para definir o estado nutricional que usa a história médica, nutricional e medicamentosa, exame físico, medidas antropométricas e dados laboratoriais.” Da perspectiva legal (CFN, 2005, p. 4), a AN é

A análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

¹ A prática da Terapia Nutricional é regulamentada pela Portaria 272, de 08 de abril de 1998, que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral; Resolução 63, de 06 de julho de 2000, que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral; e pela Portaria 120, de 14 de abril de 2009, que estabelece normas para o credenciamento e remuneração dos serviços que praticam a Terapia Nutricional.

Avaliar o estado nutricional é uma competência que demanda o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando articulados e mobilizados coerentemente frente às situações de trabalho, permitem alcançar um objetivo que, neste contexto, é a elaboração precisa do diagnóstico nutricional. Na dimensão cognitiva, do saber, é preciso conhecer a composição corporal e suas alterações na doença; a definição de desnutrição e suas repercussões; e os métodos de AN e suas limitações nas diversas condições clínicas. A dimensão psicomotora, do saber fazer, diz respeito à realização da avaliação propriamente dita, através da escolha dos métodos, sua aplicação e interpretação, e, finalmente, a elaboração do diagnóstico nutricional. O acompanhamento da evolução do estado nutricional também se insere nesta dimensão. Por fim, a dimensão afetiva, do saber ser, que compreende as atitudes, aqui especialmente no contexto da equipe multiprofissional.

O diagnóstico preciso e precoce do estado nutricional dá subsídios para a intervenção precoce, com vistas a minimizar as complicações decorrentes da desnutrição que comprometem a evolução clínica do paciente. Por isso, a legislação determina que a AN preceda a indicação da TN (BRASIL, 1998; 2003).

A aprendizagem é o processo através do qual o profissional adquire as competências, seja no interior do sistema educacional ou através da experiência profissional (BRANDÃO, 2007; ZARIFIAN, 2012). Da perspectiva do indivíduo adulto, este processo pode ser favorecido na medida em que for balizado pelos pressupostos do modelo andragógico: ajudar o adulto a compreender porque é importante aprender o que se pretende ensinar; permitir que ele participe ativamente, que ele seja sujeito; valorizar suas experiências prévias; orientar a aprendizagem para situações da vida real, integrando teoria e prática (KNOWLES, 2011). Formar com base no modelo de competências é ainda criar condições para que o indivíduo desenvolva a capacidade de diagnosticar e resolver problemas, de tomar decisão, de trabalhar em equipe, de enfrentar situações novas e incertas e de intervir no trabalho para a garantia da qualidade (DELUIZ, 2001b).

Em nosso país, no âmbito da educação em geral, a noção de competência foi introduzida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (BRASIL, 1996). Especificamente no ensino superior, Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs para os cursos de graduação, elaboradas com base no perfil de egresso que se deseja formar, têm sido divulgadas desde 1990. A avaliação do estado nutricional e

a atuação em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional são habilidades e competências específicas do nutricionista, de acordo com as DCNs para o curso de graduação em Nutrição (BRASIL, 2001; MAIA, 2004).

No entanto, com o rápido progresso do saber e a crescente especialização das técnicas no campo da Nutrição, torna-se muito difícil alcançar as competências necessárias para a atuação em áreas especializadas, nos limites da graduação. Nesse nível, propõe-se a construção de conhecimentos básicos que sustentarão a formação do profissional generalista. É na pós-graduação que se dá a formação do especialista, onde o estudante tem a oportunidade de “aprofundar o saber e alcançar elevado padrão de competência científica ou técnico-profissional” (CFE, 1965, p. 164).

O desenvolvimento de competências para a avaliação precisa e precoce do estado nutricional pode ser alcançado no âmbito da especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Com a finalidade de atender à necessidade de reconhecimento e tratamento da desnutrição hospitalar de acordo com as boas práticas na legislação vigente o GANEP – Nutrição Humana, credenciado pelo Ministério da Educação – MEC em 2003 (Portaria nº. 2.091 de 05 de agosto de 2003), criou o Curso de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (“Curso”).

O GANEP foi fundado em 1982 e é a maior e mais antiga instituição especializada em Terapia Nutricional do Brasil e a primeira Empresa Prestadora de Bens e Serviços em Terapia Nutricional (EPBS), cadastrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Foi criado com o objetivo de prestar serviços em assistência médica em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica e desenvolver atividades de ensino e pesquisa na mesma área.

O Curso anual de pós-graduação *lato sensu* é multiprofissional, destinado a médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos. O corpo docente é multiprofissional, representado por profissionais especialistas e com títulos acadêmicos. O GANEP, através deste Curso, já contribuiu para a capacitação de 2.670 profissionais da saúde para a prática da TN, sendo 2.020 nutricionistas, 485 médicos, 93 farmacêuticos e 72 enfermeiros (GANEP NUTRIÇÃO HUMANA - GANEP, 2011).

As questões orientadoras desta pesquisa surgiram no contexto da minha prática profissional, como coordenadora do referido Curso. Desenvolvi o Projeto Pedagógico, juntamente com diretores e colegas do GANEP. Após 10 anos de Curso, apesar da grande demanda dos profissionais da saúde e das avaliações realizadas com base nos indicadores de desempenho, evidenciei juntamente com meus colegas a necessidade de investigar acerca das contribuições do Curso para o exercício profissional na área da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, especificamente para a prática da AN.

Assim, temos as seguintes questões orientadoras:

O Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica contribuiu para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) necessários para a realização da AN pelo nutricionista?

O desenvolvimento e/ou aprimoramento dos CHAs para a prática da AN resultaram em diagnóstico precoce e preciso da desnutrição na prática clínica?

Para responder estas questões, estabelecemos como **objetivo geral**:

- Avaliar a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional, da perspectiva dos nutricionistas egressos.

E como **objetivos específicos**:

- Caracterizar o perfil do profissional nutricionista egresso;
- Descrever a proposta de desenvolvimento da disciplina AN, no que se refere aos objetivos de aprendizagem, ao conteúdo, à metodologia de ensino, às atividades desenvolvidas e critérios de avaliação do desempenho do aluno;
- Apreender o significado atribuído ao curso de especialização para o aprimoramento da prática da AN pelo egresso, apontando os conteúdos e atividades que influenciaram o desenvolvimento e/ou aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional;

- Identificar se o desenvolvimento e/ou aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática da AN implicou na realização precisa e precoce do diagnóstico nutricional;
- Elaborar uma escala de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a prática da avaliação nutricional.

Para o GANEP e para mim, esta pesquisa assumiu grande relevância na medida em que nos conduziu a uma reflexão, permitindo a autoavaliação e o conhecimento de resultados que podem favorecer o redirecionamento das ações educativas e o aprimoramento da proposta de formação. Assim, esperamos contribuir para a melhoria da qualidade da assistência nutricional em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar em nosso país.

Para atender aos objetivos estabelecidos, esta dissertação foi assim estruturada:

1. Introdução: justificativa, problematização e objetivos da pesquisa.
 2. Percorso metodológico.
 3. Competências profissionais; a Nutrição Clínica como campo de atuação do nutricionista; e a aprendizagem de adultos como estratégia para o desenvolvimento de competências neste campo.
 4. A formação do profissional nutricionista: graduação e pós-graduação *lato sensu*.
 5. O GANEP, o curso de especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica e a disciplina de Avaliação Nutricional.
 6. A contribuição do Curso GANEP para o desenvolvimento/aprimoramento de competências para a prática da avaliação nutricional e seus desdobramentos na prática profissional: o olhar do nutricionista egresso.
 7. Considerações finais.
 8. Produto da pesquisa: escala de competências para avaliar o estado nutricional
- Por fim, as referências bibliográficas e apêndices.

2 Percurso metodológico

O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação.
(MINAYO; SANCHES, 1993, p. 240)

A busca das respostas para as questões orientadoras desta pesquisa implicou na escolha de um caminho metodológico a percorrer, o qual será apresentado neste capítulo.

A aproximação ao objeto implicou no desenvolvimento de uma pesquisa de natureza exploratória, de abordagem quali-quantitativa.

O objeto de estudo foi o Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional (“Curso”) e sua capacidade de auxiliar o profissional nutricionista a desenvolver e/ou aprimorar a competência para avaliar o estado nutricional.

Partimos do pressuposto que os métodos quantitativo e qualitativo podem ser combinados, favorecendo uma melhor compreensão da realidade em estudo desde que se considere as diferenças e as possibilidades de complementaridade (MINAYO; SANCHES, 1993).

Enquanto o método quantitativo gera medidas precisas que, submetidas à análise estatística permitirão medir opinião, atitudes e comportamentos (LANDIM et al., 2006), o método qualitativo permite compreender o comportamento humano, apreender o significado e a intencionalidade das ações, das relações e das estruturas sociais:

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244)

Desta perspectiva, não é o estudo de um fenômeno em si que interessa, mas sim a significação que este fenômeno ganha para aqueles que o vivenciam (TURATO, 2005).

“O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana”, através da qual as representações, as relações interpessoais, as condições estruturais e os sistemas de valores de um grupo de pessoas são revelados (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245).

Na nossa pesquisa, o método quantitativo trouxe à luz dados, indicadores e tendências observáveis que, após a análise estatística, revelaram a contribuição do Curso para a prática da AN, da perspectiva dos nutricionistas egressos no período de 2004 a 2011. De maneira complementar, o método qualitativo nos levou à compreensão do contexto que favoreceu esta contribuição e o significado individual que a formação no Curso de especialização teve para sua vida profissional.

O percurso metodológico envolveu a pesquisa bibliográfica, o levantamento documental técnico-científico, a pesquisa documental e a coleta e análise dos dados empíricos.

A **pesquisa bibliográfica**, que teve como objetivo uma aproximação aos temas competência, aprendizagem de adultos e avaliação nutricional, envolveu o levantamento e análise de artigos de periódicos indexados pelo Medline, Lilacs, ERIC e Portal de Periódicos da CAPES, no período de 2000 a 2012, no sentido de conhecer a produção na área com consequentes contribuições para o processo de análise dos dados empíricos, além de dissertações e teses. Os termos utilizados para o levantamento da produção científica foram: competência, *competence*, nutrição, *nutrition*, aprendizagem de adultos, *adults learning*, egresso, nutricionista, especialização, pós-graduação, avaliação nutricional, *nutritional assessment*, terapia nutricional, equipe multiprofissional, entre outros correlatos.

Paralelamente, realizamos um **levantamento documental técnico-científico** para o estabelecimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) necessários para a prática da AN. Foram consultados os *guidelines* em Terapia Nutricional, artigos científicos e capítulos de livros sobre AN².

Na nossa pesquisa, esta estratégia metodológica permitiu também a coleta de dados sobre o Curso nos registros do GANEP: Projeto Pedagógico do Curso e Plano de Ensino da Disciplina de Avaliação Nutricional. Consideramos a **pesquisa documental** como o processo que permite a busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico, permitindo ampliar a compreensão das particularidades do contexto no qual se insere o objeto de estudo (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

² A seleção dos CHAs foi baseada nas obras de Waitzberg, 2001, da Sociedade Americana de Nutrição Enteral e Parenteral (ASPEN), 2007, e de Saupé et al., 2005.

Por fim, realizamos a **pesquisa empírica**, que compreendeu o levantamento de dados sobre as contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de CHAs e sua expressão na prática da AN pelo nutricionista.

O critério de seleção da **amostra** foi a realização do Trabalho de Campo (TC) no GANEP, no período de 2004 a 2011. O TC é uma das atividades realizadas durante o Curso, onde os alunos têm a oportunidade de vivenciar a AN e conviver com os profissionais da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional no âmbito hospitalar. Eles fazem o acompanhamento nutricional dos pacientes internados sob a supervisão dos tutores do Curso. A escolha do período considerou a necessidade de que o egresso retorne ao campo profissional após o Curso para mobilizar as competências desenvolvidas, antes de responder à pesquisa.

Para a identificação e seleção dos participantes, estruturamos um banco de dados com informações disponíveis nos arquivos de dados do departamento GANEP Educação: nome, ano de realização do curso, endereço eletrônico e telefone. Foram selecionados 258 nutricionistas e todo contato foi feito por e-mail. Destes, 19 não foram encontrados porque o endereço eletrônico estava incorreto.

Os egressos foram convidados a participar da pesquisa através de uma carta, apresentando inicialmente a pesquisadora, o objetivo da pesquisa e a importância da colaboração deles para a sua realização (APÊNDICE A).

Receberam também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ler, assinar e devolver em caso de concordância em participar da pesquisa (APÊNDICE B).

O instrumento de **coleta de dados** escolhido foi o questionário, amplamente utilizado em pesquisas como esta, nas quais se investiga sistematicamente a opinião de uma população específica sobre um determinado assunto. Para Silva et al. (1997),

[...] o questionário seria uma forma organizada e previamente estruturada de coletar na população pesquisada informações adicionais e complementares sobre determinado assunto sobre o qual já se detém certo grau de domínio (*apud* VASCONCELOS; GUEDES, 2007, p. 3).

Através dele o pesquisador pode ter acesso a eventos ocorridos no passado, na elaboração de perfis de comportamento e diagnósticos diversos (VASCONCELOS; GUEDES, 2007).

O questionário semi estruturado, autoaplicável, contemplou os seguintes eixos temáticos:

- **Perfil do Egresso:** idade; sexo; residência; formação (ano de término, instituição); área de atuação profissional; atividades desenvolvidas e nível de satisfação no emprego atual;
- **Conhecimentos, habilidades e atitudes** desenvolvidos e/ou aprimorados durante o Curso para a prática da AN;
- **A disciplina de Avaliação Nutricional e o Trabalho de Campo:** atividades desenvolvidas que contribuíram para o desenvolvimento/aprimoramento dos CHAs para a prática da AN; o significado do desenvolvimento dos CHAs e suas repercussões no trabalho; sugestões para a melhoria da disciplina de Avaliação Nutricional no tocante à contribuição para a prática profissional.

A maior parte das questões fechadas foi construída utilizando-se a escala de medida de Likert, comumente utilizada para revelar o grau de concordância com uma determinada afirmação (GIL, 1985). O nível de mensuração escolhido foi o ordinal: muito, considerável, pouco, nenhum.

O questionário foi pré testado por cinco nutricionistas e reformulado antes da aplicação junto à amostra da pesquisa.

Utilizamos o meio eletrônico para aplicação do questionário, o que possibilitou atingir o grande número de nutricionistas egressos dispersos em todo o Brasil. Os respondentes foram informados sobre o endereço da página do questionário na Internet através de um e-mail. Eles acessaram a *home page* do *website Zoomerang – Online Surveys & Pools* (<http://www.zoomerang.com/>), responderam as questões e, ao final, as informações foram enviadas diretamente para o banco de dados do próprio *website*, armazenado no *software* Microsoft Excel. Solicitamos aos participantes que respondessem à pesquisa no prazo de 15 dias. Esta solicitação repetiu-se por três vezes no período de 45 dias, uma vez que o número de questionários devolvidos nos primeiros 30 dias foi insuficiente.

Uma das grandes vantagens da utilização do questionário eletrônico para o pesquisador é o sensível aumento na velocidade de apuração dos dados coletados, uma vez que as respostas são postadas diretamente no servidor da entidade pesquisadora e a tabulação é automática. Ainda, “essa característica torna também

inteiramente confiável a tabulação, reduzindo a zero a possibilidade de erro (a menos, é claro, de um erro sistemático na elaboração das estatísticas)” (VASCONCELOS; GUEDES, 2007).

O processo de **análise dos dados** incluiu o tratamento estatístico das respostas às questões fechadas e a análise de conteúdo das respostas às questões abertas do questionário.

Os testes estatísticos aplicados foram: a *análise paramétrica de dados ordinais com medidas repetidas*, para avaliar se houve um número maior de respostas positivas em cada uma das questões, comparando com as respostas do mesmo indivíduo e considerando a dependência existente entre elas (BRUNER; LANGER, 2000; ROSA, 2001); o *teste de igualdade de proporções*, utilizado para comparar a proporção de respostas de duas variáveis determinadas, e/ou significância estatística entre seus níveis; e o *teste de McNemar*, que permite a comparação de duas proporções obtidas em amostras pareadas (antes e depois) (AGRESTI, 2002).

A análise de conteúdo, técnica amplamente utilizada no campo das investigações sociais nos últimos 50 anos, é definida por Bardin (1977) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (*apud* OLIVEIRA, 2008, p. 570).

Semelhantemente, Berelson (1952) define a análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” (*apud* OLIVEIRA, 2008, p. 570).

Através desta técnica, o pesquisador pode ter acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, e compreender significados não evidenciados através de uma leitura comum.

A análise de conteúdo pressupõe algumas etapas para sua realização (OLIVEIRA, 2008):

- Pré-análise: fase de organização do material e de escolha dos documentos que efetivamente estão de acordo com os objetivos da pesquisa. Diversos

procedimentos podem ser utilizados – leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos da análise e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

- Exploração do material ou codificação: consiste na codificação dos dados brutos em unidades de registro, garantindo a manutenção das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.
- Tratamento dos resultados - inferência e interpretação: é a etapa em que as informações obtidas pela análise ganham destaque através de uma quantificação simples ou mais complexa como a análise fatorial.

A aplicação desse método exige do pesquisador quatro atitudes fundamentais: ser objetivo, ser sistemático, abordar apenas o conteúdo manifesto e quantificar (OLIVEIRA, 2008).

Diversas técnicas podem ser adotadas para a realização da análise de conteúdo. Em nossa pesquisa escolhemos a análise de conteúdo temático/categorial.

A categorização consiste no agrupamento de dados em função de suas características comuns. Para Moraes (1999, p. 13) a categorização é “uma operação de classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios”, critérios estes descritos a seguir:

Validade, pertinência ou adequação: as categorias criadas devem ser significativas em relação ao conteúdo do material que está sendo analisado, e devem estar em concordância com os objetivos e questões a serem respondidas pela pesquisa.

Exaustividade ou inclusividade: significa que a categorização deve possibilitar a inclusão de todo o conteúdo significativo, de acordo com os objetivos da análise.

Homogeneidade: a organização das categorias deve basear-se em um único princípio ou critério de classificação.

Exclusividade ou exclusão mútua: o mesmo dado não pode ser incluído em mais de uma categoria.

Objetividade, consistência ou fidedignidade: consiste em construir um conjunto de categorias objetivo, no qual as regras de classificação são

suficientemente claras de modo que possam ser aplicadas consistentemente ao longo de todo o processo da análise.

Este foi o caminho escolhido para a aproximação ao objeto de estudo desta pesquisa que nos levou à identificação, explicação e compreensão de aspectos da realidade e seus condicionantes, os quais serão apresentados nos próximos capítulos.

Ética da pesquisa

Esta investigação foi realizada de acordo com as normas da Resolução 196/96 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo.

Todos os participantes foram previamente consultados, informados sobre o objetivo da pesquisa e o caráter voluntário de sua participação, e concordaram em participar, subscrevendo o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

3 Fundamentação teórica

Olhar para o objeto de estudo desta pesquisa implicou em reconhecer duas dimensões no referencial teórico: uma educacional e outra técnica.

Na dimensão educacional tomamos como eixos estruturantes os temas competência profissional, aprendizagem de adultos e aprendizagem significativa crítica. Reconhecemos que o desenvolvimento de competências é inseparável da construção de conhecimentos e da aquisição de habilidades.

Na dimensão técnica, o campo de atuação do nutricionista, a Nutrição Clínica, onde a avaliação do estado nutricional constitui-se na competência que, uma vez mobilizada poderá resultar na intervenção nutricional precoce e, em última análise, na melhora da evolução clínica do paciente.

3.1 Competências profissionais

A noção de competência vem sendo amplamente discutida no meio acadêmico e no mundo empresarial desde a década de 1970. Emergiu no cerne da crise estrutural do capitalismo, período caracterizado pelo esgotamento do modelo de organização taylorista/fordista, pela globalização econômica, pelo aumento da competitividade e por uma crescente exigência de qualidade dos produtos e serviços. (DELUIZ, 2001a; 2001b).

As organizações e empresas responderam a esta exigência com a reestruturação dos processos produtivos (flexibilização de produtos, utilização de novas tecnologias de base microeletrônica) e do modo de gerenciamento e organização no trabalho (DELUIZ 2001a; 2001b).

A natureza do trabalho é modificada, diante de um mercado cada vez mais competitivo, flexível e instável:

O trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista, é substituído, nas empresas e instituições que adotaram as novas formas de organização do trabalho, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Um trabalho de "arbitragem", onde é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho. A natureza deste tipo de trabalho reveste-se da imprevisibilidade das situações, nas quais o trabalhador ou o coletivo de trabalhadores tem que fazer escolhas e opções todo o tempo, ampliando-se as

operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades (DELUIZ, 2001b, p. 9).

O trabalho então se reveste de uma complexidade, fruto não só da introdução das novas tecnologias que demandam uma flexibilidade técnico-instrumental e polivalência do trabalhador, mas principalmente da “incorporação de atividades intelectuais, subjetivas e reflexivas” (LIMA, 2005, p. 270). A capacidade de diagnosticar e resolver problemas, de tomar decisão, de trabalhar em equipe, de enfrentar situações novas e incertas e de intervir no trabalho para a garantia da qualidade passa a integrar o novo perfil profissional frente às atuais exigências do mundo do trabalho (DELUIZ, 2001b).

Para Depresbiteris (2005, p. 4) este novo trabalhador caracteriza-se por uma “forte trabalhabilidade” que envolve o domínio das competências e ao mesmo tempo a capacidade de distanciar-se delas “para poder adaptar-se às mudanças de emprego ou setores de atividade.” Le Boterf (2006) afirma que, é neste distanciamento que o profissional tem a oportunidade de repensar suas práticas, compreendendo o porquê e o como agir, e colocando suas experiências em diferentes situações profissionais.

O campo da saúde sofre igualmente o impacto deste amplo processo de reestruturação econômica e social, tornando fundamental ampliar a capacitação profissional nesta área.

O trabalho em saúde possui peculiaridades. É um trabalho complexo na medida em que acolhe diversas profissões, profissionais, usuários e suas relações sociais e interpessoais; utiliza diferentes tecnologias; se realiza em distintos cenários e tem formas de organização também distintas. É heterogêneo porque abarca diferentes e independentes processos de trabalho nas instituições de saúde sem que haja, na maior parte das vezes, articulação entre eles. Por fim, é fragmentado e esta característica se manifesta em várias dimensões: na conceitual, onde há uma separação clara entre concepção e execução; na técnica, onde a visão cada vez mais especializada dos profissionais se sobrepõe à integralidade do processo de trabalho, do serviço e do usuário; e na dimensão social, pelo estabelecimento de rígidas relações hierárquicas e de subordinação (DELUIZ, 2001b).

Exige ainda, reflexão e articulação de saberes em diferentes instâncias frente a uma conjuntura fluida, caracterizada por situações complexas e de grande

instabilidade: demandas indeterminadas, descontinuidade, e necessidade de prontidão para atender a todos os casos (DELUIZ, 2001b; DEPRESBITERES, 2005).

Neste contexto de mudanças no processo do trabalho em saúde, em que se busca a melhoria da qualidade e da produtividade dos serviços, e o atendimento à crescente solicitação social de confiança, a visão global do processo de trabalho, a articulação entre os vários setores, a integração das ações dos diferentes profissionais da área da saúde, considerando seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, a comunicação entre os membros da equipe, a autonomia para intervir no processo de trabalho e a “humanização do cuidado na perspectiva do cliente” tornam-se imperativos (DELUIZ, 2001b, p. 11).

Naturalmente que as mudanças na natureza do trabalho demandam uma expansão da qualificação dos recursos humanos em saúde, como afirma Deluiz (2001b, p. 11):

É fundamental, portanto, ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho.

Para Depresbiteris (2005, p. 5) “o mundo começou a exigir muito mais do que o saber-fazer.” L’Abbate (1999, p. 17) reforça a ideia: é preciso “saber fazer bem, no sentido de um saber que leve em conta o técnico, o político e o ético. Para o profissional de saúde, não basta saber, é preciso articular responsabilidade, liberdade e compromisso.”

Assim, o conceito clássico de qualificação profissional antes atrelado exclusivamente aos saberes escolarizados e à experiência profissional, dá lugar ao modelo das competências onde os saberes tácitos e a subjetividade do trabalhador são extremamente valorizados (RAMOS, 2001; LIMA, 2005).

Competência é um termo complexo e polissêmico que pode ser conceituado sob distintas abordagens.

No saber popular, uma pessoa é competente quando ela é “capaz de fazer algo de modo bem feito” (DEPRESBITERIS, 2005, p. 2).

A acepção jurídica da palavra traz a ideia de capacidade e aptidão: competência é a faculdade concedida por lei a uma pessoa ou organização para apreciar e julgar pleitos e questões (LIMA, 2005; DEPRESBITERIS, 2005).

A aproximação à literatura educacional permite identificar que a competência pode ser interpretada de acordo com três correntes teóricas distintas. A primeira, representada especialmente pelos autores norte-americanos, entende a competência como resultado de um conjunto de atributos pessoais, portanto inatos, que permitem que a pessoa realize determinada tarefa ou lide com uma determinada situação. Para a segunda, defendida principalmente pelos autores franceses, é possível desenvolver competências independentemente das capacidades inatas, é possível aprendê-las em qualquer etapa da vida; elas estão associadas àquilo que o indivíduo é capaz de realizar ou produzir. A terceira corrente adota uma perspectiva dialógica, integradora, em que para ser competente é preciso associar atributos pessoais com a ação e seu ambiente, visando alcançar um determinado resultado (LIMA, 2005; DEPRESBITERIS, 2005; BRANDÃO, 2007).

Desta perspectiva dialógica, Perrenoud (1999, p. 7) define competência como sendo “[...] uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.” Para ele, o enfrentamento adequado de uma situação requer que sejam colocados em ação e sinergicamente, diversos recursos cognitivos, dentre os quais estão os conhecimentos.

“Colocar em ação” nos remete à ideia de mobilização introduzida por Le Boterf (2006, p. 61):

Não basta que um profissional seja detentor das competências para que nele possamos inteiramente ter confiança. É, sobretudo, fundamental que ele seja capaz de as associar e de as mobilizar, com pertinência, numa situação de trabalho, de saber como proceder para agir.

Esta mobilização não é espontânea e brota de um treinamento intensivo na prática conforme aponta Perrenoud (1999, p. 10):

A construção de competências, pois, é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz. Ora, os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de ação complexa desenvolvem-se e estabilizam-se ao sabor da prática. No ser humano, com efeito, os esquemas não podem ser programados por uma intervenção externa. Não existe, a não ser nas novelas de ficção científica, nenhum “transplante de esquemas”. O sujeito não pode tampouco construí-los por simples interiorização de um conhecimento procedimental. Os esquemas constroem-se ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo

tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva.

Embora estes esquemas sejam adquiridos na prática eles se apoiam na teoria fortalecendo a ideia de que o modelo das competências não exclui nem rejeita os conteúdos e disciplinas, mas os coloca a serviço de sua implementação. Na abordagem por competências, os conhecimentos são recursos que, só valem quando disponíveis no momento certo e pertinentes a uma dada situação (PERRENOUD, 1999). Por isso, a decisão de incluir um determinado conteúdo no processo ensino-aprendizagem passa por uma avaliação de seu significado, consistência e funcionalidade para enfrentar uma situação real e complexa (LIMA, 2005).

Tomando como referencial o cenário do trabalho, em termos gerais, a competência profissional pode ser assim definida:

[...] a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural (DELUIZ, 2001b, p. 13).

Semelhantemente, para Deffune e Depresbiteris (2002, p. 19) “[...] um trabalhador competente é aquele capaz de mobilizar seus conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber-ser) no seu cotidiano.”

Desta perspectiva, a competência profissional implica na articulação e mobilização de seus elementos constituintes, conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs), e não na detenção dos mesmos, mesmo que estes sejam relevantes a determinados contextos, organizações ou ofícios (DEPRESBITERIS, 2005). Portanto, o profissional competente deve saber “combinar e por em prática um conjunto coerente de recursos” (LE BOTERF, 2006, p. 61).

Esta combinação dos elementos que constituem a competência (CHAs) é da ordem do indivíduo, no sentido que cada um agirá de acordo com seus recursos e características pessoais, de uma maneira peculiar aprendida através da experiência. Assim não existe uma única forma de alcançar um padrão de excelência que rege uma prática profissional; não há uma única maneira de ser competente diante de uma situação (LIMA, 2005; LE BOTERF, 2006; DEPRESBITERIS, 2005).

A aplicação dos CHAs no trabalho gera um desempenho profissional; isto é, o desempenho é a expressão concreta da articulação e mobilização destes elementos frente às situações de trabalho. Este desempenho, se competente, agrega valor tanto para o indivíduo que o produz quanto para a organização na qual ele trabalha (BRANDÃO, 2007). Nas palavras de Ramos (2001, p. 22) “[...] a competência é a condição do desempenho, sendo a primeira, o mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação.” Ainda para a autora, as competências não podem ser observadas diretamente, mas podem ser inferidas através do desempenho, embora sua expressão não contemple a totalidade das competências do indivíduo.

Semelhantemente Le Boterf (2006), ao definir o profissional competente como aquele que “sabe articular as sequências de ações, tendo em vista alcançar um objetivo que faça sentido” aponta que o foco da avaliação são as práticas profissionais e o desempenho. O autor menciona ainda que, ao pensar em avaliação de competências é preciso valorizar a ação, as práticas em tarefas completas e complexas e não os recursos isoladamente (conhecimentos, habilidades, atitudes, etc.), comportamento que tem marcado a gestão pelas competências nos últimos anos. Esta avaliação não é simples, na medida em que se propõe a avaliar o processo e não somente os resultados.

Outro fator que faz da avaliação um procedimento complexo é o grau de subjetividade que tem sido abarcado pela noção de competência. Zarifian (2012), ao definir competência, aponta três elementos complementares pertencentes ao potencial do indivíduo: iniciativa e responsabilidade frente às situações com as quais se depara; inteligência prática para as situações, que se ampara nos conhecimentos adquiridos e os transforma de acordo com a complexidade das situações; e a capacidade de mobilizar outros atores em torno das mesmas situações, assumindo responsabilidades, compartilhando desafios.

A inclusão deste último elemento nos permite resgatar o fato de que o trabalho, nesta nova realidade, se reveste de um caráter cada vez mais coletivo, voltado para o outro, tornando “[...] difícil, até mesmo impossível, ser competente sozinho e de forma isolada” (LE BOTERF, 2006, p. 61). Deluiz (2001b) defende ainda que, há competências do trabalhador que só poderão expressar-se dentro de uma equipe de trabalho, em situações grupais. Neste contexto, a avaliação deve levar em conta não só os resultados individuais, mas também as características da

equipe e da organização que podem funcionar como restritoras ou facilitadoras da aplicação das competências no trabalho (BRANDÃO, 2007).

Ainda, em suas considerações a respeito da competência, Zarifian (1998), em linha com as ideias de Le Boterf (2006) faz alusão à reflexividade como uma das dimensões da competência:

[...] A competência pode ser definida também como o exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho, que é um distanciamento crítico face ao seu trabalho, o fato de que a pessoa questiona frequentemente sua maneira de trabalhar e os conhecimentos que ela mobiliza (*apud* DELUIZ, 2001b, p. 12).

Para Le Boterf (2006) a reflexividade ou distanciamento é a terceira dimensão da competência. A primeira diz respeito aos recursos disponíveis que podem ser mobilizados para agir; a segunda à prática e ao desempenho profissionais; a terceira, do distanciamento, como o próprio nome diz, consiste em distanciar-se das outras duas dimensões tornando-as objeto de reflexão. É analisar, tomar consciência das práticas para alcançar a compreensão do por que e como agir, para ir além do prescrito, ultrapassar limites, inovar, criar. Segundo o autor, é nesta dimensão que o profissional desenvolve sua capacidade de conduzir, ele mesmo, suas aprendizagens.

Para alguns teóricos da educação, como David Kolb (1984) e Donald Schon (1983) a reflexão é condicionante da aprendizagem; os conteúdos, as estratégias de ensino e as experiências só resultarão em efetiva aprendizagem se conduzirem à reflexão (PIMENTEL, 2007; HEFLICH; IRAN-NEJAD, 1995).

A discussão sobre aprendizagem será aprofundada em outro capítulo deste documento, mas cabe aqui fazer menção a ela, uma vez que se constitui no processo através do qual as competências são construídas, seja ele natural ou induzido.

Irigoin (2002) ao definir o termo competência refere-se à aprendizagem em situações concretas de trabalho como o meio através do qual se adquire a competência:

Competência é a construção social de aprendizagens significativas e úteis para o desempenho produtivo, em uma situação real, que se obtém não só por meio da instrução, como também, e em grande medida, por meio da aprendizagem em situações concretas de trabalho (*apud* DEPRESBITERIS, 2005, p. 3).

O exercício e o treinamento no campo de trabalho favorecem esta construção porque impulsionam a vivência de situações semelhantes, com uma determinada frequência, que se reproduzem dia a dia, acelerando este processo de construção (PERRENOUD, 1999). Da mesma óptica, Lima (2005, p. 375) afirma:

A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma **aproximação imediata da aprendizagem ao mundo do trabalho**, favorecendo a construção de novos saberes a partir do reconhecimento da prática em questão e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, assim como da funcionalidade das capacidades e serem desenvolvidas para melhor qualificar estas ações. (grifo da autora)

Nos últimos anos, diante da realidade cada vez mais complexa do mundo do trabalho, observa-se um movimento dos educadores brasileiros na direção de promover mudanças concretas nos currículos voltados para a formação profissional. As propostas curriculares têm sido desenvolvidas “em torno de eixos que articulam e integram: teoria e prática; capacidades e ações; contextos; e critérios de excelência” (LIMA, 2005, p. 377).

No âmbito da educação em geral, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB introduziu a noção de competência como estruturante da base curricular (BRASIL, 1996). Da perspectiva da formação profissional, Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs para os cursos de graduação, elaboradas com base no perfil de egresso que se deseja formar, têm sido divulgadas desde a década de 1990 (BRASIL, 2001). Entretanto, nenhuma delas explicita o conceito de competência assumido.

Do ponto de vista legal, foi a Resolução CNE/CEB nº. 4/1999 que ao instituir diretrizes as para a educação profissional de nível técnico, incluindo a área da saúde, definiu competência profissional como “[...] a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999, artigo 6º.).

Tomar o desenvolvimento de competências como concepção orientadora do processo de construção curricular na área da saúde implica em inserir precocemente os estudantes nos cenários de prática profissional visando promover a integração teoria e prática; restaurar a visão global e integradora dos campos científicos; desenvolver a perspectiva interdisciplinar, ação cooperativa, solidária e ética;

estimular uma postura ativa, crítica e reflexiva; desenvolver a capacidade de aprender a aprender; auxiliar o indivíduo a identificar os próprios valores e superar os limites e constrictões (LIMA, 2005).

Desta perspectiva torna-se fundamental uma “[...] estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem” (LIMA, 2005, p. 376).

Esta, entretanto, não é uma tarefa fácil, pois exige a ruptura de paradigmas e práticas que, embora não compatíveis com aquilo que desejamos, ainda hoje dominam o processo de formação profissional (MAIA, 2004). Este processo envolve profundas transformações nos programas, nas didáticas, na avaliação, no funcionamento das classes e das instituições, na maneira de aprender e de ensinar (PERRENOUD, 1999). Certamente que estas transformações geram resistência por parte dos atores envolvidos no processo educacional, temerosos diante dos elementos desta nova abordagem.

Todavia, o modelo das competências apresenta-se como uma estratégia consistente para o enfrentamento do debate a respeito da formação profissional na área da saúde, considerando a realidade do mundo profissional, social e político.

Finalizamos esta discussão com as palavras de Deluiz (2001b, p. 11):

É fundamental, portanto, ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho.

3.2 Nutrição Clínica: campo de atuação profissional e de desenvolvimento de competências para avaliar o estado nutricional

A Nutrição Clínica e os cuidados metabólicos fundamentados principalmente na triagem e avaliação nutricional são tão indispensáveis quanto medicamentos, ventilação, e outros métodos terapêuticos avançados. Entretanto, a importância do suporte nutricional adequado não se encontra amplamente aceita, tornando um esforço educacional relevante para sua promoção na prática clínica.
(SOBOTKA, 2008)³

A Nutrição Clínica (NC) destaca-se como a área de atuação mais procurada pelos egressos da graduação em Nutrição (MIRANDA et al., 2010; LETRO; JORGE, 2010; GOMES; SALADO, 2008; GAMBARDELLA; FERREIRA; FRUTUOSO, 2000).

Sua origem confunde-se com o próprio surgimento do campo da Nutrição nas décadas de 1930 e 1940. De acordo com Vasconcelos (2002), duas correntes distintas e bem definidas confluíram para a formação deste campo no Brasil: uma chamada de perspectiva social, preocupada particularmente com aspectos relacionados à produção, distribuição e consumo de alimentos, com atuação voltada para o coletivo e que daria origem à Nutrição em Saúde Pública; e a outra, chamada de perspectiva biológica, que originou a NC e sobre a qual nos debruçaremos um pouco mais neste capítulo.

Os partidários da perspectiva biológica, sob influência das escolas de nutrição norte-americanas e europeias, valorizavam essencialmente aspectos clínico-fisiológicos do consumo e da utilização biológica dos nutrientes. A atuação profissional estava voltada para o individual, o doente, a clínica, a fisiologia e o laboratório. Dez anos depois esta vertente deu origem à Nutrição Básica e Experimental e à Nutrição Clínica, considerada, no contexto mundial, a especialização matriz do campo da Nutrição (VASCONCELOS, 2002).

A área de atuação profissional Nutrição Clínica é definida legalmente pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) como:

Atividades de alimentação e nutrição realizadas nos hospitais e clínicas, nas instituições de longa permanência para idosos, nos ambulatórios e consultórios, nos bancos de leite humano, nos

³ Lubos Sobotka é médico, Chefe do Departamento de Cuidados Metabólicos e Gerontologia da Faculdade de Medicina da Universidade Charles, Hradec Králové, República Checa. Foi o editor responsável da obra Bases da Nutrição Clínica publicada em 2008. Este trecho foi extraído de suas considerações a respeito da referida obra.

lactários, nas centrais de terapia nutricional, nos Spa e quando em atendimento domiciliar (CFN, 2005, artigo 2^o).

As competências do profissional que atua nesta área também foram definidas:

Compete ao Nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição Clínica, prestar assistência dietética e promover educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos, em nível hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em consultórios de nutrição e dietética, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde (CFN, 2005, anexo II).

Este mesmo documento estabeleceu atividades que obrigatoriamente devem ser realizadas pelo profissional que atua na Nutrição Clínica, dentre as quais encontramos uma que guarda relação direta com nosso estudo “Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos” (CFN, 2005, anexo II, 1.1.2).

Identificamos também esta mesma competência nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Nutrição, ou seja, é esperado que o egresso da graduação saiba: “Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos” (BRASIL, 2001, p. 2).

Entretanto, na nossa experiência, esta não é a realidade de grande parte dos profissionais que vêm buscar capacitação na área da Nutrição Clínica. As dificuldades, especialmente na interpretação dos resultados dos diferentes métodos de avaliação nutricional e na elaboração do diagnóstico revelam uma lacuna a ser preenchida.

A Avaliação Nutricional (AN) é definida por Russell e Mueller (2007, p. 164) como “[...] abordagem ampla para definir o estado nutricional que usa a história médica, nutricional e medicamentosa, exame físico, medidas antropométricas e dados laboratoriais.” Para o Conselho Federal de Nutricionistas, a AN é:

A análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população (CFN, 2005, artigo, anexo I, IX).

E o diagnóstico nutricional é definido como:

A identificação e determinação do estado nutricional do cliente ou paciente, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtidos quando da avaliação nutricional e durante o acompanhamento individualizado (CFN, 2005, anexo I, XX).

A importância de avaliar o estado nutricional e fazer o diagnóstico correto precocemente reside na identificação de oportunidades para a intervenção nutricional também precoce, reduzindo a prevalência da desnutrição e as complicações a ela relacionadas.

Soeters (2008) define a desnutrição como um estado subagudo ou crônico de nutrição em que uma combinação de diferentes graus de sub ou super nutrição e atividade inflamatória determinaram alterações na composição corporal e diminuição da função.

A desnutrição é responsável pelo aumento das complicações infecciosas e não infecciosas como a depressão do sistema imune, prejuízo na cicatrização e perda muscular, além do aumento do tempo de permanência hospitalar, dos custos e da mortalidade (BARKER; GOUT; CROWE, 2011). Correia e Waitzberg (2003) avaliaram o impacto da desnutrição na morbimortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos e demonstraram que os pacientes desnutridos, quando comparados aos nutridos, apresentam maior incidência de complicações, aumento da mortalidade e permanecem hospitalizados por mais tempo (27,0% e 16,8%; 16,7 dias e 10,1 dias; 12,4% e 4,7%, respectivamente).

Se considerarmos que doença comum é aquela com prevalência superior a 10%, a desnutrição é uma das doenças mais frequentes nos hospitais (CORREIA; ECHENIQUE, 2001). Em nosso país, esta é a realidade. O IBRANUTRI, estudo multicêntrico realizado com 4000 doentes internados nos hospitais da rede pública de 12 estados e do Distrito Federal, avaliou a prevalência de desnutrição, a consciência da equipe de saúde a respeito do estado nutricional do paciente e o uso da TN. Os resultados revelaram que quase metade dos doentes (48,1%) apresentava algum grau de desnutrição. Destes, apenas 18,8% tinham algum tipo de anotação referente ao seu estado nutricional no prontuário, embora 75% deles estivessem a menos de 50 metros de uma balança. A ausência de diagnóstico da doença, neste caso a desnutrição, limita a intervenção terapêutica. Outro problema observado foi a ausência da prescrição da TN: apenas 10,1% dos pacientes desnutridos receberam nutrição enteral (WAITZBERG, 2001).

O mesmo estudo apontou que a desnutrição aumenta em 50% a morbidade e em duas vezes e meia a mortalidade hospitalar acarretando graves prejuízos para o indivíduo, família e comunidade. Implica, portanto, em elevados custos diretos e indiretos para o Sistema de Saúde. O custo do paciente desnutrido é 60,5% maior do que o do paciente bem nutrido, podendo alcançar a faixa dos 300% na vigência de uma complicação infecciosa. (CORREIA; WAITZBERG, 2003).

Baxter e Waitzberg (2004, p. 500) chamam atenção para os custos advindos da falta de diagnóstico e intervenção nutricional precoces:

À primeira vista, pode parecer redundante destacar que o risco nutricional tem relação direta com o aparecimento das complicações e incremento do custo. No entanto e, infelizmente, ainda hoje, a maioria dos pacientes **não é avaliada do ponto de vista nutricional** e a TN é tardiamente prescrita. Ou seja: convive-se com o “custo da não-prescrição” da TN. (grifo da autora)

Esta situação poderia ser revertida com a utilização precoce de ferramentas e recursos que estão disponíveis hoje, dentro dos próprios hospitais: a avaliação nutricional e o uso da Terapia Nutricional (TN) (BAXTER; WAITZBERG, 2004).

De acordo com pesquisas recentes é mandatória a realização da avaliação nutricional precoce, de acordo com os *guidelines* de boas práticas, como uma estratégia para alcançar o objetivo de reduzir a incidência da desnutrição hospitalar e os custos através da intervenção nutricional em tempo oportuno (BARKER; GOUT; CROWE, 2011; NORMAN et al., 2008)

A Terapia Nutricional é definida pela legislação como um “conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e ou Enteral” (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003). Definições mais recentes, das sociedades americana e europeia de nutrição enteral e parenteral, são mais abrangentes e incluem também a nutrição oral. Para a sociedade americana, ASPEN (2012), a TN é um componente do tratamento médico que inclui a nutrição oral, enteral e parenteral. Para a sociedade europeia, ESPEN, o suporte nutricional inclui fortificação alimentar, suplemento nutricional oral, nutrição enteral e parenteral. Ele objetiva o aumento da ingestão de macro e/ou micronutrientes (ESPEN, 2006).

Os resultados alarmantes do IBRANUTRI desvendaram a necessidade de criar mecanismos de implantação das ações em TN, incluindo a AN. Dois anos

depois da realização do estudo, entrou em vigor a Portaria 272 de 08 de abril de 1998 que fixou os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Em 2000 foi a vez da Terapia de Nutrição Enteral, regulamentada pela Resolução 63 de 06 de julho de 2000. Em abril de 2009, a Portaria 120 aprovou as normas de classificação e credenciamento/habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral com o objetivo de “[...] garantir, aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos, uma adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas”. (BRASIL, 2009).

Este regulamento técnico, publicado pela ANVISA em 14 de abril de 2009, estabelece os requisitos mínimos para a prática da TN pela unidade hospitalar, considerando que é um procedimento especializado, de alta complexidade e sujeito a complicações e riscos em todas as etapas de sua implementação. Um dos requisitos exigidos é a constituição formal de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN, constituída pelo profissional médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, com treinamento específico para atuar nas atividades relacionadas à TN. Cada um destes profissionais tem suas atribuições bem definidas pela legislação: o nutricionista é responsável pela avaliação do estado nutricional do paciente, o médico pela prescrição, o farmacêutico pelo preparo e o enfermeiro pela administração. A partir desta normativa, a EMTN passa a dirigir e responder por todas as atividades de TN nas instituições hospitalares. Exige-se também da EMTN, a indicação de um coordenador clínico, sendo exclusividade do médico habilitado a ocupação deste cargo. A Portaria 272, a Resolução 63 e a Portaria 120 conferem ao profissional médico capacitado por meio de curso de especialização em Nutrição Clínica, com carga horária mínima de 360 horas, a habilitação para assumir a coordenação clínica da EMTN (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000; BRASIL, 2009).

Novamente a avaliação do estado nutricional aparece como uma atribuição bem definida do nutricionista - “Realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional” - e deve preceder a prescrição da TN, pois a conduta nutricional a ser tomada depende do diagnóstico nutricional: “A indicação da TN deve ser precedida da avaliação nutricional do paciente que deve ser repetida, no máximo, a cada 10 dias”. (BRASIL, 2000).

Apesar da realidade da implantação destas normas em território nacional, muitos hospitais ainda não dispõem de uma EMTN. No estado do Paraná, em 2002, apenas 2,9% dos hospitais paranaenses estavam credenciados junto à ANVISA para administrar terapia nutricional enteral e parenteral a seus pacientes (MURAGUCHI et al., 2002). Em 2005, Bottoni et al., estudando o perfil dos hospitais da grande São Paulo, observaram que, dos 119 hospitais envolvidos apenas 43,7% tinham uma equipe formalmente constituída. Neste mesmo ano, estudo realizado em oito hospitais públicos de quatro estados brasileiros (Pernambuco, Rio Grande do Sul, Sergipe e Rio de Janeiro) revelou que 65% deles tinham EMTN constituída, embora apenas um (12,5%) tenha comprovado a constituição formal da equipe (DE SETA et al., 2010). A ausência da EMTN poderia explicar a falta da valorização do estado nutricional dos doentes em grande parte dos hospitais brasileiros.

O IBRANUTRI chamou atenção para a “reduzida consciência das equipes de saúde quanto à importância do estado nutricional do paciente.” Dez anos depois, o estudo de De Seta et al. (2010), anteriormente citado, revelou que em 93% dos 219 prontuários de pacientes internados não havia registros sobre o estado nutricional na admissão e sobre a avaliação nutricional dos pacientes em TN, por parte de qualquer profissional da saúde. Para os autores estes dados ressaltam a precariedade da dimensão multiprofissional do cuidado nutricional.

Para Boog (1999, p. 141) a necessidade de capacitação dos profissionais da área da saúde em Nutrição é evidente:

Considerando que a nutrição é a base sobre a qual se desenvolvem todos os processos fisiológicos e patológicos, que nenhum fenômeno orgânico normal ou anormal ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e ainda que o papel primordial da nutrição é o da promoção, manutenção e recuperação da saúde, pressupõe-se a necessidade de um adequado preparo dos profissionais da área da saúde em relação ao assunto.

A educação nutricional está relacionada, paradoxalmente, ao aumento e à diminuição da prevalência de desnutrição. Se por um lado, sua ausência é o principal fator responsável pela alta prevalência, por outro, é considerada a chave para a conscientização da equipe de saúde a respeito da importância do estado nutricional (GALLAGHER et al., 1996; WAITZBERG et al., 2001).

Da reflexão sobre esta realidade surgiu nossa inquietação e a necessidade de buscar as respostas a respeito da contribuição do objeto desta pesquisa para a

capacitação do nutricionista, profissional responsável pela avaliação e diagnóstico nutricional do paciente.

3.3 Aprendizagem de adultos

A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo. É preciso, portanto, fazer desta conscientização o primeiro objetivo de toda educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação.
(FREIRE, 1979, p.22)

O termo adulto é definido pelo dicionário Aurélio (2004) como: “1. Que atingiu seu completo desenvolvimento: animal adulto, planta adulta. 2. Relativo ao período da vida após a adolescência. 3. Indivíduo adulto.”

Esta definição poderia ser considerada minimalista por abranger apenas a dimensão biológica do indivíduo, nos remetendo a ideia de um ser pronto, completo, acabado.

Oliveira (1998, não paginado) propõe uma abordagem mais ampla do termo, e constrói o conceito de adulto considerando quatro aspectos da capacidade humana - o sociológico, o biológico, o psicológico e o jurídico.

Adulto é aquele indivíduo que ocupa o *status* definido pela sociedade, por ser maduro o suficiente para a continuidade da espécie e auto-administração cognitiva, sendo capaz de responder pelos seus atos diante dela.

Para a educação crítica, segundo Freire (1979, p. 42), os homens são “[...] seres inacabados, incompletos em uma realidade igualmente inacabada e juntamente com ela.” E ainda: “[...] o caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade exigem que a educação seja uma atividade contínua.”

O homem é consciente da sua condição e esta consciência o leva em busca da continuidade do processo de aprendizagem e aprimoramento profissional, “otimizando a superação de seus saberes e experiências” (BATISTA, 2004, p. 73).

Pimentel (2007, p. 159), na mesma linha de pensamento afirma que “[...] a formação profissional não cessa nunca; implica na contínua aquisição de conhecimentos, atitudes e competências ao longo da carreira.”

Portanto, compreender como o adulto aprende torna-se fundamental para o êxito dos programas de formação profissional.

Novamente recorreremos ao dicionário Aurélio (2004) para encontrar a definição de aprendizagem, a qual nos remete a outras duas palavras: aprendizado e aprender.

Aprendizagem. Aprendizado.
Aprendizado. Ato, ou processo ou efeito de aprender; aprendizagem.
Aprender. 1. Tomar conhecimento de. 2. Tornar-se capaz de (algo), graças a estudo, observação, experiência, etc. 3. Tomar conhecimento de algo, retê-lo na memória, graças a estudo, observação, experiência, etc.

Para Knowles (2011) definir o termo aprendizagem não é tarefa fácil. É preciso revisitar teóricos e teorias, conhecer seus componentes-chave e só então elaborar um conceito. Em sua obra “The Adult Learner”, Knowles apresenta as diferentes teorias da aprendizagem, identifica seus componentes-chave e só então define aprendizagem como “[...] o processo de ganho de conhecimento e perícia (*expertise*)” (2011, p. 17). Os componentes-chave que fundamentam sua definição são: mudança, satisfação de uma necessidade, aprendizagem como produto, processo e função, crescimento natural, controle, formação, desenvolvimento de competências, realização do potencial, envolvimento pessoal, iniciativa própria, aprendizagem independente, e domínios de aprendizagem.

Batista (2003, p. 64), amparada pela abordagem de Vigotsky (1988), apresenta a aprendizagem como um processo, no qual o aprendiz é um sujeito ativo, responsável pela transformação do contexto social e histórico no qual está inserido:

[...] aprender abrange todo um processo de transformação das concepções consideradas espontâneas ou ingênuas para explicação da realidade, (des) e (re) construindo conceitos, habilidades e atitudes em uma direção de reestruturar, em patamares mais complexos, as formas de pensar, compreender e intervir no mundo.

Mas como a aprendizagem como processo favorecedor da aquisição de competências pode levar a um desempenho competente que agregue valor para o indivíduo e para o meio em que vive? Encontraremos a resposta nas teorias que fundamentam a aprendizagem do adulto, discutidas a seguir.

3.3.1 O modelo andragógico

As primeiras concepções a respeito das características do aprendiz adulto emergiram logo após a I Guerra Mundial. Foi Eduard C. Lindeman o pesquisador pioneiro que, em 1926, fortemente influenciado pela filosofia educacional de John Dewey, identificou os pressupostos-chave que fundamentaram mais tarde a teoria de aprendizagem do adulto (KNOWLES, 2011):

- Adultos são motivados a aprender quando experimentam a satisfação de suas necessidades e interesses; por isto, estes são os pontos de partida apropriados para a organização das atividades de aprendizagem.
- A orientação de aprendizagem do adulto está centrada na vida; por isto as unidades apropriadas para organizar sua aprendizagem são as situações de vida, não os conteúdos.
- A experiência é a fonte mais rica para a aprendizagem do adulto; por isto, a principal metodologia da educação de adultos é a análise das experiências.
- Adultos têm uma profunda necessidade de serem autogeridos; por isto, o papel do professor é engajar-se em um processo de mútua investigação com os alunos e não apenas transmitir-lhes seu conhecimento e depois avaliá-los.
- Diferenças individuais entre as pessoas aumentam com a idade; por isto a educação de adultos deve considerar as diferenças de método, tempo, espaço e ritmo de aprendizagem.

Nas décadas que se seguiram pesquisas foram intensificadas no sentido de conjugar elementos fragmentados para gerar um modelo integrado de aprendizagem. Surge então na década de 1960, o termo Andragogia inicialmente definido por Knowles como “a arte e a ciência de ajudar o adulto a aprender” (KNOWLES, 2011), e posteriormente compreendido como um modelo de princípios de aprendizagem, no qual o aprendiz é o centro, e, portanto, pode ser utilizado para pessoas de todas as idades (CARVALHO et al., 2010; NOFFS; RODRIGUES, 2011).

Para melhor compreensão do modelo andragógico, faz-se necessário diferenciá-lo do modelo ainda hoje dominante, o pedagógico, o qual todos nós que aprendemos e ensinamos já experimentamos.

A Pedagogia, concebida como “a arte e ciência de ensinar crianças”, teve sua origem no final do século VII, nas escolas catedráticas e monásticas da Europa, que preparavam jovens meninos para o sacerdócio (KNOWLES, 2011, p. 60). Sendo o único modelo educacional disponível, perpetuou-se pelas escolas seculares organizadas nos séculos seguintes, constituindo-se em base organizacional para todos os níveis de ensino, incluindo o ensino superior (NOFFS; RODRIGUES, 2011).

O modelo pedagógico tradicional baseia-se nas seguintes concepções (NOFFS; RODRIGUES, 2011; KNOWLES, 2011):

1. A centralidade do processo de ensino-aprendizagem está no professor, responsável por decidir o quê, como e quando aprender e avaliar;
2. Os alunos têm um papel passivo, submisso nas dinâmicas educacionais;
3. A experiência do aluno tem pouco valor;
4. A orientação para a aprendizagem está centrada na aquisição de conteúdos, muitas vezes fragmentados e desconectados da realidade do aluno, mas em concordância com os interesses da sociedade;
5. Gera uma personalidade dependente que dificilmente será capaz de “aprender a aprender.”

Para Freire (1979), o domínio deste encontra amparo no sistema capitalista, na medida em que atende aos seus interesses, consentindo que o sujeito educado não desenvolva a consciência crítica e permaneça em um estado de consciência ingênua e alienação.

Esta condição se perpetua e permanece até os dias de hoje pela imposição de uma concepção “bancária” de educação, onde o professor é o sujeito do processo, que tudo sabe e por isso transfere, deposita seus conhecimentos no aluno, que passivamente os recebe, memoriza e repete:

O educador é o que educa; os educandos, os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem; o educador é o que pensa; os educandos, os pensados; o educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente; o educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados; o educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição; o educador é o que atua; os educandos, os que

têm a ilusão de que atuam; o educador escolhe o conteúdo programático; os educandos se acomodam a ele; o educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele; o educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos (FREIRE, 1987, p. 34).

As práticas desta concepção caracterizam-se pelo verbalismo, e fundamentam-se na dissertação, transmissão de conhecimentos, a qual se constitui em obstáculo à transformação, uma vez que gera indivíduos de personalidade passiva, desencorajados a agir e refletir a respeito do mundo em que vivem (FREIRE, 1983; ARANHA, 1996).

Antagonicamente, em Freire temos que o ato educativo deve favorecer o processo de conscientização pelo homem, que só ocorrerá em sua “[...] defrontação com o mundo, com a realidade concreta [...]” (FREIRE, 1983, p. 52). É na postura questionadora, curiosa diante do cotidiano, que se instaura uma relação dialógica entre educador e educando, onde “[...] educador e educando assumem o papel de sujeitos cognoscentes, mediatizados pelo objeto cognoscível que buscam conhecer” (FREIRE, 1983, p. 16). Nesta perspectiva, o papel do professor é problematizar o conteúdo e não dissertar sobre ele. Para Aranha, o conhecimento gerado neste processo é fruto da conscientização crítica e não da consciência ingênua, porque é autenticamente reflexivo e implica no ato de conhecer constantemente a realidade e nela se posicionar (ARANHA, 1996).

O modelo de educação andragógico caminha nesta mesma direção e difere-se do pedagógico, uma vez que coloca o indivíduo e suas circunstâncias no centro do processo de ensino-aprendizagem.

Este modelo, construído por Malcom Knowles (1970) e fundamentado em Lindeman (1926), tem como pressupostos:

- **A necessidade de saber.** Adultos precisam saber o porquê eles precisam aprender algo, antes mesmo de aprender.

O educador deve auxiliar os alunos a tornarem-se conscientes das suas necessidades, favorecendo o processo de tomada de consciência da realidade e de sua capacidade para transformá-la (KNOWLES, 2011; FREIRE, 1979).

- **O autoconceito do aprendiz.** Adultos têm uma profunda necessidade de serem autodirigidos; por isso eles resistem às imposições. Compartilhar a responsabilidade do processo de ensino-aprendizagem, fazendo a escuta seus interesses e necessidades, de suas propostas para a construção do currículo, valorizando suas experiências prévias é dar ao aprendiz a oportunidade de ser sujeito, de exercer sua vocação ontológica, de significar o processo educativo (FREIRE, 1979, p. 19).

Entretanto, superar a condição de ser dependente gerada pelas experiências educacionais da infância é um desafio. Os educadores de adultos, conscientes deste problema podem proporcionar experiências de aprendizagem que auxiliem a transição do indivíduo de aprendizes dependentes para aprendizes autodirigidos (KNOWLES, 2011).

- **O papel das experiências do aprendiz.** Adultos trazem para suas atividades educacionais experiências que são diferentes daquelas trazidas pelas crianças e jovens em quantidade e qualidade (KNOWLES, 2011); por isso são considerados a fonte mais rica para aprendizagem.

Para Moreira (2000), a experiência prévia é a variável que mais influencia a aprendizagem significativa, que se caracteriza pela interação entre o conhecimento novo e o prévio. A produção de conhecimentos se dá através deste processo, onde o conhecimento que já temos em nossa estrutura cognitiva vai sendo progressivamente diferenciado e reorganizado pela integração com os novos conhecimentos.

Semelhantemente, Freire valorizava grandemente o universo do educando, levando em conta sua história, cultura e experiência prévia (FREIRE, 1979). Esta valorização ocorre através do diálogo, na relação de troca horizontal entre professor e aluno, caracterizada pelo respeito, colaboração, confiança e conforto.

No compartilhar experiências, juntos, os dois aprendem, tornando a sala de aula um espaço frutífero para o aprendizado. Desta perspectiva, Gessner (1956) (*apud* KNOWLES, 2011, p. 38) destaca que, na classe do estudante adulto a experiência tem o mesmo peso que o conhecimento do professor. Ambos são compartilhados par a par. De fato, em algumas das melhores

classes de adultos é difícil de distinguir quem aprende mais: se o professor ou o estudante, conclui o autor.

É ainda no compartilhar experiências, que o adulto tem a oportunidade de refletir sobre elas, o que para Donald Schon (1983), autor da teoria da prática reflexiva, é fundamental para que haja aprendizado. Sobre este tema, nos debruçaremos logo a seguir.

Estratégias de ensino que valorizam o meio e as experiências prévias dos educandos, como discussões em grupo, resolução de problemas e estudos de caso podem ser valiosas ferramentas para a aprendizagem (KNOWLES, 2011).

- **Prontidão e orientação para aprender.** A prontidão e a orientação para o aprendizado de adultos estão centradas na vida; por isso as situações de aprendizagem devem estimular a construção de conhecimentos que os ajudem a realizar tarefas e a solucionar problemas da vida cotidiana. Assim, para Lindeman (*apud* KNOWLES, 2011, p. 36), a abordagem para a educação dos adultos deverá ser através de situações e não de conteúdos. Nosso sistema acadêmico cresceu na ordem reversa: conteúdos e professores constituem o ponto de partida, estudantes são secundários. Na educação convencional o estudante deve se ajustar a um currículo estabelecido; na educação de adultos, o currículo é construído em torno dos interesses e necessidades dos estudantes. Todo adulto encontra-se em situações específicas de trabalho, de lazer, de vida familiar, de vida comunitária, etc. - situações essas que exigem ajustamentos. A educação do adulto começa nesse ponto. Os conteúdos são então trazidos para dentro da situação, são utilizados quando necessário. Textos e professores têm um novo e secundário papel nesse tipo de educação; eles devem dar espaço para a importância do aprendiz, destaca o autor. Nesta perspectiva, a participação do aluno é fundamental para a construção do currículo.
- **Motivação.** A motivação pode ser definida como “nível de esforço que um indivíduo está disposto a despende para a realização de um determinado objetivo” (BRENNEN, 2007, não paginado). Pode ser extrínseca (busca por conhecimento, por um diploma universitário, obter um emprego ou um melhor

emprego, promoções, dinheiro, medo do fracasso ou evasão, agradar aos pais, amigos ou colegas, etc.) ou intrínseca ao indivíduo (desejo por aumentar a satisfação no trabalho, alcançar objetivos, autoestima, qualidade de vida, etc.), sendo os fatores internos os mais potentes motivadores da aprendizagem (KNOWLES, 2011; PEW, 2007).

A filosofia educacional subjacente às práticas adotadas pelos educadores no ensino superior determinará, em parte, as diferentes experiências de aprendizagem que poderão motivar temporariamente o indivíduo (estímulos externos) ou levá-lo a expandir seu sistema interno de autossuficiência (estímulos internos).

No modelo andragógico, o adulto é, ele mesmo, a fonte e o responsável pela motivação para aprender. A responsabilidade da escola é criar condições para aumentar a motivação do aprendiz para que ele possa perseguir seus objetivos por um longo período de tempo. Fatores externos podem ser facilitadores, mas não encorajam à responsabilidade, geram dependência, e, portanto, não fomentam o “aprender a aprender” (PEW, 2007).

Estudantes motivados intrinsecamente buscam o conhecimento profundo e o domínio do assunto mais do que a simples memorização dos fatos; creditam seu sucesso ao esforço próprio investido e não à sorte; são tomados por um sentimento de autorrealização quando alcançam um objetivo que se sobrepõe a qualquer recompensa externa. Nesse sentido, a tarefa de quem ensina é esperar e promover a motivação intrínseca dos alunos, desmamando-os das dependências externas e proporcionando um ambiente e experiências que suportam as suas próprias estruturas motivacionais: estes se tornam parte integrante da tarefa de ensinar (PEW, 2007).

Na visão de PEW (2007) três são os cenários que se constituem em obstáculos potenciais para mudar o sistema educacional de pedagógico para andragógico:

1. Nós sempre fizemos desta maneira; a desvantagem da tradição.
2. A inutilidade deliciosa da fama. Os professores, ao assumirem a responsabilidade de motivar os estudantes podem criar uma situação relacional de codependência, em que os estudantes dependerão de estímulos externos para aprender mais do

que de seus próprios objetivos, minando o desenvolvimento dinâmico de autodeterminação e autossuficiência.

3. Um pacto mútuo de baixas expectativas entre alunos e instituição de ensino.

Neste contexto, a instituição de ensino está preocupada com o resultado de demandas institucionais, em ser amigável, mais do que entregar uma boa educação para os alunos. De outro lado, a expectativa do estudante é obter um diploma empregando a mínima quantidade de tempo e esforço.

3.3.2 Aprendizagem experiencial e prática reflexiva

A imperatividade da experiência no processo educacional foi descrita anteriormente por diversos autores. Para Dewey (1938), a experiência é sempre o ponto de partida de um processo educacional; ela nunca é o resultado (KNOWLES, 2011). Em Lindeman (1926) temos que, nós aprendemos aquilo que nós fazemos; a experiência é o livro texto vivo do adulto aprendiz (*apud* KNOWLES, 2011).

David Kolb (1984) e David Schon (1983) têm na aprendizagem experiencial a confluência de seus pensamentos a respeito de como o indivíduo aprende. Ambos vêem o processo de aprendizagem como um “ciclo de *feedback*”, envolvendo experiência, a reflexão sobre a experiência, e a aplicação do entendimento alcançado na direção de novas experiências. Portanto, a experiência por si só não necessariamente resultará em aprendizagem, mas sim a apropriação dos conhecimentos por ela gerados através de uma postura reflexiva (PIMENTEL, 2007).

Na visão de Kolb (1984), os conhecimentos de caráter experiencial têm grande valor, mas só produzirão desenvolvimento na medida em que forem objeto de reflexão juntamente com os conhecimentos estruturados (PIMENTEL, 2007). Esta visão integradora, simbiótica da teoria com a prática, é também descrita por Vasquez (1977) que propõe uma inversão da lógica pedagógica, em que a prática vem primeiro e determina a teoria necessária para a compreensão de uma situação/problema:

Consideradas as relações entre teoria e prática, dizemos que a primeira depende da segunda, na medida em que a prática é fundamento da teoria, já que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento (*apud* Sonzogni, 2004, p. 79).

Fundamentalmente, na teoria da aprendizagem experiencial, o desenvolvimento do processo de aprendizagem ocorre em quatro etapas, baseadas em duas dimensões: concreta/abstrata e ativa/reflexiva. Neste “ciclo de aprendizagem”, a primeira etapa é a da **experiência concreta**, em que ocorre o contato direto com a situação a ser resolvida e na qual o indivíduo encontra nos conhecimentos prévios e processos mentais já existentes o recurso para agir. A experiência concreta é a base para a segunda etapa, da **observação reflexiva**, caracterizada por um movimento de olhar para dentro e refletir sobre o que se passou: identificar elementos, construir associações, determinar características, dificuldades e possibilidades de escolha e partilhar opiniões sobre determinado assunto. Na **conceituação abstrata**, terceira etapa, ocorre a formação de conceitos abstratos e generalizáveis sobre as características da experiência; refere-se ao seu significado. Por fim, a **experiência ativa** diz respeito à aplicação prática das aprendizagens sobre as novas experiências; agora o movimento é externo, movimento de ação (PIMENTEL, 2007).

Para Schon (1983), autor da teoria da prática reflexiva, a reflexão é gerada quando experimentamos uma surpresa, quando alguma coisa interrompe o fluxo natural do conhecimento tácito, implícito, de respostas padronizadas para uma determinada situação que surge no cotidiano. Portanto, o início do ciclo se dá diante da incerteza, da dúvida e da necessidade de encontrar uma solução. O autor propõe duas maneiras de lidar com esta surpresa. A primeira diz respeito à **reflexão sobre a ação**, que consiste em pensar retrospectivamente sobre o que foi feito e como pensamos naquele momento para descobrir porque a surpresa ocorreu. A segunda, **reflexão na ação**, ocorre enquanto o indivíduo está engajado na atividade e é confrontado com a surpresa: ele então estrutura o problema, compreende seu cenário, avalia criticamente as hipóteses subjacentes que geraram o problema e constrói um método alternativo para resolvê-lo que poderá ser testado de imediato, no local. Estas etapas ocorrem intuitivamente diante da necessidade de resolver problemas da prática profissional (HEFLICH, 1995; BAUER, 1992).

Embora estas duas teorias versem a respeito da natureza do pensamento reflexivo, a diferença entre elas reside no fato de que, na primeira, toda a reflexão está voltada para tornar a estratégia mais eficaz; na segunda, a reflexão envolve o questionamento da estrutura e do sistema de aprendizagem que está por trás das

estratégias utilizadas, revelando, portanto uma abordagem mais profunda e detalhada.

Na mesma linha de pensamento, Freire tem na reflexão o caminho que permite ao homem tornar-se consciente da sua realidade e transformá-la, responder aos desafios por ela propostos:

O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. Quanto mais refletir sobre a realidade, sobre sua situação concreta, mais emerge, plenamente consciente, comprometido, pronto a intervir na realidade para mudá-la (FREIRE, 1979, p. 19).

A prática reflexiva tem sido proposta como uma alternativa viável nos espaços de formação profissional. Entretanto, sua aplicação permanece problemática considerando o domínio do paradigma técnico racional sobre o pensamento educacional, que valoriza a resolução de problemas, mas “[...] ignora o contexto do problema, o processo pelo qual nós definimos a decisão a ser tomada, os resultados a serem alcançados, os meios pelos quais podem ser escolhidos”. (BAUER, 1992, p. 9). Para Bauer (1992), o desenvolvimento de modelos educacionais em que o tema seja semeado precocemente ainda no nível fundamental de ensino, poderá gerar o processo de mudança definitivamente necessário.

3.3.3 Aprendizagem significativa crítica

A aprendizagem significativa crítica tem sido proposta por Moreira (2000) como uma estratégia de sobrevivência na sociedade contemporânea, em que mudanças rápidas e drásticas se impõem constantemente exigindo do indivíduo uma nova postura pessoal e profissional frente às transformações.

O indivíduo fruto do modelo educacional tradicional, dominante e, portanto, caracterizado por uma personalidade passiva, inflexível, conservadora e resistente às mudanças, dificilmente conseguirá lidar frutiferamente com um futuro em transformação. Foge do escopo deste modelo a formação de indivíduos inquisitivos, flexíveis, inovadores, capazes de enfrentar a incerteza e as mudanças sem se perder. Para Postman e Weingartner estas características “[...] constituiriam a dinâmica de um processo de busca, questionamento e construção de significados que poderia ser chamado de “aprender a aprender” (MOREIRA, 2000). Logo, não

basta mais ensinar; é preciso ajudar cada aluno a encontrar o processo apropriado para aprender (PERRENOUD, 1999).

Desta perspectiva e considerando a “provisoriedade constante” do conhecimento, cumpre aos espaços de formação profissional proporcionar experiências de aprendizagem que auxiliem o aluno a buscar ativamente o conhecimento, como uma tática necessária para a prática profissional futura de qualidade. “Nesse caso, o eixo curricular deve deslocar-se dos conteúdos para as estratégias de ensino-aprendizagem” (MAIA, 2003, p. 123). A aprendizagem significativa crítica apresenta-se então como uma estratégia que poderá ajudar o aprendiz a lidar construtivamente com a mudança.

Importa, inicialmente, apresentar o conceito de aprendizagem significativa, para posteriormente discutir como ela pode se tornar uma atividade crítica.

A teoria original da aprendizagem significativa é fruto do interesse de David Ausubel pelo estudo da aquisição e retenção de conhecimentos, com significados, em situação formal de ensino e aprendizagem (MOREIRA, 2010). Para ele, em sua visão cognitiva clássica, a aprendizagem significativa é “[...] o processo através do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva (não-litera) à estrutura cognitiva do aprendiz (conhecimentos prévios).”

Nas palavras de Moreira (2000, p. 3) a aprendizagem significativa “caracteriza-se pela interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio.” Quando o aprendiz integra o significado já internalizado com o novo, ele constrói seu conhecimento. Por isso, o conhecimento prévio é o fator de maior influência no processo de aprendizagem. Outra condição fundamental para que ocorra a aprendizagem significativa, segundo Ausubel, é a predisposição para aprender, o querer aprender, condição que, ainda que de forma incipiente, diz respeito ao aspecto afetivo da aprendizagem significativa.

A partir de Ausubel (1963), nos últimos 50 anos, distintos olhares foram lançados sobre a aprendizagem significativa no sentido de compreender como ela ocorre. Com Novak (1981) veio a **visão humanista**, na qual o aspecto afetivo é valorizado e para a qual a aprendizagem significativa ocorre pela integração entre pensamentos, sentimento e ações que conduzem ao engrandecimento humano. Para Gowin (1981), na **visão interacionista social**, é necessário que professor e aluno compartilhem significados a partir de materiais educativos do currículo, em um

contexto social. Na **visão cognitiva contemporânea** de Johnson-Laird (1983), a teoria dos modelos mentais oferece a explicação sobre como se dá a interação entre os conhecimentos prévios e os novos. Em uma óptica de **progressividade e complexidade**, Vergnaud (1990) diz que os conceitos prévios, diante das situações (conhecimentos novos) que se apresentam, tornam-se progressivamente mais elaborados; as situações por sua vez, cada vez mais complexas. Desta interação resulta o domínio de um determinado campo conceitual. Por fim, Maturana (2001) em sua **visão autopoietica** explica que a aprendizagem significativa ocorre através da interação das perturbações externas (professor e material educativo) com a estrutura cognitiva já existente (conhecimentos prévios), que sofre alterações mas sem mudar sua organização (MOREIRA, 2010).

Mas para Moreira, em uma óptica contemporânea, adquirir novos conhecimentos de maneira significativa não é suficiente; é preciso que eles sejam adquiridos criticamente. Assim, surge a **visão crítica** da aprendizagem significativa, que para o autor é

[...] aquela que permitirá ao sujeito fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela, manejar a informação, criticamente, sem sentir-se impotente frente à ela; usufruir a tecnologia sem idolatrá-la; mudar sem ser dominado pela mudança; viver em uma economia de mercado sem deixar que este resolva sua vida; aceitar a globalização sem aceitar suas perversidades; conviver com a incerteza, a relatividade, a causalidade múltipla, a construção metafórica do conhecimento, a probabilidade das coisas, a não dicotomização das diferenças, a recursividade das representações mentais; rejeitar as verdades fixas, as certezas, as definições absolutas, as entidades isoladas (MOREIRA, 2000, p. 15).

No sentido de viabilizar e facilitar a aprendizagem significativa crítica em sala de aula, o autor propõe os seguintes princípios (MOREIRA, 2000):

- Considerar o conhecimento prévio, que é a essência da aprendizagem significativa; o aluno aprende através do que já sabe.
- Promover a interação entre professor e aluno, enfatizando o intercâmbio de perguntas. O professor deve estimular o questionamento em vez de dar respostas prontas ao aluno. Quando o aluno formula uma pergunta apropriada, relevante, ele usa o seu conhecimento prévio e isto é uma evidência de aprendizagem significativa. Postman e Weingartner (1969) citados por Moreira, afirmam: “[...] uma vez que se aprende a formular perguntas – relevantes, apropriadas e substantivas – aprende-se a aprender

e ninguém mais pode impedir-nos de aprendermos o que quisermos”. (MOREIRA, 2000, p. 6).

- Diversificar o uso de materiais educativos. Documentos, artigos científicos, contos, obras de arte, poesias, etc. podem ser utilizados no sentido de descentralizar o livro texto, que não estimula o questionamento, mas dá as “respostas certas”.
- Considerar o aluno como perceptor representador e não receptor dos conteúdos de ensino. O indivíduo percebe o mundo e o representa e esta nova percepção ancora-se em suas percepções prévias. Por isso, cada aluno perceberá de uma maneira única o que está sendo ensinado. A interação pessoal entre o professor, que também é um perceptor e ensina de acordo com suas percepções, e o aluno é fundamental para que possam compreender semelhantemente os conteúdos do currículo.
- Reconhecer que todo o conhecimento é linguagem e que nesta linguagem está implícita uma maneira de ver o mundo. Aprender um conteúdo significativamente é aprender sua linguagem: palavras, signos, instrumentos e procedimentos. Aprender de maneira crítica é identificar a percepção de mundo que está por trás da linguagem.
- Reconhecer que o significado está nas pessoas, e não nas palavras, isto é, desenvolver consciência semântica. Aprender criticamente é ter consciência de que os significados atribuídos às palavras, objetos e eventos foram arbitrariamente atribuídos por pessoas, em um determinado contexto e, conseqüentemente, têm direção. Esta consciência é fundamental no compartilhar significados entre professor e aluno.
- Aceitar que o erro é natural, que o ser humano erra e que ele aprende pela superação, pela correção do erro. Implícita está, na atitude de punição do erro pela escola, a ideia de que os conhecimentos que temos hoje são corretos e definitivos quando na verdade eles são provisórios e serão ultrapassados por outros amanhã.
- Aprender a desaprender. Há situações em que o conhecimento prévio funciona como obstáculo epistemológico, impedindo o aprendiz de captar os significados do novo conhecimento. Neste caso, aprender a desaprender, é

aprender a distinguir entre o relevante e o irrelevante no conhecimento prévio e não usar aquilo que é irrelevante.

- Perceber a incerteza do conhecimento. O conhecimento humano é incerto, evolutivo. Diante desta afirmação, não tem sentido ensinar dogmaticamente. Os conceitos que tomamos para nós como verdadeiros são fruto da visão de mundo construída pela linguagem humana através de definições, perguntas e metáforas, e, portanto, podem estar “errados” ou provisoriamente corretos.
- Abandonar o quadro-de-giz e a narrativa. O quadro-de-giz e a narrativa simbolizam o ensino transmissivo, onde o professor que é a autoridade escreve no Quadro, e os alunos copiam, decoram e reproduzem. Uma versão mais moderna do quadro-de-giz são as coloridas e animadas apresentações em *power point* que se prestam ao mesmo papel. A utilização de distintas estratégias educativas, especialmente aquelas que estimulem a participação ativa dos alunos e a atividade mediadora do professor, é fundamental para facilitar a aprendizagem significativa crítica.

Moreira (2000) ainda ressalta que a implementação destes princípios só será possível diante de um currículo, um contexto (meio social, sistema educacional) e um processo de avaliação coerentes com tais princípios.

Aí reside o grande desafio, desvelado nas palavras de Paulo Freire (1979, p. 22):

Se queremos que o homem atue e seja reconhecido como sujeito;
 Se queremos que tome consciência de seu poder de transformar a natureza e que responda aos desafios que esta lhe propõe;
 Se queremos que o homem se relacione com os outros homens – e com Deus – com relações de reciprocidade;
 Se queremos que através de seus atos seja criador de cultura;
 Se pretendemos, sinceramente, que se insira no processo histórico e que “descruzando os braços renuncie à expectativa e exija a intervenção”; se queremos, noutras palavras, que faça a história em vez de ser arrastado por ela, e, em particular, que participe de maneira ativa e criadora nos períodos de transição (períodos particulares porque exigem opções fundamentais e eleições vitais para o homem);
 Se é todo o anterior o que desejamos, **é importante preparar o homem para isso por meio de uma educação autêntica: uma educação' que liberte, que não adapte, domestique ou subjogue. Isto obriga a uma revisão total e profunda dos sistemas tradicionais de educação, dos programas e dos métodos.** (grifo da autora)

4 A formação do nutricionista

A proposta deste capítulo é abordar brevemente a história do surgimento da profissão de nutricionista no Brasil e sua emergência, apontar os marcos desta trajetória e discutir a graduação e a pós-graduação *lato sensu*, em especial a especialização, como espaços formativos e de desenvolvimento de competências profissionais.

4.1 A graduação em Nutrição

No cenário mundial, data de 1902 o primeiro curso universitário de Dietista, criado pela Universidade de Toronto no Canadá.

Na América Latina, o médico argentino Pedro Escudeiro foi pioneiro. Fundou em 1926 o Instituto Nacional de Nutrição, em 1933, a Escola de Dietistas e o curso de médicos "dietólogos" da Universidade de Buenos Aires. Com a concessão anual de bolsas de estudos para cada país latino-americano para a realização de Cursos de Dietética marcou o início da formação do Dietista (VASCONCELOS, 2002; SIMONARD-LOUREIRO et al., 2006).

No Brasil, a profissão emergiu entre 1930 e 1940. O primeiro Curso de Nutrição, de nível técnico, foi criado em 1939, pelo Decreto Estadual nº 10.617 de 24 de outubro de 1939, e oferecido pelo então Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Vale dizer que o contexto sociopolítico à época foi determinante para a institucionalização do trabalho do profissional nutricionista. O nascimento da ordem capitalista, a criação das bases para implantação da industrialização nacional e a necessidade de enfrentar os desafios da 2ª. Guerra Mundial, demandaram a implementação de novas ações para a formação de recursos humanos especializados no campo da alimentação e nutrição (SIMONARD-LOUREIRO et al., 2006). A capitalização atingiu também o setor da saúde e novos profissionais surgiram na área, entre eles, o nutricionista, cujos primeiros passos giraram em torno do desenvolvimento da prática hospitalar de assistência ao paciente (COSTA, 1999).

Segundo Vasconcelos (2002), duas correntes distintas e bem definidas confluíram para a formação do campo da Nutrição no Brasil: a primeira, chamada de

perspectiva biológica e a segunda, de perspectiva social. A primeira valorizava os aspectos clínico-fisiológicos do consumo e da utilização biológica dos nutrientes, dando origem em 1940 à Nutrição Clínica e à Nutrição Básica e Experimental. A segunda preocupava-se com a produção, distribuição e consumo de alimentos pela população brasileira, originando em 1940 a Alimentação Institucional (Alimentação Coletiva) e em 1950-1960 a Nutrição em Saúde Pública.

O reconhecimento da profissão como de nível superior ocorreu quase três décadas depois da criação do primeiro curso, através do Parecer nº. 265, de 19 de outubro de 1962, emitido pelo Conselho Federal de Educação (CFE), órgão do Ministério da Educação naquela época. Este documento também estabelecia o primeiro currículo mínimo e a duração de três anos dos cursos para formação do profissional no país (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Em 24 de abril de 1967, a Lei nº. 5.276 regulamentou a profissão do nutricionista e vigorou até 1991, quando foi revogada pela Lei nº. 8.234, que vigora até os dias de hoje (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Na década seguinte, 1970, dois fatos importantes para a profissionalização do nutricionista merecem destaque. O primeiro foi o estabelecimento do segundo currículo mínimo, com carga horária mínima de 2.280 horas, que deveria ser integralizada em um período médio de quatro anos (mínimo de três e máximo de seis anos), incluindo atividades e trabalhos de campo com um mínimo de 300 horas de estágios supervisionados (COSTA, 1999). O segundo foi a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, com o objetivo de fiscalizar o exercício da profissão, organizar, disciplinar e desenvolver a categoria e lutar pelos seus interesses (Lei nº. 6.583, de 20 de outubro de 1978). Até então, a responsabilidade de fiscalização do exercício da profissão era dos órgãos regionais de fiscalização da Medicina (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Foi ainda na década de 1970 que houve a expansão dos cursos para formação do profissional nutricionista no Brasil. Dois eventos contribuíram para isso: a Reforma Universitária de 1968, que incrementou a formação profissional não só na Nutrição, mas em todos os cursos da área de saúde; e a instituição do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN) sob a coordenação do então Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que gerou a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos para sua execução (COSTA, 1999; VASCONCELOS, 2002; SIMONARD-LOUREIRO et al., 2006). O resultado foi um

aumento expressivo no número de cursos e vagas oferecidos especialmente por instituições privadas de ensino superior, e a formação maciça de nutricionistas no país (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

A partir de 1996, ano da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), este aumento foi ainda mais expressivo, quase que exclusivamente concentrado no setor privado. Até o final de 1996 havia 45 cursos de graduação em Nutrição no Brasil, sendo 22 públicos e 23 privados. De 1997 a 2009 surgiram 346 novos cursos. Até agosto de 2009, 324 cursos eram oferecidos por instituições privadas e 67 por instituições públicas, totalizando 49.185 vagas anuais. A maior parte dos cursos existentes concentrava-se na região sudeste (56,5%), sendo São Paulo a unidade de federação de maior concentração (27,6%), seguida por Minas Gerais (18,2%) e Rio de Janeiro (8,4%) (Tabela 1). De 1996 até 2008, a taxa de crescimento de cursos de graduação no Brasil foi de 620,93% (VELOSO; SOUZA; SILVA, 2011).

Tabela 1 - Distribuição do número absoluto e percentual de cursos de graduação em nutrição no Brasil, por unidade de federação, em agosto de 2009

Unidade da Federação	Total	%
São Paulo	108	27,6
Minas Gerais	71	18,2
Rio de Janeiro	33	8,4
Paraná	30	7,7
Rio Grande do Sul	21	5,4
Bahia	19	4,9
Goiás	13	3,4
Santa Catarina	13	3,4
Distrito Federal	9	2,3
Espírito Santo	9	2,3
Pernambuco	8	2,1
Amazonas	7	1,8
Piauí	7	1,8
Maranhão	6	1,5
Paraíba	5	1,3
Rio Grande do Norte	5	1,3
Ceará	5	1,3
Mato Grosso do Sul	5	1,3
Pará	4	1,0
Mato Grosso	3	0,7
Rondônia	3	0,7
Alagoas	2	0,5
Amapá	2	0,5
Acre	1	0,2
Sergipe	1	0,2
Tocantins	1	0,2
Total	391	100,0

Fonte: VASCONCELOS; CALADO, 2011, p. 609.

De acordo com o quadro estatístico do Conselho Federal de Nutrição referente ao 3º. trimestre de 2011, o país tem 79.092 profissionais atuando em sete grandes áreas: Alimentação Coletiva, Nutrição Clínica, Saúde Coletiva, Docência, Indústria de Alimentos, Nutrição em Esporte e Marketing na área de Alimentação e Nutrição. A maior parte encontra-se no estado de São Paulo (22,2%), no Rio de Janeiro (11,2%) e no estado de Minas Gerais (7,5%) (CFN, 2011).

Apesar do acelerado crescimento do número de cursos e de profissionais no Brasil, pesquisa realizada pelo CFN em 2005 revelou que ainda há carência de profissionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, para atender aos propósitos das políticas públicas de saúde e às demandas crescentes na área da saúde e da produção de alimentos (SIMONARD-LOUREIRO et al., 2006; CFN, 2006).

Outro marco para a formação do profissional nutricionista no país foi a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) em 2001, em substituição ao currículo mínimo (BRASIL, 2001). Nas DCNs, o foco principal não está mais nas matérias, duração e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional, princípios que devem dirigir a prática do nutricionista e competências gerais e específicas para o exercício profissional (SOARES; AGUIAR, 2010):

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 alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural (BRASIL, 2001, p. 1).

O texto apresenta também um conjunto de competências gerais e específicas necessárias para a adequada atuação profissional. As três dimensões da competência - *saber*, *saber fazer* e *saber ser* - evidenciam-se na descrição. Dentre as competências gerais, comuns a todos os cursos da saúde, encontramos: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. No conjunto das competências e habilidades específicas encontramos duas competências que guardam relação com nosso objeto de estudo:

Avaliar, diagnosticar e acompanhar o estado nutricional; planejar, prescrever, analisar, supervisionar e avaliar dietas e suplementos dietéticos para indivíduos sadios e enfermos; e
Atuar em equipes multiprofissionais de saúde e de terapia nutricional (BRASIL, 2001, p. 2).

Simonard-Loureiro et al., 2006, destacam ainda outros avanços: carga horária mínima para o estágio curricular nas três principais áreas de atuação do nutricionista - nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação - obrigatoriedade de elaboração do trabalho de conclusão de curso e possibilidade de atuação em equipes multiprofissionais de saúde e em *marketing*.

Apesar das DCN representarem o que há de mais moderno e atual em termos de regulamentação da graduação em Nutrição em âmbito nacional, Soares e Aguiar em sua análise crítica fazem um alerta:

As DCN, como instrumento oficial de balizamento dos projetos pedagógicos dos cursos, devem ser consideradas na criação de cursos de nutrição e avaliação/reformulação dos já instituídos. Sua implementação não deveria, entretanto, ser conduzida mediante incorporação passiva de uma receita, mas, sim, como uma oportunidade para novas discussões sobre o que está proposto, fomentando o aperfeiçoamento do processo da formação em nutrição (SOARES; AGUIAR, 2010, p. 903).

A análise da trajetória da formação do nutricionista no Brasil evidencia a conquista de inúmeros avanços qualitativos e quantitativos desde a emergência da profissão: a rápida e expressiva expansão do número de cursos e de vagas, a instituição das DCN, a ampliação do campo de atuação profissional, e tantos outros já discutidos anteriormente. Vasconcelos reconhece esta realidade, mas indaga se ela possibilitará um avanço qualitativo da atuação do nutricionista no Brasil (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Responder a esta indagação é um desafio, pois para isso se impõe a necessidade de avaliar a qualidade da formação profissional. A avaliação da qualidade, segundo Seiffert e Abdalla, vai além do rendimento escolar, que, para as autoras, é indiscutivelmente, um momento de caracterização desta realidade. As autoras vão além:

Superar o olhar fragmentado sobre a qualidade implica realizar uma análise que focalize: o contexto social; as características da população; os valores culturais; os investimentos financeiros em educação; os fatores não diretamente ligados à escola; a dinâmica do cotidiano escolar; o currículo; as práticas instrucionais e os produtos que se constroem a partir das diferentes ações educativas (SEIFFERT; ABDALLA, 2004, p. 181).

No Brasil, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº. 10.861, de 14 de abril de 2004, tem a missão de “avaliar a graduação valorizando aspectos que levem ou induzam à melhor qualidade da educação superior e da formação dos estudantes brasileiros” (INEP, 2011, p. 19). Três seguimentos foram incorporados no processo de avaliação (instituição, cursos e estudantes), cada qual com objetivos definidos:

A avaliação das instituições é feita com a perspectiva de identificar seu perfil e a qualidade da sua atuação, considerando suas atividades, cursos, programas, projetos e setores. A avaliação dos cursos de graduação tem o objetivo de verificar as condições de ensino oferecidas, o perfil do corpo docente e a organização didático-

pedagógica. A avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação, realizada por meio do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) tem a finalidade de avaliar o desempenho dos alunos em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências – esse exame também oferece elementos para a construção de indicadores de qualidade dos cursos que servem de referência para os processos posteriores de avaliação *in loco*. Os resultados dessas avaliações possibilitam traçar um panorama do ensino superior brasileiro (INEP, 2011, p. 19).

A avaliação do desempenho dos estudantes é um dos indicadores da qualidade da educação superior em nosso país. Os resultados nacionais do ENADE da área de Nutrição realizado em 2004 e 2007 são desanimadores:

... os dados do ENADE de 2004 e 2007 evidenciam que ocorreu ampliação de conhecimentos quando se considera o desempenho de ingressantes e concluintes, embora as notas médias registradas tenham ficado em patamares não desejados (INEP, 2011, p. 94).

... os resultados da prova de formação geral indicaram uma insignificante diferença entre os grupos (ingressantes e concluintes), podendo sugerir pouca ou nenhuma aprendizagem de competências e habilidades durante a formação profissional (INEP, 2011, p. 94).

Outro indicador de qualidade utilizado é o Conceito Preliminar de Curso (CPC), calculado com base em informações dos cursos (infraestrutura, recursos didático-pedagógicos e corpo docente, dentre outras) e notas do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes. O CPC emite conceitos que vão de 1 a 5. Em 2010 foram avaliados 327 cursos de graduação em Nutrição em nosso país. Dos cursos avaliados, apenas 6 (2,53%) obtiveram o conceito máximo (5), ou seja, são cursos considerados de excelência pelo Ministério da Educação (MEC). A maior parte, 119 cursos (50,21%), recebeu conceito 3; portanto, atendem plenamente aos critérios de qualidade para funcionar, mas não são considerados cursos de excelência, de qualidade superior. Com base nestes resultados, o MEC cortou, em 2011, mais de 7.000 vagas oferecidas pelos cursos da área da saúde que obtiveram CPC 1 e 2. Em Nutrição, 50 cursos foram penalizados, totalizando a exclusão de 772 vagas (BRASIL, 2011).

A rápida produção de conhecimentos na área da Nutrição é um desafio para as instituições formadoras e implica em comprometimento com a formação de profissionais capacitados para atuar perante a realidade dicotômica do nosso país: elevados índices de obesidade na população em geral e de desnutrição em grupos especiais como o dos indivíduos hospitalizados.

4.2 A pós-graduação *lato sensu* em Nutrição

A institucionalização da pós-graduação em Nutrição ocorreu na década que se seguiu ao Parecer 977/65, documento que conceituou e normatizou os cursos de pós-graduação no Brasil (CFE, 1965).

Teve como marco de sua emergência o II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT), vigente no período de 1975 a 1979, época em que a transformação econômica e social da sociedade brasileira estava condicionada ao domínio da ciência e da tecnologia (LIMA, 2003).

A nutrição então, dentre outras áreas da saúde, é vista como uma das soluções para os problemas sociais, conforme as palavras do ministro Reis Velloso:

O outro campo a que, finalmente, desejo referir-me é o das soluções para problemas de bem-estar social, em setores como nutrição, saúde, saneamento e educação. A ciência e a tecnologia deverão desempenhar importante papel para os programas governamentais que envolvem a **nutrição**, dada a significação dessa área para a promoção, preservação e restauração da saúde da população brasileira, especialmente em determinadas regiões ou faixas etárias (*apud* LIMA, 2003, p. 605-6).

Amparada pelo Estado, a pós-graduação em nutrição surge como um novo espaço de investigação e formação de recursos humanos, para atender às diretrizes nacionais na área de alimentação e nutrição.

A pós-graduação é definida pelo Parecer 977/65 como “[...] um sistema especial de cursos exigido pelas condições de pesquisa científica e pelas necessidades do treinamento avançado.” Seu objetivo imediato: “[...] proporcionar ao estudante aprofundamento do saber que lhe permita alcançar elevado padrão de competência científica ou técnico-profissional, impossível de adquirir no âmbito da graduação”. (CFE, 1965, p. 164).

Dado o contexto sociopolítico à época, a pós-graduação *lato sensu* ganha força por sua natureza eminentemente prático-profissional. Sua meta é “[...] o domínio científico e técnico de uma certa e limitada área do saber ou da profissão, para formar o profissional especializado” (CFE, 1965, p. 165). Compreende os cursos de especialização, aperfeiçoamento e *Master of Business Administration* - MBA.

Pesquisas revelam que o nutricionista busca instrumentalizar-se para o exercício profissional através de cursos de pós-graduação *lato sensu* (CFN, 2006;

ALVES et al., 2003; GOMES; SALADO, 2008; RODRIGUES et al., 2007; LETRO; JORGE, 2010). A última pesquisa do CFN (2006), realizada em 2005, de abrangência nacional, revelou que 47,4% dos nutricionistas tinham cursado ou estavam realizando cursos de especialização. Os principais motivos relatados foram “busca de atualização profissional” e “aperfeiçoamento técnico-científico”. Em pesquisas mais recentes realizadas no Paraná e em Minas Gerais este número alcançou os 70% (GOMES; SALADO, 2008; RODRIGUES et al., 2007). Destaca-se a preferência pela especialização na área da Nutrição Clínica e da Terapia Nutricional (ALVES et al., 2003; GOMES; SALADO, 2008; LETRO; JORGE, 2010).

Para Fonseca (2004), a expansão deste nível de ensino no país resultou principalmente da ampliação do setor privado e da demanda de novas modalidades de cursos e níveis de ensino pelo mercado de trabalho, amparada pela flexibilização da política de educação superior, o que gerou dúvidas em relação à qualidade acadêmica dos cursos oferecidos. Em 2007, de acordo com o INEP, havia mais de 8.866 cursos de especialização no Brasil, sendo a maior parte (89,5%) oferecida por IES privadas (INEP, 2007). Um levantamento realizado no município de São Paulo neste mesmo ano revelou a existência de 48 cursos de pós-graduação *lato sensu* para o profissional nutricionista, sendo 45,8% na área da Nutrição Clínica (SILVA, 2008).

Atualmente, a pós-graduação *lato sensu* é regida pela Resolução nº. 1, de 3 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), concisa e flexível, cujos principais elementos constituintes são:

- Os cursos de pós-graduação *lato sensu* poderão ser oferecidos independentemente de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento;
- A supervisão pelos órgãos competentes será feita na ocasião do credenciamento da instituição;
- O corpo docente deverá ser constituído por, pelo menos, 50% de mestres ou doutores;
- Duração mínima de 360 horas;
- Frequência mínima de 75%;
- Oferta aberta somente para portadores de diploma de curso superior.

Esta normativa foi alvo de críticas por tornar facultativa a inclusão de conteúdos didático pedagógicos e aqueles relacionados à iniciação científica e diminuir as exigências em relação à qualificação do corpo docente. Aliada a isto, a ausência de uma política de avaliação da pós-graduação *lato sensu* poderia favorecer a proliferação de cursos de qualidade acadêmica comprometida em todo país (FONSECA, 2004).

Mesmo diante de todas as suas fragilidades, a pós-graduação *lato sensu* configura-se como um importante espaço de formação. Portanto, deve criar condições para o profissional desenvolver competências para atuar em áreas específicas de sua profissão e ter autonomia para buscar o conhecimento necessário ao seu aprimoramento profissional, ou seja, deve ser mobilizadora do “aprender a aprender”.

Importa fomentar nos programas de pós-graduação o comprometimento com uma formação profissional de qualidade, que contemple o indivíduo em sua integralidade visando a atuação comprometida com a transformação da realidade.

5 O GANEP e o curso de especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica

O objetivo deste capítulo é apresentar o contexto do nosso objeto de estudo: o Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Inicialmente apresentamos o GANEP - Nutrição Humana, instituição que criou o Curso; na sequência, o Curso, detalhadamente; por fim, a disciplina de Avaliação Nutricional, espaço de desenvolvimento/aprimoramento da competência para avaliar o estado nutricional⁴.

5.1 O GANEP – Nutrição Humana

O GANEP – Nutrição Humana Ltda.⁵ é uma instituição especializada em Terapia Nutricional (TN), caracterizada por dispor de um corpo clínico multiprofissional, com a participação de médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos, que constituem a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). Foi criado em 1982 com os seguintes objetivos:

- Realizar pesquisa clínica com elevados princípios científicos e éticos, produzindo e difundindo conhecimentos na área da TN e NC;
- Capacitar com excelência profissionais nutricionistas, médicos, farmacêuticos e enfermeiros para atuarem na área da TN e NC;
- Oferecer atendimento nutricional especializado aos pacientes em condições clínicas que comprometam o estado nutricional, entendendo a Nutrição como parte integral do cuidado da saúde;
- Contribuir para a conscientização e mudanças no comportamento alimentar da população por meio de ações de educação em saúde.

Atualmente suas atividades desenvolvem-se em três planos: assistencial, educacional e de pesquisa.

No plano assistencial, destaca-se o atendimento nutricional prestado aos pacientes internados na Beneficência Portuguesa de São Paulo – Hospital São Joaquim e Hospital São José. Esta atividade compreende rastreamento nutricional,

4 Todas as informações aqui apresentadas procederam da consulta ao Plano de Desenvolvimento Institucional do GANEP (GANEP, 2009).

5 A diretoria do GANEP é constituída pelo Prof. Dr. Dan L. Waitzberg e pela Dra. Maria de Lourdes Teixeira da Silva.

avaliação nutricional através de métodos objetivos e subjetivos, planejamento nutricional, prescrição nutricional clínica, evolução e monitoramento nutricional diários. Neste hospital o GANEP criou, organizou e participa ativamente das atividades administrativas, científicas e educativas da EMTN. O GANEP também realiza atendimento ambulatorial e domiciliar.

Na área da educação o GANEP oferece, além do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, nosso objeto de estudo que será descrito detalhadamente a seguir, cursos de atualização nas modalidades presencial e à distância e cursos práticos de formação profissional na área da saúde.

A investigação científica de novas propostas e metodologias em TN e NC acompanha o GANEP desde a sua fundação. Os conhecimentos são produzidos e difundidos com o objetivo de metodizar a atividade de assistência nutricional ao doente hospitalizado, em regime ambulatorial ou em regime domiciliário.

O GANEP está regularmente matriculado nos conselhos regionais de Medicina, Nutrição e Enfermagem e cadastrado na ANVISA da região DIR-1, NÚCLEO 1 de São Paulo desde 1999, dispondo de um manual próprio de procedimentos, intervenções e condutas em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

5.2 Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica

O Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (Curso) foi criado em 2000, na cidade de São Paulo, pelo GANEP – Nutrição Humana, com o objetivo de capacitar o profissional nutricionista, médico, farmacêutico e enfermeiro para o exercício da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, incentivando a atuação multiprofissional.

À época, a implementação da normativa reguladora da prática da Terapia Nutricional (TN) (BRASIL, 1998; 2000) foi catalisadora da busca pela capacitação profissional nestas áreas. Duas exigências da legislação contribuíram para isso. Uma foi a constituição formal de uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN, formada pelos profissionais nutricionista, médico, farmacêutico, enfermeiro, com treinamento específico para atuar nas atividades relacionadas à TN, incluindo a Avaliação Nutricional, atribuição do profissional nutricionista. A EMTN, então,

passaria a dirigir e responder por todas as atividades de TN nas instituições hospitalares. A segunda foi a indicação de um coordenador clínico para a EMTN, sendo exclusividade do médico habilitado a ocupação deste cargo, capacitado por meio de curso de especialização em NC, com carga horária mínima de 360 horas ou através de mestrado, doutorado ou livre docência em área relacionada com a TN.

Mesmo após a implantação destas normas, chamava atenção a dificuldade de estabelecimento formal da EMTN nos hospitais pela falta de capacitação teórico-prática dos profissionais constituintes.

O Curso do GANEP pretende levar o egresso a:

Compreender que a terapia nutricional é parte integrante do cuidado completo do doente;

Aprofundar seus conhecimentos técnico-científicos e desenvolver competências no tratamento nutricional de pacientes em âmbito hospitalar e ambulatorial;

Aperfeiçoar seu raciocínio clínico através da discussão de casos clínicos;

Vivenciar a área da Terapia Nutricional e da Nutrição Clínica, através do acompanhamento de pacientes em âmbito hospitalar e ambulatorial;

Integrar-se aos outros profissionais da equipe multidisciplinar, visando prestar cuidado integral ao paciente (GANEP, 2009, p. 22).

Inicialmente, nos três primeiros anos a periodicidade do curso foi semanal e a carga horária total de 505 horas, incluindo aulas teóricas, Trabalho de Campo (TC) e desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O GANEP foi credenciado pelo Ministério da Educação – MEC para a oferta de curso de especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, na modalidade presencial, através da Portaria nº. 2.091 de 05 de agosto de 2003.

Nos anos que se seguiram a demanda de profissionais de fora de São Paulo aumentou e o GANEP, a partir de 2004, passou a oferecer mais um curso em São Paulo, quinzenal, para atender os profissionais que viviam em regiões próximas da capital. Um ano depois foi realizado o primeiro Curso fora do estado de São Paulo, na capital mineira, com periodicidade mensal, possibilitando que a maior parte das aulas fosse ministrada pelos profissionais do GANEP. Posteriormente foi ministrado em Salvador, Curitiba, Cuiabá, Distrito Federal e São Luís em parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) locais. Em São Paulo, o Curso também foi ministrado para profissionais e servidores públicos das Secretarias Municipal e

Estadual de Saúde, com o objetivo de auxiliar na formação da EMTN e prática da TN em seus locais de trabalho.

O GANEP, através deste Curso, já contribuiu para a capacitação de 2670 profissionais da saúde para a prática da TN, sendo 2.020 nutricionistas, 485 médicos, 93 farmacêuticos e 72 enfermeiros (GANEP, 2011).

A carga horária total varia de acordo com a periodicidade do Curso. O Curso semanal é mais condensado, ministrado duas vezes por semana, período noturno, durante 10 meses. A carga horária total é de 505 horas distribuídas entre aulas teóricas (245 horas), TC (200 horas) e desenvolvimento do TCC (60 horas). Os Cursos quinzenal e mensal são realizados em um final de semana por mês, durante 13 meses, no período diurno. A carga horária total é de 468 horas distribuídas entre aulas teóricas (208 horas), TC (200 horas) e desenvolvimento do TCC (60 horas).

A proposta metodológica do Curso tem como base estruturante a integração teoria e prática, partindo do pressuposto que, a integração dos conhecimentos estruturados e experienciais é fundamental para o desenvolvimento profissional. É no contexto do trabalho que o aprendiz é desafiado a agir diante das situações reais com as quais se depara. Esta ação encontra seus fundamentos na teoria, nos conhecimentos que suportam tal ação, e que auxiliarão na superação dos problemas do cotidiano (SONZOGNO, 2004). Assim, nos espaços de formação profissional, a dicotomia teoria – prática não pode subsistir.

A partir desta perspectiva, algumas estratégias de ensino são priorizadas nesta formação e, segundo os documentos consultados, as estratégias de ensino procuram valorizar o conhecimento prévio e o contexto de atuação profissional dos alunos. São elas:

Discussão de casos clínicos em grupo: após ou durante a ministração das aulas teóricas pelos professores um médico especialista aborda a fisiopatologia da doença e um nutricionista discorre sobre os aspectos nutricionais. Os alunos são levados a discutir a conduta médico-nutricional em um ou mais casos clínicos, sob a ótica da sua área de formação e atuação.

Desenvolvimento de seminários em grupo: o objetivo dos seminários é levar os alunos, em equipe multiprofissional, a uma reflexão aprofundada de um tema controverso/atual na área da Nutrição Clínica, sempre previamente orientados pelos professores coordenadores dos seminários.

Trabalho de campo: proporciona aos alunos a convivência com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e a interação entre os próprios alunos de diferentes profissões que desenvolvem esta

atividade no mesmo período, sob tutoria permanente (GANEP, 2009, p. 42).

Além destas, identificamos também a aula expositiva dialogada e a aula expositiva tradicional, especialmente utilizada pelos profissionais convidados para ministrar aula a respeito da fisiopatologia das diferentes doenças.

Dentre as estratégias utilizadas, merece destaque o Trabalho de Campo (TC), com carga horária de 200 horas. Constitui-se no momento da aplicação, em âmbito hospitalar, dos ensinamentos em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica ministrados durante o curso. Seu objetivo é permitir a integração entre a teoria e a prática e proporcionar aos alunos a convivência com a equipe multiprofissional de terapia nutricional (GANEP, 2009).

As turmas são divididas em grupos de 8 a 10 alunos, acompanhados, orientados e supervisionados por um tutor e um coordenador específicos.

A consulta aos documentos do GANEP nos permitiu identificar as atividades realizadas durante o TC:

- Apresentação das rotinas aplicadas pela EMTN no acompanhamento dos pacientes hospitalizados: padronização das dietas oral e enteral pelo hospital, instrumentos utilizados para a avaliação nutricional, cálculo das necessidades nutricionais, preenchimento das fichas de acompanhamento dos pacientes em terapia nutricional;
- Visita diária aos pacientes hospitalizados. Na primeira semana as visitas são de caráter observacional e a partir da segunda semana os alunos ficam responsáveis por acompanhar os pacientes sempre sob supervisão diária do tutor;
- Aulas práticas à beira do leito: avaliação nutricional, avaliação do paciente pelo enfermeiro da EMTN e simulações como a passagem de cateter venoso central em bonecos;
- Participação nas reuniões de discussão de casos clínicos do GANEP, nas quais o aluno apresenta seus casos clínicos e discute com a EMTN a conduta nutricional;
- Apresentação de um artigo científico pelo aluno, previamente selecionado pelo tutor e também de um caso clínico acompanhado no hospital;

- Visitas programadas a sala de preparo de nutrição enteral, farmácia de manipulação de nutrição parenteral e aos pacientes assistidos em domicílio.

Ao término do período os alunos são avaliados pelo tutor de acordo com os seguintes critérios: aspectos gerais (apresentação pessoal, pontualidade, assiduidade), realização das atividades propostas (apresentação de artigo científico, discussão de caso clínico, exercícios relacionados à nutrição enteral e parenteral), desempenho hospitalar, trabalho em equipe (respeito aos profissionais, interesse e cooperação nas atividades) e prova teórica. O aluno também faz uma autoavaliação com base nestes mesmos critérios. Há ainda a avaliação do TC pelo aluno, onde ele expressa sua opinião sobre a qualidade das aulas, carga horária, disponibilidade do professor para responder aos questionamentos, contribuição das rotinas seguidas no hospital para o conhecimento, trabalho da tutoria e condições físicas e estruturais dos locais onde as atividades são desenvolvidas. Há também um espaço para a apresentação de sugestões.

Para nossa pesquisa, esta atividade assume grande relevância, pois representa um espaço de aprendizagem no qual o aluno tem a oportunidade de realizar a avaliação do estado nutricional dos pacientes hospitalizados, experiência fundamental para ajudar a responder as questões orientadoras desta pesquisa.

As disciplinas são ministradas sob a perspectiva médico-nutricional, remetendo os alunos ao seu cotidiano profissional no contexto hospitalar, ambulatorial e domiciliar, provocando discussão e interação entre os diferentes profissionais da saúde. Estão distribuídas em cinco grandes blocos (Quadro 1) e são de caráter obrigatório. A escolha das disciplinas e a carga horária destinada a cada uma delas pode sofrer variações em razão das especificidades de cada região onde o Curso é ministrado.

Quadro 1 - Disciplinas ministradas nos cursos de especialização quinzenal e mensal do GANEP e sua respectiva carga horária

Disciplinas	Carga horária (horas)
BLOCO I – Bases da Nutrição Clínica	
Bases Metabólicas da Nutrição	16
Metodologia da Pesquisa Científica	16
Fisiologia Geral	16
Fisiologia da Nutrição	16
BLOCO II – Terapia Nutricional Enteral e Parenteral	
Avaliação Nutricional e Metabólica e Necessidades Nutricionais	08
Terapia Nutricional Enteral	16
Terapia Nutricional Parenteral	12
Farmacologia Aplicada à Nutrição	08
Equipe Multiprofissional	02
BLOCO III - Nutrição Clínica nos Distúrbios por Perda ou Excesso	
Desnutrição	04
Anorexia e Bulimia	04
Obesidade	08
Diabetes	04
Dislipidemia	02
BLOCO IV – Nutrição em Estados Inflamatórios, Trauma e Cirurgia	
Insuficiência Cardíaca	02
Insuficiência Hepática	04
Insuficiência Renal	04
Insuficiência Respiratória	04
Má-absorção	04
Doença Inflamatória Intestinal	06
Pancreatite	02
Síndrome do Intestino Curto	04
Nutrição em Cirurgia	02
Fístulas Digestivas	02
Paciente Crítico	02
AIDS	02
Câncer	04
Queimados e Cicatrização	02
Doença Neurológica	02
Nutrição Domiciliária	02
BLOCO IV – Nutrição em Situações Diversas	
Biologia Molecular	04
Ética profissional e Bioética	04
Nutrição na Saúde	08
Nutrição na Atividade Física	04
Pediatria	08
TOTAL	208

Fonte: GANEP, 2009

O corpo docente é multiprofissional, especializado e atuante na área da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Em relação à titulação, 20% são livre-docentes, 20% doutores, 40% mestres e 20% especialistas.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é desenvolvido com base em uma revisão da literatura sobre temas atuais e de relevância em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Na estrutura curricular do Curso insere-se a disciplina de Metodologia da Pesquisa que tem o propósito de favorecer o estudo de questões referentes ao significado e sentido do trabalho científico, ao processo de construção

de uma pesquisa, com ênfase no processo de planejamento e no papel da revisão bibliográfica na construção de conhecimentos científicos. Cada aluno é acompanhado por um orientador, especialista na área, que realiza as orientações presencialmente, por e-mail e por telefone, dependendo da disponibilidade do aluno e do orientador. A avaliação do trabalho escrito é feita com base nos seguintes critérios: organização e desenvolvimento da temática do trabalho; emprego adequado de métodos e técnicas adequadas de pesquisa; atualidade das informações; contribuição do trabalho para o desenvolvimento da área; linguagem e redação com observância das normas técnicas; qualidade da redação (clareza, objetividade). Ainda, ao final do Curso o TCC é apresentado pelo aluno para dois professores e para os colegas de turma. O aluno é avaliado de acordo com o domínio e segurança na exposição dos aspectos que fundamentam o tema; organização sequencial do conteúdo; clareza e objetividade; utilização dos recursos didáticos auxiliares; adequação à duração prescrita.

A avaliação geral dos alunos considera seu desempenho nas atividades teóricas - provas parciais, apresentação de artigos, seminários, trabalhos individuais e em grupo - e práticas - Trabalho de Campo – “[...] com ênfase no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, incluindo o comportamento ético, relacionamento com a equipe, interesse, pontualidade e assiduidade” (GANEP, 2009, p. 42). As avaliações podem ser realizadas durante ou ao final das disciplinas. Durante o TC, o tutor e o coordenador observam, acompanham o desempenho e o comportamento dos alunos durante todo o período, fazendo intervenções quando necessário.

O Curso é avaliado pelos alunos, pelos professores e pelos coordenadores, ao final de cada disciplina, implicando na revisão e alteração do plano de ensino se necessário.

O Curso é reconhecido pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) e vale 25 pontos no currículo para o concurso de Título de Especialista concedido aos profissionais, nutricionista, médico, farmacêutico e enfermeiro por esta sociedade.

5.3 A disciplina de Avaliação Nutricional

A disciplina de Avaliação Nutricional (AN) está inserida no bloco de disciplinas Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

Seus **objetivos**, apresentados no plano de ensino da disciplina (GANEP, 2009), são:

- Motivar o discente a aumentar seus conhecimentos sobre o diagnóstico nutricional do paciente adulto;
- Apresentar as ferramentas necessárias para o conhecimento e diagnóstico do estado nutricional do paciente adulto;
- Subsidiar ao discente informação sobre as vantagens e limitações dos métodos de avaliação nutricional e metabólica;
- Proporcionar condições para que o discente consiga determinar a magnitude do déficit ou do excesso de peso corpóreo;
- Propiciar ao estudante subsídios para analisar o prognóstico de risco nutricional.

Para atender aos objetivos, os seguintes **conteúdos** são trabalhados (GANEP, 2009):

- Repercussões clínicas da desnutrição e obesidade: incidência, causas e consequências;
- Definição de desnutrição: marasmo, *kwashiokor* e mista;
- Composição corpórea do adulto: definição dos compartimentos (massa magra, gordura corpórea e água corpórea);
- Identificação do risco nutricional: ferramentas para realizar a triagem nutricional (MINI Nutrition Assessment – MNA); Determining Risk
- Métodos de avaliação nutricional: inquérito alimentar, avaliação subjetiva global, medidas antropométricas, exames bioquímicos, impedância bioelétrica (definição, aplicação clínica e interpretação);
- Necessidades nutricionais: equações, regra de bolso e calorimetria indireta.

Considerando a proposta metodológica que tem como base estruturante a integração teoria e prática, algumas estratégias de ensino são priorizadas no processo de formação. A disciplina de AN é desenvolvida em dois momentos: o primeiro, em sala de aula e o segundo durante o TC.

Em sala de aula, as estratégias de ensino utilizadas são: aula expositiva dialogada e estudo de caso. A aula expositiva dialogada é utilizada por todos os professores da disciplina. É descrita por Anastasiou e Alves (2003, p. 79) como “uma exposição do conteúdo, com as participações ativas dos estudantes, cujos conhecimentos prévios devem ser considerados e podem ser tomados como ponto de partida”. Pretende-se com esta estratégia superar a passividade e a imobilidade intelectual do estudante. O diálogo é o ponto forte; deve haver espaço para discussão sobre o tema proposto e para os questionamentos dos estudantes, para que a articulação entre a experiência de vida e as novas informações resulte em construção de conhecimento.

O estudo de caso é utilizado como estratégia de ensino tanto nas aulas teóricas quanto no Trabalho de Campo. Segundo Anastasiou e Alves (2003, p. 91) “[...] é a análise minuciosa e objetiva de uma situação real que necessita ser investigada e é desafiadora para os envolvidos”. Um caso clínico é exposto pelo professor e os estudantes, em grupo ou individualmente, analisam o caso, propõem soluções e argumentam a favor destas. Para a participação nesta atividade o estudante pode mobilizar conhecimentos prévios como aqueles já construídos na graduação ou resultantes de sua prática na avaliação do estado nutricional.

As atividades desenvolvidas durante o TC já foram descritas no item anterior e todas abarcam, sem exceção, a avaliação nutricional. Durante este período o aluno tem a oportunidade de realizar a avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados, utilizando métodos objetivos e subjetivos de avaliação, manejando equipamentos que medem as reservas corporais e classificando os pacientes em eutróficos ou desnutridos, ou seja, fazendo o diagnóstico nutricional. No momento da realização desta atividade, o aluno está integrado à EMTN e tem acesso aos diferentes profissionais que a constituem bem como aos dados clínicos e laboratoriais do paciente. Isto é fundamental para o êxito desta atividade.

A carga horária total da disciplina é de 26,5 horas, contribuindo as aulas teóricas com 10,5 horas e o Trabalho de Campo com 16 horas.

Os alunos, em sala de aula, são avaliados de acordo com a capacidade de propor soluções para os casos clínicos apresentados. Esta avaliação pode ser feita individualmente ou em grupo. No TC, a avaliação é realizada conforme os critérios já apresentados no item anterior.

6 Resultados e discussão

Este é o momento em que apresentamos a análise dos resultados da escuta que fizemos do protagonista do cotidiano profissional da Nutrição Clínica. É também o momento da valorização do olhar daquele que viveu a experiência e, portanto, é capaz de tomar a prática como objeto de reflexão, posicionar-se frente a ela e revelar concepções e significados construídos no processo de formação, no âmbito do curso de especialização do GANEP.

Neste capítulo, em que buscamos responder às perguntas orientadoras desta pesquisa no que diz respeito à contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de competências para a prática da avaliação nutricional, tomamos os seguintes pontos como eixos temáticos: perfil profissional dos egressos, contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de competências e seus desdobramentos na prática clínica.

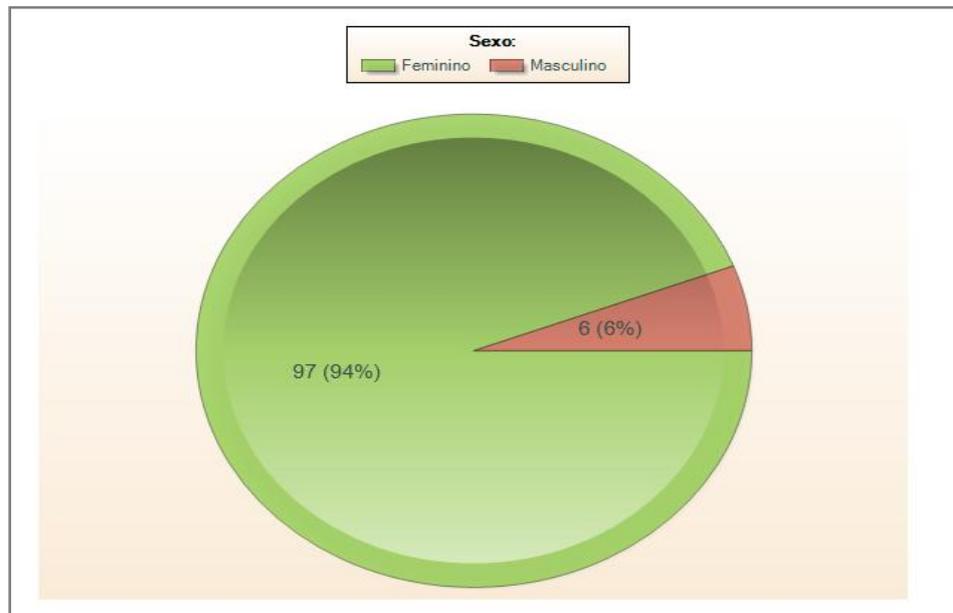
Os dados aqui apresentados são oriundos dos 109 questionários que foram respondidos, o que equivale a 45,6% de retorno. Destes, 19 não foram respondidos completamente, o que justifica o número inferior de respostas encontrado no decorrer da apresentação dos resultados. Ao considerar os princípios da abordagem qualitativa, optamos por considerar todas as manifestações, inclusive o silêncio em relação a algumas perguntas.

6.1 Perfil dos egressos

Para a composição do perfil pessoal dos egressos levantamos informações sobre gênero, faixa etária, distribuição geográfica, tempo de formação profissional e categoria administrativa da instituição de formação. O perfil profissional foi composto pela área de atuação profissional e atividades desenvolvidas, satisfação profissional e empregabilidade.

No que se referem ao **gênero**, os dados da pesquisa revelam que amostra deste estudo foi composta em sua maioria por mulheres (94%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com o gênero



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Este perfil caracteriza a área de nutrição, como demonstrado por estudos anteriores: a população feminina representa aproximadamente 90% da amostra (AKUTSU, 2008; GOMES; SALADO, 2008; ENADE, 2007; CFN, 2006). Este fato remonta à história da inserção das mulheres no mercado de trabalho, que inicialmente deveriam exercer profissões como economia doméstica, etiqueta, culinária e mais tarde poderiam ingressar nas profissões da área da saúde reservadas a elas, como a Nutrição e a Enfermagem. O predomínio do gênero feminino pode ser explicado também, segundo Akutsu, pela própria natureza da mulher que, quando escolhe a profissão busca a articulação entre as atividades de casa e trabalho (AKUTSU, 2008).

Quanto à **faixa etária**, o perfil da amostra é de adultos jovens entre 21 e 30 anos (59%). A idade dos participantes variou entre 24 e 52 anos. Somente um participante tinha mais de 50 anos (1,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com a faixa etária

Faixa etária (anos)	Número	%
21 a 30	36	59
31 a 40	15	24,6
41 a 50	9	14,8
51 a 60	1	1,6
Total	61	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Os resultados confirmam os achados de outros estudos realizados anteriormente, que a profissão caracteriza-se por um contingente de profissionais jovens, entre 20 e 30 anos (MIRANDA, 2010; AKUTSU, 2008; RODRIGUES et al., 2007; CFN, 2006; GAMBARDELLA, 2000).

Encontramos também, em relação à **distribuição geográfica**, que a região Sudeste concentra a maior parte dos nutricionistas egressos da nossa pesquisa (52,7%), ficando o estado de São Paulo (SP) (58,3%) em primeiro lugar, em segundo o estado de Minas Gerais (MG) (12,0%) e em terceiro o Distrito Federal (DF) (6,5%). As regiões Norte e Sul apresentaram a menor concentração (2,8% cada uma). Um (1) participante atualmente reside fora do país, na Bolívia (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos nutricionistas egressos por unidade da federação

Unidade da Federação	Número	%
São Paulo	63	58,3
Minas Gerais	13	12,0
Distrito Federal	7	6,5
Maranhão	4	3,7
Rio de Janeiro	3	2,8
Bahia	2	1,9
Mato Grosso	2	1,9
Goiás	2	1,9
Rondônia	2	1,9
Paraíba	2	1,9
Paraná	2	1,9
Espírito Santo	2	1,9
Alagoas	1	0,9
Amazonas	1	0,9
Santa Catarina	1	0,9
Bolívia*	1	0,9
Total	108	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nossos dados coincidem com a pesquisa do CFN, de 2005, onde São Paulo e Minas Gerais são os estados que concentram a maior parte dos nutricionistas no Brasil. A região Norte é a que apresenta o menor contingente de profissionais (CFN, 2006).

Chama atenção a ordem de concentração dos participantes ser a mesma da ordem cronológica da abertura dos cursos em cada um desses estados. Inicialmente, nos primeiros quatro anos, o curso de especialização do GANEP foi oferecido exclusivamente na cidade de São Paulo, sede da instituição. O primeiro curso a ser oferecido fora de São Paulo foi o de Belo Horizonte e somente oito anos depois foi realizado o curso em Brasília. O número de vagas oferecidas em São Paulo, bem como a demanda, era maior. Outros fatores podem ter contribuído para a maior procura do curso em São Paulo: a sede do GANEP é nesta cidade e o Curso, incluindo o Trabalho de Campo, é ministrado quase que integralmente pelos membros do grupo; o tempo de existência dos cursos de graduação em Nutrição e a emergência da maior parte dos novos cursos no Sudeste, especialmente na cidade de São Paulo (AKUTSU, 2008).

No que se refere ao **tempo de formação na graduação**, a grande maioria (89,5%) dos nutricionistas realizou a pós-graduação nos primeiros 5 anos após o término da graduação. Destes, 56,4% logo no primeiro ano (Tabela 4). Estes dados revelam a necessidade imediata dos graduados de buscar capacitação na área da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para começar a atuar.

Tabela 4 - Distribuição dos nutricionistas egressos de acordo com o tempo de formação na graduação

Tempo de formação (anos)	Número	%
0 a 5	94	89,5
6 a 10	5	4,8
11 a 15	1	0,9
16 a 20	3	2,9
21 a 25	2	1,9
Total	105	100

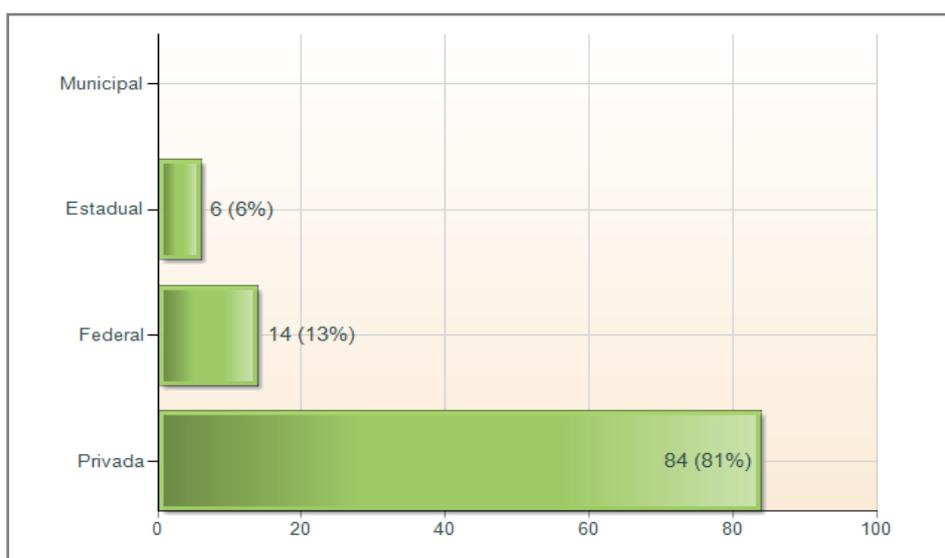
Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Outros autores encontraram resultados semelhantes em pesquisas com egressos da Nutrição. Na pesquisa de Rodrigues et al. (2007), 69% dos egressos tinham menos de 5 anos de formação. Alves et al. (2003), encontraram uma média

de $4,7 \pm 3,7$ anos para o ingresso na pós-graduação. Letro e Jorge (2010) encontraram 100% dos seus egressos com menos de quatro anos de formado.

Quanto à **categoria administrativa da instituição de graduação** dos egressos, os dados revelam que 81% graduaram em instituições de ensino superior privadas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos egressos de acordo com a categoria administrativa da instituição de graduação



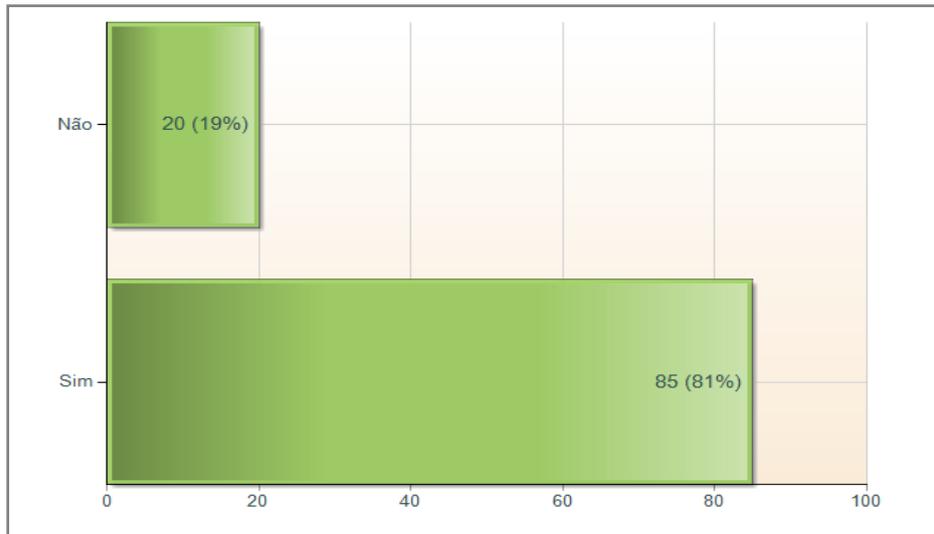
Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Conforme relatado anteriormente, a partir de 1996 com a instituição da LDB houve um crescimento explosivo de cursos, concentrado principalmente no setor privado, cenário que permanece até os dias de hoje e justifica os resultados desta pesquisa (VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Akutsu (2008), diferentemente, encontrou que a maior parte dos egressos (51,4%) graduou em universidades públicas. Esta percentagem aumenta para 80,6% para aqueles que graduaram até 1980, época em que as instituições públicas eram em maior número do que as privadas.

Quanto à **empregabilidade** a maior parte dos egressos (81%) estava empregada no momento da pesquisa (Gráfico 3).

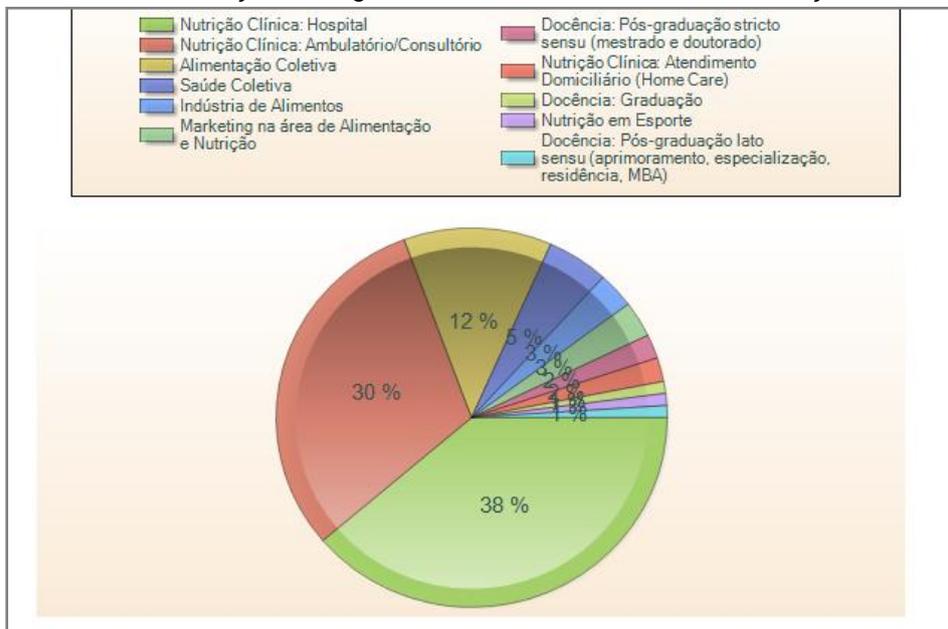
Gráfico 3 - Distribuição dos egressos de acordo com a empregabilidade



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Em relação à **área de atuação profissional**, a Nutrição Clínica no âmbito hospitalar (38%), ambulatorial (30%) e domiciliar (2%) foi a mais prevalente (70%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos egressos de acordo com a área de atuação



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Os resultados desta pesquisa guardam relação com aqueles encontrados por outros autores ao longo dos últimos 20 anos, incluindo uma pesquisa realizada pelo CFN em 2005 que encontrou 41,7% dos profissionais nutricionistas atuando na área

da Nutrição Clínica (LETRO; JORGE, 2010; MIRANDA et al., 2010; GOMES; SALADO, 2008; CFN, 2006; GAMBARDELLA, 2000).

Diferentemente, nas pesquisas de Alves et al. (2003) e de Akutsu (2008), a área da Alimentação Coletiva foi a mais prevalente, ficando a NC em segundo lugar. Os autores atribuem estes resultados a uma possível migração de profissionais da NC para a Alimentação Coletiva por diferentes motivos, dentre os quais, baixo salário, perda de perspectiva no trabalho, competição, preferência pessoal e oportunidade. Apesar destas considerações, trabalhos mais recentes como os citados acima revelam que a área da NC ainda é a preferida dos nutricionistas.

Perguntamos aos nutricionistas que atuavam na área da Nutrição Clínica as **principais atividades desenvolvidas** no trabalho. As respostas permitiram a categorização das atividades conforme Quadro 2. Identificamos a avaliação nutricional como a atividade mais realizada (43,1%) pelos nutricionistas que trabalham na área clínica.

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pelos egressos atuantes na área da Nutrição Clínica

Categorias	Subcategorias	n.º	%
Planejamento nutricional	Planejamento nutricional completo	1	2,9
	Planejamento alimentar	5	
Rastreamento nutricional	Rastreamento nutricional completo	4	2,4
	Aplicação de protocolos de risco de jejum e risco nutricional	1	
Avaliação nutricional	Avaliação nutricional completa	22	43,1
	História alimentar	16	
	Avaliação Subjetiva Global (ASG)	3	
	Métodos antropométricos	23	
	Avaliação laboratorial	12	
	Exame físico	3	
	Avaliação da composição corporal por bioimpedância	5	
	Diagnóstico nutricional	1	
	Cálculo das necessidades nutricionais	5	
	Prescrição	Prescrição dietética	
Acompanhamento nutricional	Acompanhamento nutricional completo	26	27,3
	Visita nutricional diária	2	
	Elaboração, cálculo e adequação de cardápios	7	
	Cálculo diário da ingestão oral	1	
	Cálculo de adequação ingestão X necessidade	1	
	Cálculo e escolha de dietas enterais	1	
	Indicadores de qualidade	1	
	Verificação da prescrição de dietas	1	
	Supervisão de regimes alimentares	1	
	Checagem de exames	1	
	Orientação nutricional	15	
	Alta nutricional	Orientação nutricional de alta hospitalar	
Educação nutricional	Orientação nutricional individual	3	1,9
	Palestras	1	
Integração da EMTN	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	5	4,8
	Reuniões	3	
	Participação das discussões dos casos com a equipe médica	1	
	Visita à beira do leito	1	
Prestação de serviços	Assessoria	1	1,9
	Consultoria	1	
	Elaboração de parecer nutricional	2	
Atividades educacionais	Supervisão de estágio	1	1,9
	Preceptoria de residência	1	
	Preceptoria de estágio curricular	1	
	Docência na graduação e no mestrado	1	

Outras	Participação juntamente com médicos na prescrição de nutrição parenteral	1	0,9
	Coordenação do Serviço de Nutrição e Dietética da Santa Casa	1	
Total		209	100

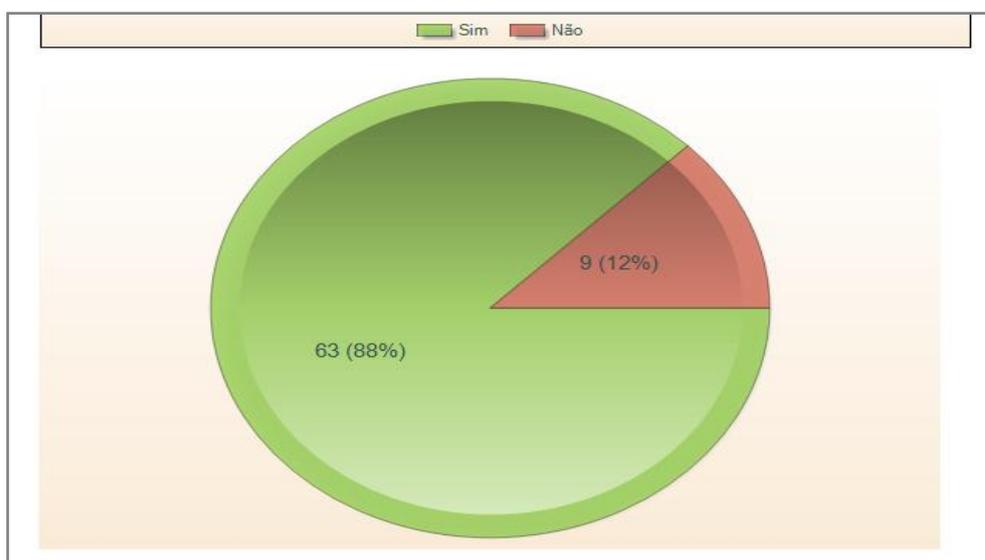
Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Notas: 1. As categorias foram estabelecidas de acordo com a Resolução n.º. 380/2005 do CFN que dispõe sobre as atribuições do nutricionista por área de atuação.

2. As porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

Quando perguntados diretamente se realizavam a avaliação nutricional no cenário do trabalho, 88% dos egressos responderam afirmativamente (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos egressos de acordo com a prática da avaliação nutricional no trabalho



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

A avaliação do estado nutricional é uma atividade realizada rotineiramente pelo nutricionista. Pesquisa do CFN realizada em 2005 revelou que a elaboração do diagnóstico nutricional com base nos dados dietéticos é uma das atividades mais realizadas pelo profissional, quando da ocupação de cargos de chefia (CFN, 2006).

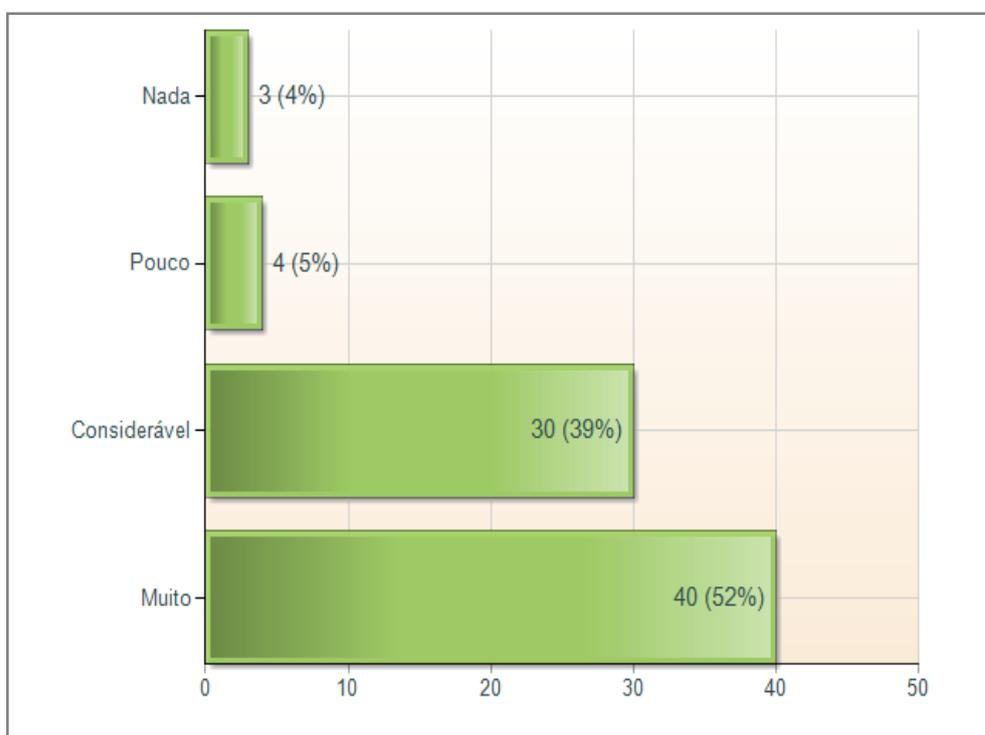
Entretanto, há que se questionar a respeito da qualidade da formação profissional para exercer tal atividade. Em nossa experiência, ao receber nutricionistas recém-formados para o Trabalho de Campo, observamos que os CHAs adquiridos no âmbito da graduação na maioria das vezes são insuficientes e não garantem a realização segura da avaliação nutricional, de modo a gerar um diagnóstico nutricional preciso. A atividade em si é complexa e exige uma

capacidade de raciocínio e de julgamento que será desenvolvida, em grande parte, pelo treinamento no campo. A discussão deste tema será aprofundada quando da apresentação dos resultados sobre as contribuições do Curso para o desenvolvimento dos CHAs.

6.2 Satisfação profissional

Em nossa pesquisa, 52% dos nutricionistas mostraram-se muito satisfeitos com seu emprego atual e 39% consideravelmente satisfeitos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos egressos de acordo com o nível de satisfação profissional



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Estes resultados encontram ressonância em outros estudos, nos quais a maior parte dos egressos (70% a 80%) mostrou-se satisfeita com a profissão (GAMBARDELLA, 2000; GOMES; SALADO, 2007; LETRO; JORGE, 2010; MIRANDA, 2010).

A partir das justificativas apresentadas pelos egressos para a pergunta sobre satisfação profissional, foi possível identificar fatores geradores e não geradores de satisfação profissional e categorizá-los. Da análise realizada, elegemos os

elementos que são representativos do conjunto dos respondentes, os quais são apresentados nos Quadros 3 e 4.

Identificamos 12 (doze) fatores geradores de satisfação profissional, dentre os quais o mais citado foi a oportunidade de exercício da profissão no ambiente de trabalho (35,1%), seguido do gosto pela profissão (27%) (Quadro 3).

Quadro 3 - Fatores geradores de satisfação profissional

Categorias temáticas	n^o.	%
Valorização Profissional “Trabalho em uma grande empresa que proporciona condições de trabalho e valoriza o profissional.” “No hospital em que trabalho percebo o quanto faz-se necessário o acompanhamento nutricional e cada dia mais vejo a valorização do profissional nutricionista na evolução clínica do paciente.”	2	5,4
Respeito “Apesar de ser um serviço público, é um local onde respeitam a minha conduta nutricional e juntamente com a médica, o trabalho caminha para um lado positivo, assim o paciente sempre fica satisfeito com o serviço que foi prestado a ele.” “Desenvolvo meu trabalho em UTI de adultos e crianças e trabalho com equipes muito integradas, que respeitam todos os profissionais.”	2	5,4
Confiança dos demais profissionais “[...] uma confiança conquistada com os médicos e demais profissional do hospital.”	1	2,7
Segurança e reconhecimento profissional “Hoje sou uma profissional segura e reconhecida no desempenho do meu trabalho.”	1	2,7
Autonomia “[...] além de ter uma autonomia sobre a prescrição da dieta do doente [...]”	1	2,7
Independência “Gosto do que eu faço e o faço de forma independente.”	1	2,7
Gosto pela área de atuação “[...] gosto muito da área clínica, de avaliação nutricional, acompanhamento, elaboração de plano alimentar.” “Desde que me formei sempre trabalhei na área de indústria e gosto muito do que faço e procuro fazer com comprometimento e dedicação. Apesar de não trabalhar integralmente na nutrição eu gosto do que faço.” “Gosto do ambiente hospitalar e nutrição clínica, poder trabalhar com isto me dá prazer.” “Adoro consultório e orientação nutricional.” “AMO a minha profissão!” “Gosto muito de trabalhar com a docência e na área de nutrição clínica.” “Gosto muito da área em que trabalho pois desde que entrei na faculdade foi meu objetivo, acho muito gratificante em realização profissional [...]”	10	27
Aplicação dos conhecimentos e exercício da profissão “Consigo desenvolver atividades como triagem, avaliação nutricional, acompanhamento e evolução dietoterápica de pacientes.” “Trabalho na área que me especializei com uma equipe transdisciplinar onde todos os mecanismos de avaliação de cada especialidade são aplicados e discutidos.” “Muito satisfeita, realizo com tranquilidade meus diagnósticos nutricionais.” “Consigo atuar de forma efetiva como nutricionista, participando de visitas médicas, prescrevendo terapia nutricional.” “O hospital em que trabalho dá a liberdade ao profissional nutricionista em prescrever dietas e discutir casos [...]” “Até hoje, não conheço nenhum local onde se faça o verdadeiro papel de nutricionista como onde trabalho. Lá sim atuamos como verdadeiros profissionais da saúde em <i>pro</i> a manutenção ou recuperação do estado nutricional.” “Me sinto satisfeita em aplicar todos os conhecimentos que adquiri tanto na universidade quanto no curso de pós-graduação em 6 anos em que atuo como nutricionista [...]” “Estou muito satisfeita, pois atuando em saúde coletiva consigo empregar na prática, o conhecimento de várias áreas da nutrição.” “Quando estava empregada, pude agregar os conhecimentos aprimorados pelo curso principalmente na avaliação nutricional.”	13	35,1

Categorias temáticas	n.º	%
Eficácia, resultados da profissão “Acredito muito na nutrição oncológica para a melhoria da qualidade de vidas dos pacientes, o retorno que tenho deles me deixa bastante satisfeita.” “Me sinto satisfeita ao ver os resultados das intervenções nutricionais nos pacientes advindos do conhecimento em Nutrição Clínica.”	2	5,4
Aprendizado no contexto do trabalho “A rotina de consultório é um aprendizado constante e necessita de atualização constante também.” “Considerável, pois sempre é preciso atualização profissional principalmente na área de nutrição, devido a esse fato para grande realização profissional/pessoal ainda é preciso muito estudo e atualizações.” “Trabalhando em UTI tenho grandes oportunidades de conhecimentos mais amplos na área de nutrição em terapia intensiva.”	3	8,1
Trabalho em equipe “[...] observando uma efetiva ação entre a equipe multidisciplinar.”	1	2,7
Total	37	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

A **satisfação no trabalho** é um tema amplamente estudado e relevante pela influência que pode exercer sobre o trabalhador, “afetando sua saúde física e mental, atitudes, comportamento profissional, social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações”. (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 59). As diferenças de personalidade, as diferenças no ambiente de trabalho e variações nos valores atribuídos ao trabalho são determinantes da satisfação no trabalho (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Para Locke (1984), apesar das diferentes expectativas dos trabalhadores, são grandes as semelhanças entre os fatores geradores de satisfação no ambiente de trabalho, que podem ser divididos em dois grandes grupos: **eventos e condições** (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho) e **agentes** (colegas e subordinados, supervisão e gerenciamento) (*apud* MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Identificamos que os fatores geradores de satisfação mais citados estavam relacionados ao trabalho em si, como a possibilidade de uso de habilidades e capacidades, o interesse e significado pessoal, sentimento de realização, autonomia na tomada de decisões, harmonia e integração interpessoal e avaliação positiva do desempenho no trabalho. O reconhecimento no desempenho do trabalho e o respeito demonstrado pela supervisão/gerenciamento e colegas de trabalho também foram apontados.

Outro fator foi a valorização profissional. De acordo o CFN (2006), dados da pesquisa realizada em 2005 com 2.492 nutricionistas revelaram que, em geral, 80 a 90% dos profissionais sentem-se valorizados pela sociedade. Especificamente na área da Nutrição Clínica, 88,6% referiram sentir-se valorizados e 11,2% muito valorizados.

Em relação aos fatores geradores de insatisfação, identificamos 10 (dez). A baixa remuneração foi o mais citado (Quadro 4), conforme apontado anteriormente por outros autores (GAMBARDELLA, 2000; LETRO e JORGE, 2010).

Quadro 4 - Fatores geradores de insatisfação profissional

Categorias temáticas	n°	%
Insegurança “Trabalho com nutrição esportiva, mas às vezes me sinto um pouco inseguro em relação a alguma patologia e análise de exames bioquímicos.”	1	4,8
Falta de valorização “Apesar de gostar do meu trabalho, gostaria que a minha profissão fosse mais valorizada.” “O profissional nutricionista ainda precisa ser mais valorizado principalmente pelos médicos [...]”	2	9,5
Falta de liberdade para atuar “Gostaria de ter mais liberdade para atuação e até mesmo prescrição de exames [...]”	1	4,8
Falta de oportunidade de exercer a profissão “Não tenho oportunidade de exercer por completo meus conhecimentos.” “Trabalho como Gerente de contas e desenvolvo mais ações gerenciais que com TN.”	2	9,5
Excesso de trabalho “[...] tenho muitas atividades para realizar. Às vezes não faço nem o horário de almoço para dar tempo de fazer minhas atividades, para não precisar ficar até depois do horário, porque aqui eles não pagam horas extras.”	1	4,8
Gestão do Serviço - aspectos administrativos “[...] e questões particularmente administrativas da empresas que impedem que o atendimento em convênio médico seja realizado com mais atenção ao paciente e não somente no fluxo de indivíduos atendidos para atender a alta demanda.”	1	4,8
Falta de recursos materiais “Poucos recursos para uma melhor atuação.” “Poucos recursos para atender a satisfação dos pacientes.”	3	14,3
Falta de recursos humanos “Estrutura do hospital, poucos nutricionistas para que o atendimento nutricional como um todo seja mais eficaz.”	2	9,5
Trabalho em equipe “Nutricionistas na equipe sem colaboração.” “O trabalho em equipe precisa estar mais fortalecido.” “[...] porém falta atuação da EMTN do hospital.”	3	14,3
Baixa remuneração “Atualmente eu trabalho muito e recebo muito pouco [...]” “Meu trabalho não é mais satisfatório devido ao baixo salário [...]” “[...] porém por tanta dedicação e estudos acho que a remuneração não é adequada.”	5	23,8
Total	21	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

Os fatores geradores de insatisfação apontados pelos egressos, de acordo com Locke (1984), estavam relacionados ao trabalho em si, como a falta de oportunidade de exercer a profissão e a falta de liberdade para atuar; às condições de trabalho, como a falta de recursos humanos e materiais; aos colegas e ao trabalho em equipe, como a falta de colaboração e de atuação da EMTN; e ao pagamento, como a baixa remuneração. A falta de valorização profissional e a insegurança por falta de conhecimento também foram citados.

6.3 Contribuições do Curso do GANEP

Ao olhar para as contribuições do Curso no âmbito do desenvolvimento/aprimoramento dos recursos que mobilizarão a competência avaliação do estado nutricional, optamos por dividir a apresentação e a análise dos dados em três partes: conhecimentos (dimensão cognitiva - saber), habilidades (dimensão psicomotora - saber fazer) e atitudes (dimensão afetiva - saber ser).

6.3.1 Conhecimentos (dimensão cognitiva - saber) desenvolvidos/aprimorados

Nesta dimensão, elegemos os saberes técnico-científicos que devem embasar a prática, o saber fazer da avaliação do estado nutricional de um indivíduo. Inicialmente apresentamos os resultados para os temas **compartmentos corpóreos e suas alterações na doença e necessidades nutricionais**; a seguir, **definição de desnutrição e suas repercussões clínicas**; e por fim, **definição dos métodos de avaliação nutricional**.

No Quadro 5 identificamos que a maior contribuição do Curso foi para o **reconhecimento das necessidades nutricionais dos indivíduos em diferentes condições clínicas**: para 54,5% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 37,5% consideravelmente e para 8% pouco. O tema para o qual houve a menor contribuição foi **alterações dos compartmentos corpóreos na doença**: para 31,5% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 55,1% consideravelmente e para 13,5% pouco ($p < 0,05$).

Quadro 5 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: compartimentos corpóreos, suas alterações e necessidades nutricionais

CONHECIMENTOS	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
Dimensão cognitiva						
Descrição dos compartimentos corpóreos (massa magra, gordura corpórea e água corpórea)	N	40	36	10	1	87
	%	46	41,4	11,5	1,1	100
Conhecimento das alterações dos compartimentos corpóreos na doença	N	28	49	12	0	89
	%	31,5	55,1	13,5	0	100
Reconhecimento das necessidades nutricionais (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) dos indivíduos nas diversas condições clínicas	N	48	33	7	0	88
	%	54,5	37,5	8,0	0	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.
Valor de p do teste de Wald: 0,0001

O cuidado do profissional nutricionista em conhecer as necessidades nutricionais dos indivíduos em cada uma das condições clínicas e estabelecer a oferta adequada de nutrientes fundamenta-se no fato de que a super ou suboferta de nutrientes pode levar ao aumento da morbidade e, em longo prazo, ao aumento da mortalidade (RUSSELL; MUELLER, 2007).

As necessidades nutricionais são definidas como “[...] as quantidades de energia e de nutrientes biodisponíveis nos alimentos que um indivíduo sadio deve ingerir para satisfazer todas as suas necessidades fisiológicas normais e prevenir sintomas de deficiência” (FRANCESCHINI; PRIORE; EUCLYDES, 2002, p. 3). Em indivíduos enfermos, as necessidades nutricionais são diferentes devido às alterações metabólicas e fisiológicas na presença da doença. Sociedades profissionais e *experts* da área da Nutrição Clínica têm feito recomendações para a oferta de macro e micronutrientes nas mais diversas condições clínicas. Entretanto, seria impossível contemplar todas as situações que se apresentam na prática profissional: casos raros, doenças associadas, complicações clínicas relacionadas à doença de base.

Neste momento, do contato com a realidade, surgem os questionamentos que motivam o profissional a buscar solução para as novas situações, mobilizando conhecimentos prévios e integrando os novos, que, neste processo, ganham significado e ao mesmo tempo enriquecem os prévios. Assim se configura a

aprendizagem significativa (MOREIRA, 2000). Para Irigoin (*apud* Depresbiteris, 2005, p. 3) a competência se traduz pela própria “[...] construção social de aprendizagens significativas”. Para aprender significativamente é preciso ainda que haja no indivíduo uma predisposição para aprender. Nesta condição, o adulto está pronto e orientado para aprender porque sabe que o conhecimento que ele busca efetivamente o ajudará a realizar tarefas ou lidar com problemas da sua vida real, da sua prática profissional (KNOWLES, 2011; MOREIRA, 2000).

No que se refere aos conhecimentos desenvolvidos e/ou aprimorados sobre o tema **desnutrição** observamos que a maior contribuição do Curso foi para o conhecimento sobre **as repercussões clínicas da desnutrição**, especificamente para os temas **hospitalização prolongada** (67%), **aumento da morbimortalidade** (61,8%), **maior tendência a infecções** (57,3%) e **redução na cicatrização de feridas** (56,7%) ($p < 0,05$) (Quadro 6). No tema **definição da desnutrição e suas diferentes formas**, não houve diferença significativa entre os três temas. A contribuição do Curso para estes temas foi pequena, o que poderia ser justificado pelo fato deste assunto ser, normalmente, discutido em profundidade nos cursos de graduação.

Quadro 6 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: desnutrição - definição e repercussões clínicas

CONHECIMENTOS	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
<i>Definição da desnutrição e de suas diferentes formas:</i>						
Marasmo	N	27	45	13	2	87
	%	31	51,7	14,9	2,3	100
Kwashiorkor	N	25	44	15	2	89
	%	28,1	49,4	16,9	2,2	100
Mista (marasmo e kwashiorkor)	N	27	45	15	2	88
	%	30,7	51,1	17,0	2,3	100
Valor de <i>p</i> do teste de Wald: <0,222						
<i>Compreensão das repercussões clínicas da desnutrição:</i>						
Maior tendência a infecções	N	51	32	3	3	89
	%	57,3	36	3,4	3,4	100
Redução na cicatrização de feridas	N	51	32	6	1	90
	%	56,7	35,6	6,7	1,1	100
Menor força tênsil nas suturas	N	25	40	15	8	88
	%	28,4	45,5	17	9,1	100
Hipoproteinemia – edema	N	43	40	6	1	90
	%	47,8	44,4	6,7	1,1	100
Redução da motilidade intestinal	N	46	33	8	1	88
	%	52,3	37,5	9,1	1,1	100
Fraqueza muscular	N	46	37	3	1	87
	%	52,9	42,5	3,4	1,1	100
Convalescença prolongada	N	45	33	7	3	88
	%	51,1	37,5	8,0	3,4	100
Hospitalização prolongada	N	59	23	5	1	88
	%	67,0	26,1	5,7	1,1	100
Aumento da morbimortalidade	N	55	27	6	1	89
	%	61,8	30,3	6,7	1,1	100
Valor de <i>p</i> do teste de Wald: <0,001						

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

A desnutrição é a doença mais prevalente no ambiente hospitalar. No cenário mundial, 30 a 50% dos indivíduos hospitalizados apresentam algum grau de desnutrição. No Brasil, o IBRANUTRI revelou que a desnutrição estava presente em 48,1% dos 4.000 pacientes avaliados. A desnutrição hospitalar está relacionada,

como um fator independente, ao aumento da morbidade, mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos; portanto, o estado nutricional influencia os resultados clínicos do paciente (CORREIA; WAITZBERG, 2003).

Apesar da alta prevalência da desnutrição e de suas repercussões para o paciente, a consciência da equipe de saúde a este respeito é limitada. Neste mesmo estudo, a terapia nutricional, importante recurso para tratar a desnutrição foi prescrita para apenas 8,2% dos pacientes (CORREIA; WAITZBERG, 2003).

Propiciar aos profissionais o acesso a estas informações é favorecer o processo de tomada de consciência da realidade e de sua capacidade para transformá-la (KNOWLES, 2011; FREIRE, 1979). A realidade da desnutrição e complicações relacionadas se apresenta ao egresso em seu cenário de trabalho e/ou durante o Trabalho de Campo oferecido pelo Curso. Auxiliar o nutricionista a compreender a importância dos referidos temas, motiva o aprendizado e a ação para transformação, conforme corrobora o depoimento de dois egressos:

“Fazia avaliação, mas não precocemente por falta de conhecimento. Após as aulas soube da importância de se fazer isso de uma forma precoce.”

“Após a realização do curso, modifiquei alguns protocolos de atendimento ao meu paciente e, com isso, obtive melhores resultados com a intervenção realizada em cada caso.”

Em relação às **ferramentas utilizadas para identificar o risco nutricional** a maior contribuição foi para a **NRS 2002** e para a **MNA-SF**. Em relação à primeira, para 34,5% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 36,8% consideravelmente, para 25,3% pouco e para 3,4% nada; quanto à segunda, para 30,3% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 43,8% consideravelmente, para 21,3% pouco e para 4,5% nada. A menor contribuição foi para as ferramentas **URS e HH-NAT**, tendo o Curso contribuído muito para 15,5% e 16,9%, consideravelmente para 39,3% e 25,8%, pouco para 35,7% e 47,2% e nada para 9,5% e 10,1%, respectivamente ($p < 0,05$) (Quadro 7).

Quadro 7 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: identificação das ferramentas utilizadas para o rastreamento nutricional

CONHECIMENTOS	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
<i>Identificação das ferramentas utilizadas para o rastreamento nutricional:</i>						
NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002</i> - Triagem de Risco Nutricional 2002)	N	30	32	22	3	87
	%	34,5	36,8	25,3	3,4	100
MNA - SF (<i>Mini Nutritional Assessment Short Form</i> - Mini Avaliação Nutricional Reduzida)	N	27	39	19	4	89
	%	30,3	43,8	21,3	4,5	100
MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição)	N	25	29	29	6	89
	%	28,1	32,6	32,6	6,7	100
MST (<i>Malnutrition Screening Tool</i> - Ferramenta de Triagem de Desnutrição)	N	18	31	33	6	88
	%	20,5	35,2	37,5	6,8	100
HH - NAT (<i>Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool</i> - Ferramenta de Avaliação Nutricional)	N	15	23	44	9	89
	%	16,9	25,8	47,2	10,1	100
URS (<i>Undernutrition Risk Score</i> - Escore de Risco de Desnutrição)	N	13	33	30	8	84
	%	15,5	39,3	35,7	9,5	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.
Valor de p do teste de Wald: $<0,001$

O rastreamento ou triagem nutricional é definida pela Associação Dietética Americana (ADA), pelo Comitê das Organizações de Saúde (JCHO) e pela Iniciativa de Triagem Nutricional (NSI) como o processo de identificação das características sabidamente associadas a problemas dietéticos ou nutricionais (BARROCAS, 2001). Em outras palavras, é o processo de identificação de indivíduos em risco nutricional.

As informações coletadas dependem do tipo de ferramenta utilizada, mas em geral referem-se à altura, história do peso corporal, intervenções médicas e nutricionais, diagnóstico clínico, estado funcional, psicológico e social (RASLAN, 2008; RUSSELL; MUELLER, 2007).

Diversas ferramentas têm sido desenvolvidas para a triagem nutricional e apresentam limitações em relação à sensibilidade, especificidade, validade, aplicabilidade e custos. Ao escolher uma delas, é preciso considerar alguns fatores: a possibilidade de ser aplicada por um número grande de profissionais de saúde, o tempo demandado para sua aplicação aos pacientes, os recursos financeiros implicados e sua disponibilidade e sua capacidade de detectar o risco nutricional com confiança (RASLAN, 2008; RUSSELL; MUELLER, 2007).

Neste momento torna-se oportuno estabelecer a diferença entre a triagem e a avaliação nutricional. Enquanto a primeira identifica o risco de desnutrição, a segunda faz o diagnóstico e determina o grau de desnutrição. A primeira pode ser realizada por qualquer profissional treinado da área da saúde. A segunda é uma prerrogativa do profissional nutricionista.

Uma triagem nutricional efetiva permite o diagnóstico e a intervenção nutricional precoces objetivando a melhora dos resultados clínicos do paciente. É importante considerar que sua realização deve ocorrer até 72 horas da admissão hospitalar (RASLAN, 2010).

Os resultados aqui apresentados subsidiam uma reflexão a respeito da abordagem do tema pelo Curso. A contribuição, quando comparada com outros temas, foi pequena, até mesmo para a ferramenta NRS 2002 padronizada para o uso no ambiente hospitalar por ser considerada a mais completa e de melhor aplicabilidade (KONDRUP et al., 2003; RASLAN, 2010). Este resultado poderia ser justificado pelo fato do referido tema estar inserido na disciplina de avaliação nutricional, tema que, pela sua maior complexidade, recebe maior ênfase tanto nas atividades teóricas quanto nas práticas.

Uma percepção que não se constitui necessariamente em uma justificativa, é que o valor atribuído ao processo de triagem nutricional está comprometido pela dificuldade de sua implantação na prática profissional, que esbarra na dificuldade de sua incorporação na rotina dos funcionários, muitas vezes pelo acúmulo de funções e número reduzido de funcionários em hospitais de grande porte, no estabelecimento de um fluxograma que favoreça a realização da avaliação em até 72 horas da admissão hospitalar e na própria estrutura organizacional do serviço.

Ao considerarmos as sugestões dos egressos para a disciplina de avaliação nutricional, apesar dos resultados apresentados no Quadro 7, não encontramos uma sugestão sequer a respeito da triagem nutricional.

Por fim, analisamos as contribuições para os conhecimentos diretamente relacionados à **avaliação nutricional**: os **métodos utilizados**, incluindo definição, técnica, instrumentos, indicações e limitações em diferentes grupos de doentes. Na ótica dos egressos, a contribuição foi igual para os métodos descritos (**inquérito alimentar, avaliação subjetiva global, medidas antropométricas e exames bioquímicos**), exceto para a **impedância bioelétrica** ($p < 0,05$), para a qual o Curso

contribuiu muito para 43% dos egressos, consideravelmente para 28%, pouco para 27% e nada para 2% (Quadro 8).

Quadro 8 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos: métodos de avaliação nutricional

CONHECIMENTOS	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
<i>Definição dos métodos de avaliação nutricional:</i>						
Inquérito alimentar	N	52	24	8	1	85
	%	61,2	28,2	9,4	1,2	100
Avaliação subjetiva global	N	44	35	3	1	83
	%	53	42,2	3,6	1,2	100
Medidas antropométricas	N	48	25	9	0	82
	%	58,5	30,5	11	0	100
Exames bioquímicos	N	40	33	9	0	82
	%	48,8	40,2	11	0	100
Impedância bioelétrica	N	36	23	23	2	84
	%	42,9	27,4	27,4	2,4	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.
Valor de p do teste de Wald: $<0,001$

A avaliação nutricional é o processo que permite a obtenção e análise de indicadores diretos e indiretos do estado nutricional, resultando em um diagnóstico nutricional (CFN, 2005).

O conhecimento (saber) de cada um dos métodos disponíveis para a obtenção dos indicadores, a aplicação correta da técnica de realização e principalmente a compreensão das suas indicações e limitações em diferentes grupos de doentes é fundamental para se obter medidas fidedignas (saber fazer).

Nenhum método, isoladamente, pode ser considerado “padrão ouro”; todos apresentam limitações, dentre as quais a principal é o fato de sofrerem influência de fatores independentes do estado nutricional (BARBOSA E SILVA, 2001).

A escolha dos métodos a serem aplicados em cada uma das diferentes condições clínicas depende do julgamento clínico do profissional com base na sua sensibilidade, especificidade, validade, aplicabilidade e custo. Nesta situação, o saber é importante, mas saber por que fazer ou por que aplicar um determinado

método em detrimento de outro se torna fundamental. Nesse sentido, apresentamos o depoimento de um egresso sobre a contribuição do Curso para a realização da avaliação nutricional no trabalho:

*“Conhecer os tipos de avaliações e **saber qual seria a melhor para mim** e como fazê-la.” (grifo da autora)*

A construção de competências não prescinde da compreensão e análise dos conhecimentos. Na visão de Perrenoud (1999, p. 15), “[...] a abordagem por competências não rejeita nem os conteúdos, nem as disciplinas, mas sim acentua sua implementação”. Assim, desta perspectiva, os conhecimentos estão à serviço das competências, são gerenciados por elas e devem ser criteriosamente selecionados de maneira a alcançar a complexidade da prática.

Ainda da perspectiva do desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, quando perguntamos aos egressos sobre as principais contribuições do Curso 33,3% (22) deles fizeram referência aos conhecimentos sobre a AN em geral, às técnicas e aos protocolos. Destacamos a seguir dois depoimentos que evidenciam a contribuição das aulas fundamentadas na literatura científica:

“O conhecimento teórico das técnicas de avaliação nutricional recomendadas por estudos científicos.”

“O embasamento técnico-científico durante as aulas [...]”

Finalizamos esta discussão com as palavras de Ramos (2001, p. 24): “[...] os aprendizados reais contextualizam-se em situações concretas, mas se enraízam em seus fundamentos científicos”.

6.3.2 Habilidades (*saber fazer*) desenvolvidas/aprimoradas

A dimensão psicomotora, do saber fazer, diz respeito às habilidades, tarefas, capacidade do profissional mobilizar, em situações de trabalho, os saberes técnicos que constituem uma prática, neste caso a avaliação nutricional. Nesse sentido, avaliamos a contribuição do Curso para a **aplicação dos instrumentos e métodos de triagem e avaliação nutricional, cálculo das necessidades nutricionais, classificação do estado nutricional de acordo com o resultado de cada método e elaboração do diagnóstico nutricional.**

Quanto à **aplicação das fichas de triagem nutricional**, a contribuição do Curso guarda semelhança com àquela observada para os conhecimentos sobre o mesmo tema. Para 33,3% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 50% consideravelmente, para 13,1% pouco e para 3,6% nada. Semelhantemente, em concordância com os resultados da dimensão cognitiva, a contribuição do Curso foi importante para a realização do **cálculo das necessidades nutricionais**: para 58,5% dos egressos o Curso contribuiu muito, para 31,7% consideravelmente e para 9,8% pouco (Quadro 9).

Quadro 9 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades: triagem nutricional e cálculo das necessidades nutricionais

HABILIDADES		Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica				Total
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	
Dimensão psicomotora						
Aplicação das fichas de triagem nutricional	N	28	42	11	3	84
	%	33,3	50	13,1	3,6	100
Cálculo das necessidades nutricionais do indivíduo nas diferentes condições clínicas	N	48	26	8	0	82
	%	58,5	31,7	9,8	0	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Valor de p do teste de Wald: $<0,001$

As justificativas para os resultados relacionados à triagem nutricional, agora do ponto de vista prático, são semelhantes àquelas apresentadas no item anterior. A ênfase no Trabalho de Campo oferecido pelo GANEP está sobre o tema avaliação nutricional.

Há ainda outro agravante: o GANEP, como um grupo de apoio, só tem acesso ao paciente quando solicitado pela equipe médica responsável pela internação. Assim, o primeiro contato com a maior parte dos pacientes só acontece após 72 horas da admissão, quando a realização da triagem nutricional perde o sentido na medida em que a hospitalização é um fator de risco para o comprometimento do estado nutricional.

Com relação à importante contribuição do Curso para a determinação das necessidades nutricionais, esta poderia ser justificada pelo fato de ser uma prática difícil e que, não raramente, suscita dúvidas especialmente em condições de doença. A dificuldade reside em obter um valor acurado e preciso evitando-se a

super ou suboferta de nutrientes, ambas implicadas no aumento da morbidade e, em longo prazo, da mortalidade.

As necessidades nutricionais são calculadas a partir da determinação do gasto energético total (gasto energético basal, efeito térmico do alimento e atividade física), acrescido de fatores de ajuste: fator atividade, fator injúria e fator térmico. Diversos métodos podem ser empregados para a determinação do gasto energético (GE), sendo a calorimetria indireta considerada “padrão ouro” pela sua acurácia. Entretanto, sua utilização em ambientes clínicos é restrita, principalmente pelo alto custo. As equações preditivas, apesar de suas limitações, são o método mais utilizado na prática clínica. Dúvidas surgem diante das situações reais de trabalho. Qual a melhor equação a ser utilizada em uma determinada condição clínica? Existem equações validadas, que considerem as particularidades destes indivíduos? Qual o peso a ser utilizado (peso atual, peso ideal, peso habitual) especialmente na presença de distúrbios hídricos? Quais os fatores de ajuste que devem ser utilizados sem que haja super ou subestimação do cálculo final? As respostas são encontradas na literatura científica e na experiência dos profissionais que atuam na área. A consideração fundamental é de que o cálculo é importante, serve para balizar a conduta, mas monitorar o paciente em terapia nutricional, através da avaliação nutricional e exames laboratoriais para saber se a oferta de nutrientes está sendo adequada ou não, é essencial.

No que diz respeito à aplicação dos métodos de avaliação nutricional, a maior contribuição foi para os métodos **medidas antropométricas, inquérito alimentar e avaliação subjetiva global**, em que para 57,8%, 55,4% e 48,8% dos egressos, respectivamente, o Curso contribuiu muito. A menor contribuição foi para a **impedância bioelétrica**, pois apenas 24% dos egressos consideraram que o Curso contribuiu muito para a sua aplicação ($p < 0,05$) (Quadro 10).

Quanto à interpretação dos resultados, a maior contribuição foi para **medidas antropométricas**: para 59,3% o Curso contribuiu muito, para 30,9% consideravelmente, e para 9,9% pouco. A menor contribuição foi, novamente, para a **impedância bioelétrica**: para apenas 28,9% dos egressos o Curso contribuiu muito para a sua interpretação ($p < 0,05$) (Quadro 10).

Em relação à classificação do estado nutricional de acordo com cada um dos métodos, a maior contribuição foi para **medidas antropométricas e avaliação subjetiva global**, em que o Curso contribuiu muito para 54,2% e 47,6% dos

egressos, respectivamente. A menor contribuição foi para a **impedância bioelétrica**: para apenas 26,5% o Curso contribuiu muito ($p < 0,05$) (Quadro 10).

Para a **elaboração do diagnóstico nutricional**, que resulta da análise e interpretação dos resultados da aplicação dos métodos de AN, o Curso contribuiu muito para 63% dos egressos, consideravelmente para 32,1%, pouco para 3,7%, e nada para 1,2% (Quadro 10).

Ainda, em relação ao **acompanhamento da evolução do estado nutricional** que implica na realização periódica da AN, o Curso contribuiu muito para 58,3% dos egressos, consideravelmente para 36,9%, pouco para 3,6% e nada para 1,2% (Quadro 10).

Quadro 10 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades: avaliação dos métodos, interpretação e classificação dos resultados, elaboração do diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional

HABILIDADES	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
<i>Aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional:</i>						
Inquérito alimentar	N	46	29	7	1	83
	%	55,4	34,9	8,4	1,2	100
Avaliação subjetiva global	N	41	35	7	1	84
	%	48,8	41,7	8,3	1,2	100
Medidas antropométricas	N	48	25	10	0	83
	%	57,8	30,1	12	0	100
Exames bioquímicos	N	34	35	12	3	84
	%	40,5	41,7	14,3	3,6	100
Impedância bioelétrica	N	20	32	25	8	85
	%	23,5	37,6	29,4	9,4	100
<i>Interpretação dos resultados oriundos da aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional:</i>						
Inquérito alimentar	N	40	34	9	1	84
	%	47,6	40,5	10,7	1,2	100
Avaliação subjetiva global	N	43	31	9	0	83
	%	51,8	37,3	10,8	0	100
Medidas antropométricas	N	48	25	8	0	81
	%	59,3	30,9	9,9	0	100
Exames bioquímicos	N	36	34	10	2	82
	%	43,9	41,5	12,2	2,4	100

Impedância bioelétrica	N	24	29	23	7	83
	%	28,9	34,9	27,7	8,4	100
<i>Classificação do estado nutricional de acordo com os resultados de cada método:</i>						
Inquérito alimentar	N	33	39	11	1	84
	%	39,3	46,4	13,1	1,2	100
Avaliação subjetiva global	N	39	34	8	1	82
	%	47,6	41,5	9,8	1,2	100
Medidas antropométricas	N	45	29	8	1	83
	%	54,2	34,9	9,6	1,2	100
Exames bioquímicos	N	33	35	12	2	82
	%	40,2	42,7	14,6	2,4	100
Impedância bioelétrica	N	22	30	25	6	83
	%	26,5	36,1	30,1	7,2	100
Diagnóstico do estado nutricional	N	51	26	3	1	81
	%	63	32,1	3,7	1,2	100
Acompanhamento da evolução do estado nutricional	N	49	31	3	1	84
	%	58,3	36,9	3,6	1,2	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Valor de p do teste de Wald: $<0,001$

Da perspectiva profissional, as competências são reveladas quando o indivíduo age frente às situações com as quais se depara no cenário de trabalho. Esta ação envolve a combinação e a mobilização de seus constituintes, os CHAs, que gerarão um resultado, um desempenho profissional. Desta maneira, o desempenho é a expressão da competência, “[...] uma manifestação do que o indivíduo aprendeu ao longo da vida”. (BRANDÃO, 2007, p. 151).

Entendendo a aprendizagem como o processo através do qual se adquire a competência, avaliamos a contribuição do Curso para o domínio de habilidades para a prática da avaliação nutricional, que fundamentadas nos conhecimentos discutidos anteriormente e em consonância com as atitudes e valores implicados nesta prática, permitiram aos nutricionistas a realização do diagnóstico nutricional nos cenários de trabalho.

A avaliação nutricional é uma prática complexa, que requer uma sequência de ações, interdependentes, que, quando combinadas levam o profissional ao alcance do seu objetivo: estabelecer o diagnóstico nutricional. Inicia com a coleta dos dados

através da utilização de diferentes métodos (aqui há um processo de escolha dos métodos mais adequados ao paciente, que por vezes gera dúvidas conforme discutimos na dimensão cognitiva); prossegue com a interpretação dos dados e classificação do estado nutricional de acordo com cada um dos métodos empregados (resultados na maior parte das vezes heterogêneos); ainda, continua com a análise conjunta dos diferentes resultados amparada pelas condições clínicas do paciente; termina com o estabelecimento do diagnóstico nutricional. O profissional então assume “o risco de um julgamento” (DEPRESBITERIS, 2005, p. 5).

Assim, a competência “avaliar o estado nutricional” que resulta no diagnóstico nutricional exige um conjunto de “esquemas de mobilização”, conforme afirma Perrenoud (1999, p. 24):

[...] uma competência com uma certa complexidade envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciações de probabilidades, **estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices**, busca das informações pertinentes, formação de uma decisão, etc. (grifo da autora)

Segundo o autor, embora apoiados na teoria, estes esquemas são adquiridos na prática, através da aprendizagem por meio de situações reais ou simuladas.

Em relação ao acompanhamento da evolução do estado nutricional, salientamos a importante contribuição do Curso, na medida em que ele conduzirá a EMTN à reavaliação e atualização do plano de cuidados nutricionais. O paciente deve ser reavaliado pelo nutricionista regularmente, com o objetivo de verificar a eficácia do planejamento inicial e a necessidade de alterá-lo de acordo com a evolução clínica do paciente (WAITZBERG, 2001; BRASIL, 2000).

Em relação às principais contribuições do Curso, 59,7% (40) dos egressos apontaram para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades. Podemos observar no Quadro 11 que esta contribuição alcançou todas as etapas da prática da avaliação nutricional, incluindo o diagnóstico, e implicou na melhora dos resultados no exercício profissional (sobre este tema nos aprofundaremos no próximo capítulo). O TC, como estratégia de ensino, foi o maior contribuinte (32,5%) para o desenvolvimento de habilidades.

Quadro 11 - Principais contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de habilidades para a prática da AN

Habilidades e estratégia de ensino	Depoimentos	n ^o .	%
Avaliação nutricional em geral	“Com certeza na avaliação em geral, pois a prática é diferente da teoria e foi muito válido para o atendimento dos pacientes.” “O curso me acrescentou uma facilidade na realização da avaliação nutricional no meu antigo emprego, que era em um hospital. Avaliação nutricional completa e baseada em literaturas [...]”	5	12,5
Aplicação dos métodos	“[...] e aplicação dos métodos utilizados no trabalho de campo na prática do dia a dia.” “[...] auxiliando no uso principalmente de impedância, avaliação subjetiva global e avaliação antropométrica.”	10	25
Interpretação dos métodos	“Novos protocolos, novas técnicas, uso da BIA, interpretação dos mesmos.”	4	10
Classificação do estado nutricional	“Foi de aprender a avaliar o paciente não somente com dados antropométricos e IMC, mas também, através de exame físico e clínico, % perda de peso. Estudar toda a história do paciente para depois classificá-lo quanto ao estado nutricional.”	1	2,5
Diagnóstico nutricional	“Diagnósticos nutricionais através do exame físico, evoluções nutricionais, interpretação de exames bioquímicos, recordatórios, cálculos das necessidades calóricas e proteicas e bioimpedância.” “Melhor efetividade para o diagnóstico nutricional.”	4	10
Acompanhamento nutricional	“Avaliação do estado nutricional, tratamento e acompanhamento da evolução.”	1	2,5
Melhora dos resultados	“Contribuiu para melhorar meus conhecimentos específicos e trazer ao paciente um melhor atendimento nutricional com diversos métodos de avaliação que possam garantir a recuperação do paciente a curto prazo, diminuindo assim o tempo de internação e auxiliando na recuperação do estado geral.”	2	5
Trabalho de Campo (TC)	“Antes de fazer o curso de especialização do Ganep, não tinha muita noção de como utilizar as avaliações nutricionais nos pacientes e a parte prática foi muito importante [...]” “[...] No estágio, trabalhamos muito com ASG e as demais medidas antropométricas, o que contribuiu muito para o aprendizado e consolidação dos conhecimentos adquiridos.” “Trabalho de campo, experiência prática + teoria.” “Maior entendimento e experiência, principalmente no Trabalho de Campo, onde tínhamos as aulas na prática mesmo. Já que Avaliação Nutricional, se aprende muito mais na prática.” “[...] a prática clínica durante o trabalho de campo e o suporte dos tutores no esclarecimento das dúvidas que surgiram.”	13	32,5
Total		40	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes; os depoimentos aqui transcritos são representativos dos egressos que apontaram o desenvolvimento de tais habilidades como contribuição do Curso.

6.3.3 Atitudes (*saber ser*) desenvolvidas/aprimoradas

Na dimensão afetiva, que diz respeito às atitudes, aos comportamentos, destacamos as competências necessárias para o trabalho multiprofissional na área da saúde: pluralidade de visão, flexibilidade, tolerância e saber ouvir e falar. O nutricionista da área clínica deve interagir com os profissionais também engajados

no tratamento do paciente como o médico, o enfermeiro, o farmacêutico, o psicólogo e outros. Esta interação pode ser ainda mais intensa se o nutricionista estiver inserido em uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. **Saber ouvir e falar** e **pluralidade de visão** foram as atitudes para as quais o Curso mais contribuiu de acordo com a perspectiva de 62,5% e 59,8% dos egressos, respectivamente. A contribuição para **flexibilidade** e **tolerância** foi igual: para 50% dos egressos o Curso contribuiu muito ($p < 0,05$) (Quadro 12).

Quadro 12 - Contribuição do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento de atitudes: equipe multiprofissional de terapia nutricional

ATITUDES	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica					
		Muito	Considerável	Pouco	Nenhum	Total
<i>Atuação em Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:</i>						
Pluralidade de visão	N	49	29	4	0	82
	%	59,8	35,4	4,9	0	100
Flexibilidade	N	42	36	5	1	84
	%	50	42,9	6	1,2	100
Tolerância	N	41	34	5	2	82
	%	50	41,5	6,1	2,4	100
Saber ouvir e falar	N	50	26	3	1	80
	%	62,5	32,5	3,8	1,3	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Valor de p do teste de Wald: $< 0,001$

Saupe et al. (2005), construíram um diagrama com os desdobramentos da competência para a interdisciplinaridade, no qual nos baseamos para estabelecer as competências na dimensão afetiva. Os autores destacam a importância do “outro” no âmbito da atuação interdisciplinar. O ouvir constitui-se no pressuposto básico da comunicação, possibilitando entender a opinião do outro e questionar as próprias convicções. A diversidade de profissionais na equipe assegura a pluralidade de visão com respeito aos métodos, teorias, maneiras de enxergar uma mesma situação. Esta pluralidade pode se manifestar no encontro de diferenças, na tolerância mútua. Tolerar aqui, no sentido de colocar-se no lugar do outro

entendendo que ele pode estar com a razão, procurando compreender a sua verdade na perspectiva do coletivo; implica ainda em pactuar, buscar consensos.

As reflexões a respeito deste tema são intensificadas no atual contexto do trabalho, onde este se reveste de uma complexidade que torna o “outro” imprescindível. Deste modo, “[...] o desempenho competente dependerá largamente da capacidade de comunicação e cooperação”. (DEPRESBITERIS, 2005, p. 10).

Especialmente na área da saúde, considerando as mudanças na natureza do trabalho e a ênfase à “[...] humanização do cuidado na perspectiva do cliente [...]” é fundamental “[...] ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais”. (DELUIZ, 2001b, p. 11). A este respeito, é oportuno destacar o depoimento de um dos egressos ao apontar as principais contribuições do Curso para a prática profissional:

“Atuar como um verdadeiro profissional da área da saúde, mas não esquecer que acima de tudo somos humanos.”

Ao fazermos a escuta dos egressos a respeito das principais contribuições do Curso nesta dimensão, identificamos contribuições da ordem do coletivo, mas também da ordem do indivíduo, conforme Quadro 13.

Quadro 13 - Principais contribuições do Curso para a realização da AN no trabalho: dimensão afetiva

Dimensão afetiva	Subcategorias	Depoimentos	n ^o .	%
Maturidade, importância, responsabilidade		“A maturidade, a importância, responsabilidade. Destaco a segurança ao realizar a avaliação, maior conhecimento quanto a importância da mesma para o prognóstico do paciente e aplicação dos métodos utilizados no trabalho de campo na prática do dia a dia.”	2	20
Confiança		“Maior confiança.”	1	10
Ampliação da visão	Paciente	“Maior entendimento e visão multifatorial do paciente.”	1	50
	Prática da AN	“Comecei a levar em consideração mais pontos a serem avaliados como perda de peso X tempo desta perda [...]”	1	
	Atuação na área clínica	“Uma visão mais abrangente da atuação na área clínica e o quanto faz-se necessário o aprendizado /atualização constante.”	1	
	Atuação multidisciplinar	“Através da vivência obtida pelo trabalho de campo foi possível ter uma visão mais ampla e clara de como deve ser a atuação de uma equipe multidisciplinar direcionada a pacientes crônicos.” “Visão multidisciplinar, prática clínica e diferentes possibilidades de intervenções nutricionais.”	2	
Troca de experiências profissionais		“Mais segurança na minha atuação, troca de experiências com outros profissionais [...]”	2	20
Total			10	100

Zarifian (2012), ao pensar a noção de competência, aponta três elementos pertencentes ao potencial do indivíduo, iniciativa e responsabilidade, inteligência prática e reflexividade, relacionados ao ser competente. A responsabilidade foi citada por um dos egressos como uma das contribuições do Curso. Para o autor, o assumir responsabilidade significa engajar-se, tentar alcançar por si próprio, o desempenho necessário às situações de trabalho. Esta atitude mobiliza fortemente a inteligência e a subjetividade do indivíduo. Responsabilizar-se é ainda assumir riscos, o risco de assumir um julgamento e até mesmo de fracassar em uma determinada tarefa. O nutricionista, ao elaborar o diagnóstico nutricional, ainda que o faça apoiado em um conjunto de padrões reconhecidos cientificamente, assume o risco de um julgamento, responsabiliza-se, envolve-se de modo pessoal.

A importância, destacada na fala de dois egressos, está relacionada ao valor dado à AN, como uma prática que pode mudar a evolução clínica do paciente.

O Curso constitui-se também em espaço de troca de conhecimentos e experiências profissionais. A troca de experiências é enriquecedora para os profissionais envolvidos e favorece a aprendizagem múltipla. O trabalho em equipe multidisciplinar, em nosso estudo, ampliou a visão dos nutricionistas no âmbito da compreensão do paciente, da prática da AN, da atuação profissional como um todo e da própria atuação multidisciplinar. Ampliar a visão é romper limites, enxergar novas possibilidades de agir para alcançar um objetivo, neste caso, o objetivo comum à equipe multidisciplinar em saúde que é a recuperação do paciente.

Os egressos (7,5%) também apontaram contribuições do Curso para além daquelas relacionadas à prática da avaliação nutricional. Identificamos contribuições para o tratamento nutricional, para o crescimento e atualização profissional, e para o estímulo à pesquisa:

“Quando iniciei a pós-graduação no Ganep atuava como Técnica em Nutrição, entretanto esse curso foi de suma importância para o meu crescimento profissional.”

“Introduziu conceitos e possibilitou a aplicação das ferramentas nutricionais na prática profissional. Além de ter me instigado a desenvolver meu mestrado nesta linha de pesquisa no ano de 2007.”

Houve ainda aqueles que relataram que o Curso não contribuiu ou contribuiu pouco (9%) para a prática da AN. Alguns depoimentos permitiram a identificação de críticas que focalizaram os temas abordados nas aulas, o TC e a falta de oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos desenvolvidos. Em relação ao primeiro, sob a ótica destes egressos, os temas abordados também foram objeto da graduação e, portanto, não agregaram novos conhecimentos; ainda, temas de interesse específico do egresso não foram abordados com a profundidade esperada. Quanto ao TC, um egresso relatou apenas não gostar da atividade. Por fim, a falta de oportunidade de colocar em prática o que foi aprendido na teoria também foi uma crítica.

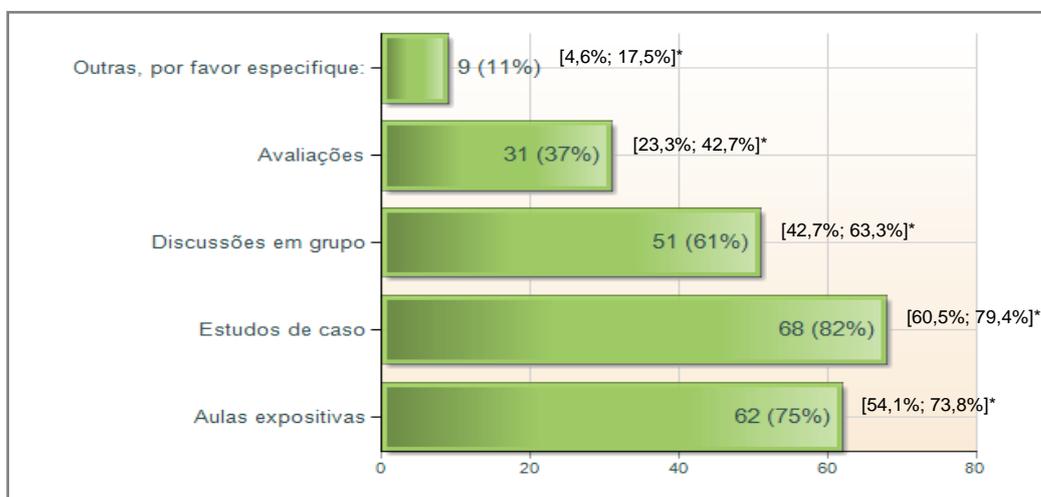
A heterogeneidade, tanto do ponto de vista individual quanto profissional é uma realidade no Curso e poderia justificar estes resultados, considerando o número pequeno de egressos e seus depoimentos. As turmas são formadas por profissionais de diferentes faixas etárias, tempo de formação, experiência profissional e nível de conhecimento em AN e TN. Logo, suas expectativas também são distintas e relacionam-se fortemente à realidade da sua organização de

trabalho. Seria impossível, da perspectiva da proposta curricular de um Curso de pós-graduação, abordar com profundidade todas as situações que se apresentam no cotidiano do cenário profissional. Todavia, ao analisarmos as sugestões dos egressos para a melhoria da disciplina de AN, encontramos aquelas que guardam relação com estas críticas e serão objeto de reflexão para subsidiar mudanças no plano de ensino da disciplina. Entretanto, em razão do pequeno número de egressos que não se sentiu contemplado, é preciso também considerar a heterogeneidade do grupo e a incapacidade de qualquer proposta de formação profissional de abordar, e abordar profundamente, o ilimitado número de situações com o qual cada profissional se depara na realidade do trabalho.

Além das contribuições do Curso para o desenvolvimento/aprimoramento dos CHAs, foi de nosso interesse saber quais as **atividades e estratégias de ensino** adotadas em sala de aula e no TC que mais favoreceram este desenvolvimento. Em sala de aula, o **estudo de caso** foi a atividades que mais contribuiu (82%), seguida pelas **aulas expositivas** (75%) e pelas **discussões em grupo** (61%). As **avaliações** foram as que menos contribuíram ($p < 0,05$) (Gráfico 7).

Na opção “outras” (estratégias), o Trabalho de Campo foi citado por 5 egressos, possivelmente por não terem visto que a pergunta subsequente se referia a este tema. A qualificação, a didática e o apoio/suporte dos professores durante o Curso foram citados por 2 egressos. Apesar dos resultados e relatos anteriores é importante considerar a perspectiva daquele que considerou que o curso deixou de contribuir: “se houvesse um pouco de tudo isso já estaria muito bom.”

Gráfico 7 - Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional realizadas em sala de aula e sua contribuição para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)s



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

*Intervalos de confiança de 95%.

As estratégias de ensino são ferramentas facilitadoras da apropriação do conhecimento. Para ensinar os adultos, as estratégias selecionadas devem respeitar os princípios que regem seu processo de aprendizagem: abordagem de conteúdos que sejam de interesse do aluno, passíveis de serem aplicados em situações pessoais e profissionais da vida real; valorização dos conhecimentos prévios; e articulação teoria-prática.

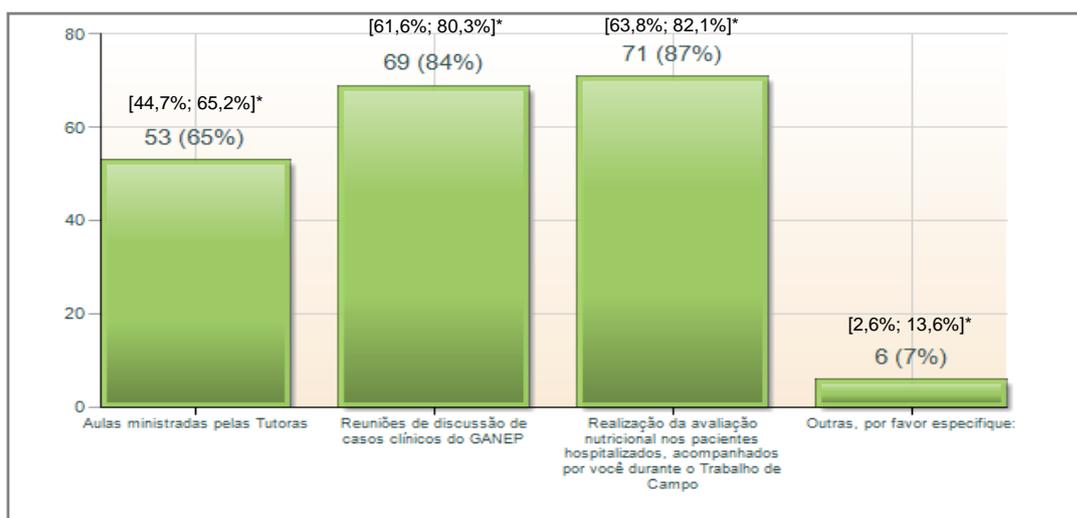
O estudo de caso, a estratégia que na ótica dos egressos mais contribuiu para o desenvolvimento dos CHAs, é uma atividade desafiadora que remete o estudante ao cotidiano profissional. Consiste na análise minuciosa e objetiva de uma situação real, em que as operações de pensamento predominantes são interpretação, crítica, levantamento de hipóteses, busca de suposições, decisão e resumo. Segundo Anastasiou e Alves (2003, p. 91), o estudo de caso “[...] oportuniza a elaboração de um forte potencial de argumentação com os estudantes e refere-se tanto ao momento de construção do conhecimento como da síntese.”

A apreciação pela estratégia aula expositiva poderia ser explicada por um fenômeno que ocorre na aprendizagem do adulto, conforme relatado por Knowles (2011). Embora o aprendiz adulto tenha uma profunda necessidade psicológica de ser autodirigido, na medida em que caminha para uma atividade educacional, ele é remetido ao condicionamento gerado pelas suas experiências escolares prévias: o de aluno dependente do professor, passivo que recebe a informação, guarda e a

reproduz nas atividades avaliativas. Na visão de Moreira (2000) o uso do quadro-de-giz, ou, modernamente, do *datashow*, simboliza o ensino transmissivo, mecânico, que não estimula a participação ativa do aluno e deve ser minimizado ou abandonado. Logo, abre-se espaço para a utilização de outras estratégias que, acompanhadas da atividade mediadora do professor, são facilitadoras da aprendizagem significativa crítica: seminários, projetos, pesquisas, painéis, discussões, etc.

Em relação às atividades desenvolvidas durante o Trabalho de Campo, a **prática da avaliação nutricional** nos pacientes hospitalizados e as **reuniões de discussão de casos clínicos** foram as atividades que mais contribuíram. As **aulas ministradas pelas tutoras** foi a atividade que menos contribuiu ($p < 0,05$) (Gráfico 8). Outras duas atividades foram citadas por 5 egressos como contribuintes neste processo: a apresentação de artigos científicos pelos alunos (2) e a visita realizada ao consultório para demonstração do calorímetro (aparelho que mede o gasto energético dos indivíduos) (1). Novamente o acompanhamento de um dos professores do Curso foi, segundo o relato, indispensável e agregou novos conhecimentos na área clínica (1).

Gráfico 8 - Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional realizadas durante o Trabalho de Campo e sua contribuição para o desenvolvimento/aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA)s



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

*Intervalos de confiança de 95%.

Dentre as atividades propostas pelo Curso, na ótica dos egressos, o Trabalho de Campo (TC) foi aquela que mais contribuiu para o desenvolvimento das habilidades para a prática da avaliação nutricional. Nela, os alunos, sob supervisão, efetivamente acompanham os pacientes hospitalizados: fazem avaliação nutricional, cálculo das necessidades nutricionais e monitorização da terapia nutricional.

Lindeman (1926), ao estabelecer os fundamentos da teoria da aprendizagem do adulto, valoriza a prática: “[...] nós aprendemos aquilo que nós fazemos [...]. A experiência é o livro texto vivo do adulto aprendiz”(apud KNOWLES, p. 36). Esta afirmação encontra ressonância nos depoimentos dos egressos:

“Além da parte teórica sempre acrescentar alguma coisa, pois a gente vive em constante aprendizado, nunca sabemos tudo, o Trabalho de Campo foi de fundamental importância. Como disse certa vez um filósofo: "mais vale uma gota de prática que um oceano de teoria."

“Maior entendimento e experiência, principalmente no Trabalho de Campo, onde tínhamos as aulas na prática mesmo. Já que Avaliação Nutricional se aprende muito mais na prática.”

Embora no TC a ênfase esteja sobre o saber fazer, sobre o domínio prático de uma determinada tarefa, ela só pode ser realizada na medida em que há compreensão dos conteúdos que explicam, suportam o referido domínio (PERRENOUD, 1999). Estes conteúdos são trabalhados em sala de aula e alguns retomados nas aulas ministradas pelos tutores em que são apresentadas as rotinas e protocolos de atendimento da EMTN.

A integração teoria-prática é descrita como a base da aprendizagem que almeja ser significativa. É na teorização das ações da prática profissional e na reflexão sobre elas nos cenários de trabalho que as capacidades do docente e do aluno são construídas (LIMA, 2005). Nesse sentido, podemos observar a contribuição do Curso no depoimento de um dos egressos:

“O curso ser teórico-prático onde os alunos realmente avaliam e acompanham os pacientes sempre discutindo os casos com tutores e participando de aulas teóricas contribuiu para maior segurança após o término do curso tanto no diagnóstico nutricional como nas tomadas de decisões e condutas individualizadas frente aos pacientes.”

Durante o TC, os casos clínicos são discutidos diariamente com os tutores e semanalmente com a EMTN, atividade que abre caminho para os questionamentos, a busca de soluções e a discussão das condutas nutricionais com os diferentes

profissionais que compõem a equipe. Para alguns alunos, é uma situação experiencial completamente nova, como para os recém-formados; para outros, a oportunidade de revisitar suas práticas profissionais ao confrontá-las com os novos conhecimentos; portanto, refletir sobre elas.

No processo de aprendizagem as situações concretas são o ponto de partida para a reflexão, reflexão esta essencial para a apropriação dos conhecimentos gerados pela experiência (PIMENTEL, 2007; PERRENOUD, 1999).

6.4 A prática da avaliação nutricional

*A expressão da competência ocorre quando o indivíduo (...) gera um resultado no trabalho, decorrente da aplicação conjunta de conhecimentos, habilidades e atitudes — os três recursos ou dimensões da competência”
(Carbone et al. apud BAHRY; TOLFO, 2007, p. 129)*

O desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) para uma determinada prática profissional só tem significado se estes forem articulados e mobilizados coerentemente de modo a gerar um resultado no trabalho. O resultado é a expressão de um desempenho profissional, que, se competente, agrega valor tanto para o indivíduo quanto para a instituição de trabalho (BRANDÃO, 2007).

Nesse sentido, além das contribuições do Curso para o desenvolvimento dos CHAs em avaliação nutricional, foi de nosso interesse conhecer os resultados decorrentes de sua aplicação na prática profissional.

Analisamos a produção de resultados da perspectiva do diagnóstico nutricional, quer seja, da sua realização precisa e precoce na prática clínica.

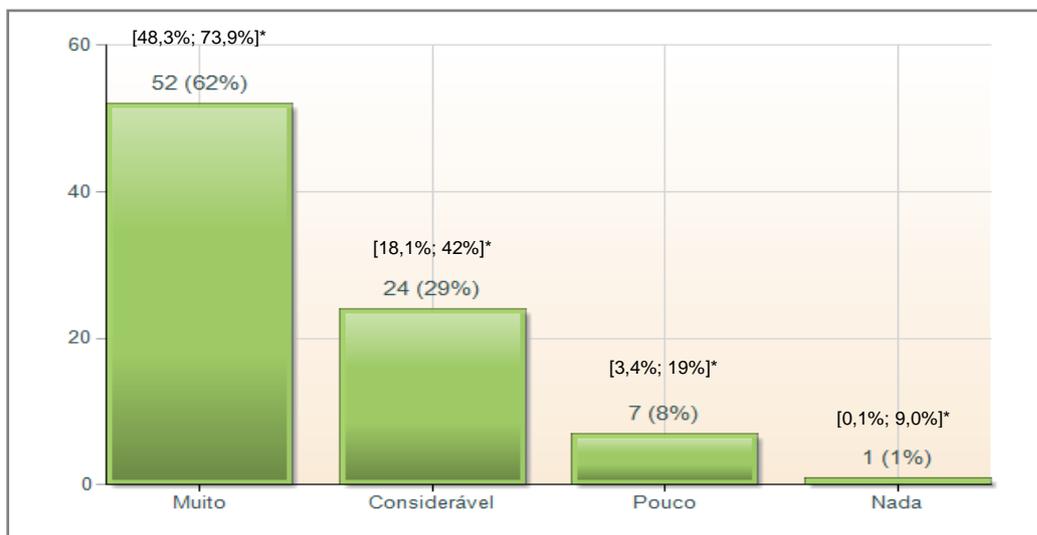
Relacionamos a precisão à segurança, partindo do pressuposto que o domínio dos CHAs relacionados à uma determinada prática, neste caso a elaboração do diagnóstico nutricional, leva a uma maior segurança e autoconfiança, gerando também uma maior precisão na realização da tarefa (VAGULA, 2005).

O critério de precocidade adotado foi aquele proposto pela ESPEN em 2002, no qual a triagem nutricional ou a primeira avaliação nutricional, incluindo a elaboração do diagnóstico, deve ser realizada em até 72 horas da admissão hospitalar (KONDRUP, 2003).

Em relação à **segurança** na elaboração do diagnóstico nutricional, os dados revelaram que para 62% dos egressos a disciplina de AN e o TC contribuíram muito;

para 29% contribuíram consideravelmente, para 8% a contribuição foi pouca e para 1% ela não ocorreu ($p < 0,05$) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Contribuição da disciplina de AN e do TC para a segurança na elaboração do diagnóstico nutricional



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

*Intervalos de confiança de 95%.

A insegurança ao realizar a avaliação e elaborar o diagnóstico nutricional é frequente e pode ser justificada por vários fatores, conforme apontado anteriormente na discussão do Quadro 10 referente ao desenvolvimento de habilidades. Por isso a grande contribuição do Curso, especialmente através do TC, em que o egresso teve a oportunidade de realizar, juntamente com os tutores, a avaliação e elaboração do diagnóstico nutricional. Obviamente que não foi possível contemplar todas as situações com as quais eles se depararão na prática clínica, mas acreditamos que eles foram instrumentalizados para o seu enfrentamento no momento oportuno.

Ainda, ao fazermos a escuta dos egressos em relação às contribuições do Curso para a realização da avaliação nutricional no trabalho, identificamos depoimentos que apontam a segurança como contribuição, o que permitiu a categorização das respostas conforme Quadro 14.

Quadro 14 - Segurança na prática profissional como uma das contribuições do Curso

Segurança	Depoimentos	n.º	%
Avaliação nutricional	<p>“Conhecimento e segurança para avaliar pacientes em uso de dieta enteral.”</p> <p>“Maior segurança para análise bioquímica e em relação a conduta nutricional em patologias.”</p> <p>“Segurança na hora de realizar avaliação nutricional, discussão clínica com a equipe.”</p> <p>“Destaco a segurança ao realizar a avaliação, maior conhecimento quanto a importância da mesma para o prognóstico do paciente e aplicação dos métodos utilizados no trabalho de campo na prática do dia a dia.”</p>	4	50
Atuação profissional	<p>“Bom no meu caso eu era recém formada, portanto o curso foi muito bom para me dar segurança de começar a atuar, assim foi feito e hoje estou bem mais segura e trabalhando na área clínica a 3 anos.”</p> <p>“O curso ser teórico-prático onde os alunos realmente avaliam e acompanham os pacientes sempre discutindo os casos com tutores e participando de aulas teóricas contribuiu para maior segurança após o término do curso tanto no diagnóstico nutricional como nas tomadas de decisões e condutas individualizadas frente aos pacientes.”</p> <p>“Aprendi as várias formas de avaliação nutricional e o trabalho de campo me deu mais segurança para atuar na área hospitalar.”</p> <p>“Mais segurança na minha atuação, troca de experiências com outros profissionais, mais conhecimento. Melhor efetividade para o diagnóstico nutricional.”</p>	4	50
TOTAL		8	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

É interessante notar nos depoimentos que, a segurança desenvolvida não se restringiu à prática da avaliação nutricional, mas alcançou a atuação profissional de uma maneira geral. Esta segurança, da ordem da dimensão afetiva, também contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, uma das características exigidas do trabalhador para atuar no mundo do trabalho contemporâneo:

Capacidades de diagnóstico e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para a melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, passam a ser exigidas dos trabalhadores no Quadro atual de mudanças na natureza e no processo do trabalho (DELUIZ, 2001b, p. 10).

Além da segurança, a precisão também foi diretamente apontada como uma das contribuições do Curso para o desenvolvimento de habilidades (realização dos métodos/técnicas, interpretação dos resultados e elaboração do diagnóstico nutricional):

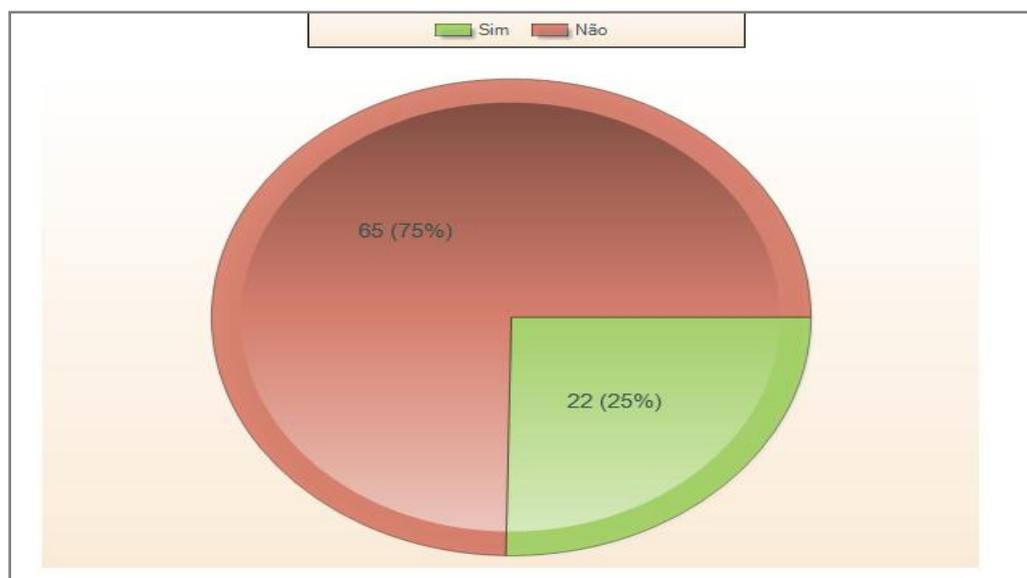
*“Uma **precisão** no diagnóstico e interpretação clínico/nutricional e a consequência é uma melhor seleção no tipo de dieta.”*

*“Aprimoramento das técnicas, permitindo maior **precisão** e confiança na realização das mesmas.”*

Para Botomé (2006) a competência representa uma aptidão desenvolvida cujos frutos são a segurança e a precisão.

No que se refere à realização precoce da avaliação e do diagnóstico nutricional, primeiramente identificamos os egressos que trabalhavam na área hospitalar (25%) (Gráfico 10) antes do Curso, para obtermos um parâmetro de comparação. A seguir, perguntamos aos que ainda atuavam ou atuaram na área hospitalar após o Curso, quanto tempo após a admissão hospitalar era realizada a triagem ou a primeira avaliação nutricional, em dois momentos distintos: antes e depois do Curso. As respostas são apresentadas nos Gráficos 11 e 12.

Gráfico 10 - Distribuição dos egressos de acordo com a atuação na área hospitalar antes da realização do Curso



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Destes, 62% realizavam a triagem ou a primeira avaliação nutricional precocemente. Após o Curso, este número aumentou para 79% (Gráficos 11 e 12). Antes do Curso, 8% realizavam a primeira avaliação de 10 a 15 dias e 4% após 15 dias da admissão hospitalar. No Gráfico 12 que expressa os resultados após o Curso, observamos lacunas nestas duas opções devido aos valores zerados.

Devido ao pequeno número de respostas conjuntas, ou seja, para os dois momentos, esta diferença não foi estatisticamente significante ($p=0,931$), embora os

dados apresentem frequências sugestivas de que houve contribuição do Curso para a realização precoce da triagem/avaliação nutricional.

Gráfico 11 - Realização da triagem ou da primeira AN dos pacientes, antes do Curso

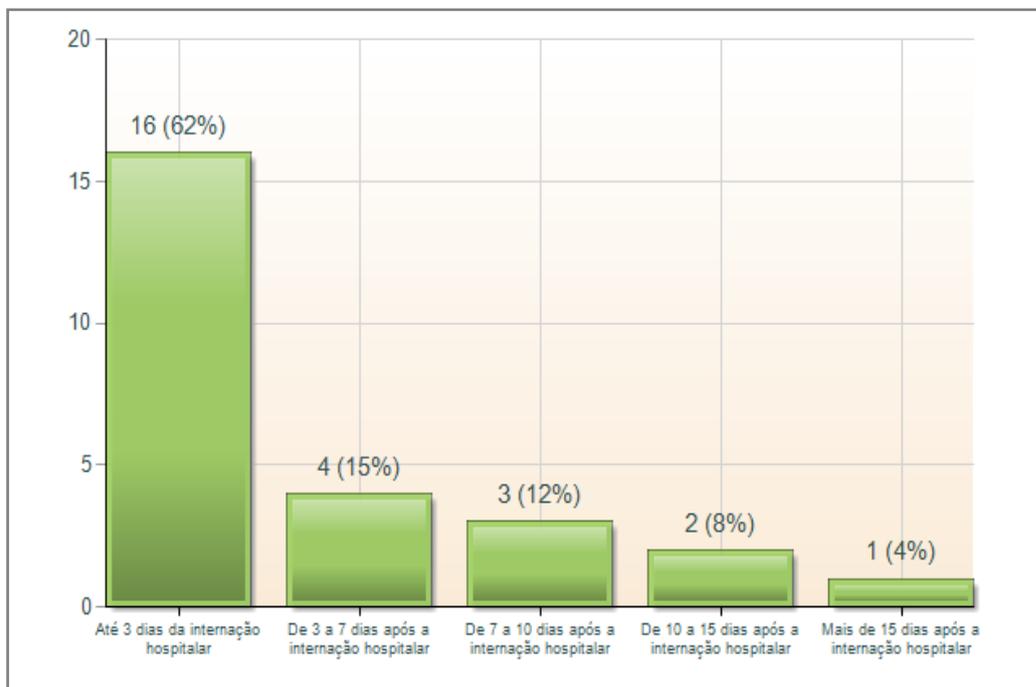
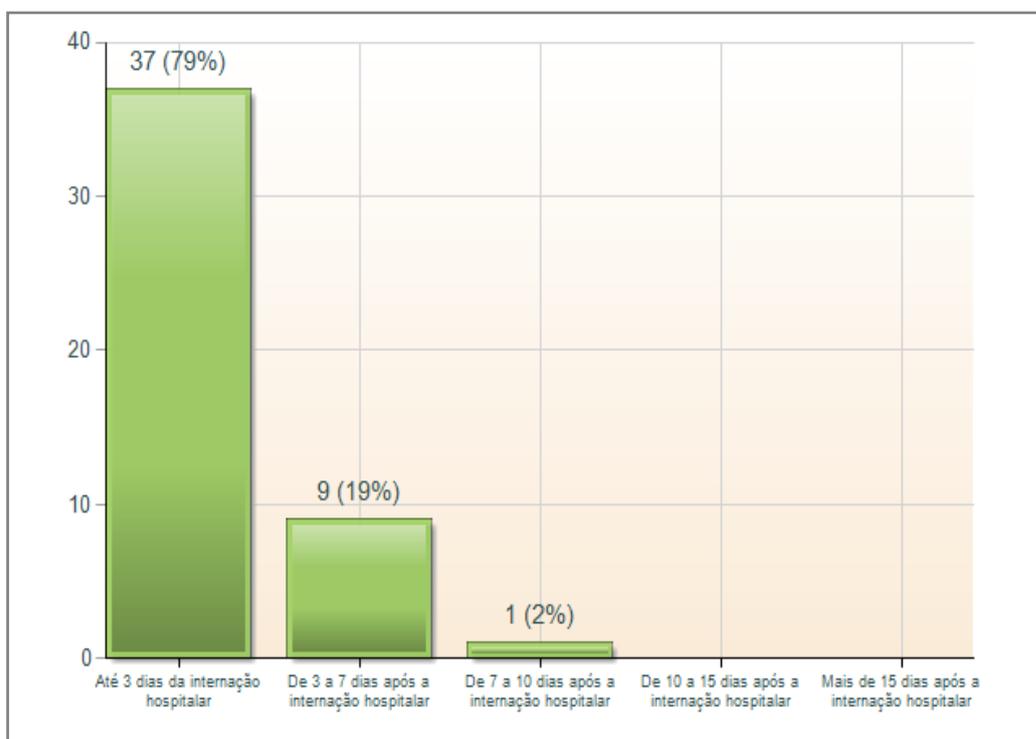


Gráfico 12 - Realização da triagem ou da primeira AN dos pacientes, depois do Curso



Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Quando solicitamos aos egressos que justificassem suas respostas, 48,7% o fizeram para os dois momentos, antes e depois do Curso. Destes, 66,7% relataram não haver mudança antes e depois do Curso. Todos já faziam avaliação precoce de rotina, exceto um deles que apontou “o mau funcionamento da equipe terapia” como fator impeditivo. Um dos egressos (5,5%) referiu um aumento no tempo após o Curso justificado pela mudança de subárea de atuação. Finalmente, 27,8% relataram uma redução no tempo, sendo que, destes, 60% passaram a realizar a avaliação precocemente; 40% apresentaram uma redução importante do tempo de realização, mas ainda não compatível com o critério de precocidade (Quadro 15).

Quadro 15 - Justificativas para o período de realização da triagem ou da primeira avaliação nutricional antes e depois do Curso

Antes do Curso	Justificativa	Depois do Curso	Justificativa
Período de tempo em relação à admissão hospitalar (dias)	Depoimento	Período de tempo em relação à admissão hospitalar (dias)	Depoimento
10 a 15	“Em questão de não ter um conhecimento mais amplo sobre quais métodos utilizar, após o curso esclareceu muitas dúvidas e consigo realizar avaliação a cada 3 a 7 dias.”	Até 3	“É indicado realizar avaliação nutricional assim que o paciente for admitido no setor, para evitar possíveis causas de desnutrição.”
3 a 7	“Fazia avaliação, mas não precocemente por falta de conhecimento.”	Até 3	“Após as aulas soube da importância de se fazer isso de uma forma precoce.”
7 a 10	“Somente quando solicitado pelo médico.”	Até 3	“Hoje trabalhamos em grupo.”
10 a 15	“Não há rotina para avaliação nutricional.”	3 a 7	“Ainda não há rotina estabelecendo tais prazos.”
Mais de 15	“Na minha cidade, são poucas nutricionistas contratadas por hospital, trabalhava em um com aproximadamente 180 pacientes, e éramos apenas em duas, fazíamos juntas a parte de UAN e clínica, com isso a avaliação nutricional era prejudicada.”	3 a 7	“Agora sou supervisora de estágio, e temos aproximadamente de 4 a 8 alunas trabalhando no mesmo hospital.”

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

As justificativas apresentadas para a realização da triagem ou avaliação nutricional tardiamente, antes do Curso, revelaram que a falta de conhecimentos e dúvidas em relação aos métodos de avaliação nutricional, a falta de consciência da importância de fazer a avaliação precocemente e a falta de recursos humanos impediram a realização da triagem ou avaliação precoce.

O IBRANUTRI, maior estudo de avaliação nutricional realizado em nosso país, já apontava para a falta de consciência da equipe de saúde como um dos fatores responsáveis pela alta prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados: 48,1%. Os resultados revelaram que apenas 18,8% dos 4.000 pacientes avaliados tinham alguma referência ao estado nutricional em seu prontuário médico, apesar de, em 75% dos casos, estarem a menos de 50 metros de uma balança.

Dez anos após o IBRANUTRI, De Seta et al., 2010, ao revisarem 219 prontuários de pacientes internados em hospitais públicos de quatro estados brasileiros (Pernambuco, Rio Grande do Sul, Sergipe e Rio de Janeiro) encontraram resultados semelhantes. Não havia registros em 93% dos prontuários consultados sobre o estado nutricional na admissão e sobre a avaliação nutricional dos pacientes em terapia nutricional, por parte de qualquer profissional da saúde. Para os autores estes dados ressaltam a precariedade da dimensão multiprofissional do cuidado nutricional.

A educação tem sido considerada estratégia chave para a conscientização dos profissionais da saúde sobre a importância do estado nutricional (WAITZBERG et al., 2001). Apesar disso, a participação dos nutricionistas em programas de treinamento e de educação continuada para profissionais de saúde é ainda bastante incipiente. Pesquisa realizada em 2005 pelo CFN revelou que, dentre os nutricionistas que ocupavam cargo de chefia nos hospitais e clínicas e nos ambulatórios/consultórios, apenas 34,8% e 31,8%, respectivamente, participavam de programas de educação continuada (CFN, 2006).

Nos relatos dos egressos que apresentaram respostas incompletas (51,3%), ou seja, justificaram o tempo de realização da triagem ou avaliação apenas para um dos dois momentos (antes ou depois do Curso), identificamos fatores favorecedores e fatores impeditivos da avaliação precoce que julgamos oportuno apresentar (Quadro 16).

Quadro 16 - Fatores favorecedores e fatores impeditivos da realização da triagem ou avaliação nutricional precoce

Categorias	Subcategorias	n ^o .	%
Fatores favorecedores	Consciência profissional sobre a importância da triagem ou avaliação nutricional precoce	7	78,9
	Atenção ao protocolo de avaliação nutricional existente	6	
	Aprendizado e realização da avaliação nutricional oportunizados pelo Curso	1	
	Motivação gerada pelo Curso para fazer melhorias no trabalho	1	
Fatores impeditivos	Falta de recursos humanos	1	21,1
	Falta de recursos materiais	1	
	Determinação da chefia	1	
	Desmotivação da equipe	1	
TOTAL		19	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

Dentre os fatores favorecedores, a consciência dos nutricionistas sobre a importância e a necessidade de agir precocemente foi o que mais influenciou a realização precoce da triagem e da avaliação nutricional no trabalho, conforme depoimentos dos egressos:

*“**Quanto antes** você diagnosticar e avaliar o estado nutricional do paciente, melhores serão as chances de recuperá-lo ou mantê-lo.” (grifo da autora)*

*“O rastreamento nutricional em até 72 horas após a internação do doente é de extrema importância para que possamos identificar, **o antes possível**, os pacientes em risco nutricional, segundo os guidelines atuais.” (grifo da autora)*

A premência da educação continuada como instrumento de conscientização para uma melhor atuação profissional foi anteriormente discutida.

A existência de protocolos de cuidado nutricional também foi destacada como um fator favorecedor. Protocolos clínicos constituem-se em efetiva estratégia de integração de boas práticas de cuidados clínicos (incluindo o cuidado nutricional), de atendimento ao paciente e de custo/benefício. O processo de padronização de condutas deve levar em consideração as características dos indivíduos a serem atendidos e da instituição envolvida, a literatura técnico-científica e as diretrizes e padrões de cuidados das sociedades profissionais (WAITZBERG, 2001). Protocolos, quando bem elaborados e aplicados, podem gerar bons resultados, conforme relata um dos egressos:

“Após a realização do curso, modifiquei alguns protocolos de atendimento ao meu paciente e, com isso, obtive melhores resultados com a intervenção realizada em cada caso.”

Uma das atribuições gerais da EMTN é estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da terapia nutricional (BRASIL, 2000).

O aprendizado construído no Curso também foi destacado pelos egressos como fator motivador da realização de mudanças no ambiente de trabalho:

“Eu trabalhava em um hospital público (pronto socorro) com poucos recursos (adipômetros, balança portátil e etc.) além de contar com uma equipe um pouco desmotivada. Porém durante o curso fui me sentindo mais motivada a fazer algumas melhorias e repassar algum dos conhecimentos as minhas colegas de trabalho. Então começamos a fazer avaliação primeiramente dos pacientes internados na UTI, sempre no momento da internação e semanalmente. Nos pacientes nas enfermarias iniciamos com aqueles com maior risco ou em risco nutricional, fazendo avaliação e anexando em prontuário médico.”

Brandão (2007, p. 150), ao fazer referência à Zarifian, afirma que este é o momento em que as competências profissionais são reveladas: “[...] quando as pessoas agem frente às situações com as quais se deparam no trabalho [...]”, gerando mudanças na equipe e na organização.

Por vezes, esta ação é impedida ou desencorajada por fatores que independem do indivíduo, mas que comprometem o desempenho profissional (BRANDÃO, 2007). Fatores relacionados à equipe e à estrutura organizacional da instituição de trabalho foram elencados pelos egressos: falta de recursos humanos e materiais, determinação da chefia, ou seja, a avaliação era realizada mediante a solicitação da chefia, que nem sempre atendia aos critérios de precocidade e por fim, falta de motivação da equipe.

A falta de recursos humanos tem sido apontada pelos serviços de nutrição como um dos principais problemas, comprometendo a qualidade do atendimento nutricional. O CRN estabeleceu em 2005, o número máximo de pacientes que podem ser acompanhados por cada profissional de acordo com os níveis de atendimento nutricional: no primário, 60 pacientes, no secundário, 30 e no terciário, 15 (CFN, 2005). Frequentemente se observa o não cumprimento desta proporcionalidade tornando impossível, até mesmo para o mais consciente e

competente dos profissionais, oferecer um atendimento de qualidade (DE SETA, 2010).

Em uma pesquisa semelhante a esta, Bahry e Tolfo (2007) avaliaram a capacidade dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento de mobilizar as competências adquiridas ao retornarem ao campo de trabalho. Mais da metade deles (59%) foi capaz de mobilizá-las muito ou totalmente em situações reais de trabalho. No entanto, descobriram também que da perspectiva dos egressos esta mobilização poderia ser mais intensa. Ela foi influenciada por outros fatores que não aqueles relacionados aos indivíduos: tipo de atividade exercida, relação dessas atividades com a formação do egresso e suporte organizacional oferecido aos profissionais.

É importante ressaltar na finalização da análise e discussão dos dados, o desafio de trabalhar com a abordagem quantiqualitativa. Ao longo desta pesquisa, experimentamos as possibilidades e enfrentamos os limites de ambos os métodos. O grande desafio foi compreender que, aquilo que poderia constituir-se em uma fragilidade do estudo, da perspectiva de apenas um dos métodos, na abordagem quantiqualitativa, favoreceu a compreensão da realidade e potencializou o processo de construção do conhecimento.

Assim, podemos concluir que o processo de aprendizagem gerou mudanças, reveladas pela comparação do desempenho profissional dos egressos antes e depois do Curso. Todavia, tomamos como objeto de reflexão as críticas, o ponto de vista dos egressos que não se sentiram contemplados, para que ao refletir sobre eles se tornem importante subsídio para a constante atualização e o aperfeiçoamento do projeto pedagógico do Curso.

6.5 Sugestões para a melhoria da disciplina de Avaliação Nutricional

*Quando os ventos de mudança sopram,
umas pessoas levantam barreiras,
outras constroem moinhos de vento.
(Érico Veríssimo)*

A partir da experiência vivida nas atividades educativas da disciplina de Avaliação Nutricional, convidamos os egressos a apresentar sugestões, as quais categorizamos e apresentamos no Quadro 17.

As sugestões dirigidas à disciplina contemplaram diversos aspectos, dentre eles o conteúdo, a metodologia e as estratégias de ensino, a avaliação, o corpo docente, o TC, a EMTN, a carga horária e a estrutura física. Foi para o TC a maior parte das sugestões (32%), seguido do conteúdo (31,2%) e das estratégias de ensino (17,6%). Em relação ao TC, os egressos sugerem uma maior frequência da realização de AN, especialmente em pacientes em diferentes condições clínicas e fisiológicas, com destaque para a pediatria. Quanto ao conteúdo, as sugestões se repetem no tocante à AN em diferentes condições clínicas e os egressos apontam também a necessidade de abordar com maior profundidade os métodos de avaliação nutricional, especialmente os exames bioquímicos e a impedância bioelétrica. Por fim, em relação às estratégias de ensino, o maior número de sugestões foi para a utilização mais frequente dos casos clínicos.

Quadro 17 - Sugestões dos egressos para a disciplina de Avaliação Nutricional

Categories	Subcategorias	n.º	%
Conteúdo	Abordar a AN nas diferentes condições clínicas e fisiológicas	18	31,2
	Aprofundar o conteúdo, principalmente sobre os métodos de AN	17	
	Estudar os compartimentos corporais	1	
	Melhorar a teoria para auxiliar no momento de fazer o diagnóstico nutricional	1	
	Discutir os <i>guidelines</i>	1	
	Ministrar conteúdos de cunho prático para a realidade hospitalar, considerando as dificuldades encontradas (falta de equipamentos, grande fluxo de pacientes)	1	
	Metodologia	Mais integração teoria-prática	
	Mais interação durante as aulas teóricas, trabalhos em grupo	1	
Estratégias de ensino	Passar visita em equipe à beira do leito	1	17,6
	Mais casos clínicos	12	
	<i>Workshop</i> durante as aulas	1	
	Mais discussões em grupo	1	
	Ter mais aulas expositivas	1	
	Aulas mais visuais (vídeos, materiais reais)	2	
	Mais apresentação e discussão de artigo científico por parte dos alunos	1	
	Seminários	1	
	Fazer grupos homogêneos de estudo	1	
	Convidar representantes para expor os aparelhos de AN (BIA)	1	
	TC	Mais aulas práticas em geral	
	Mais prática em pacientes nas diferentes condições clínicas e fisiológicas	9	
	Mais prática com as ferramentas de AN	6	
	Mais prática no âmbito ambulatorial	2	
	Mais tutores para acompanhar os alunos e tirar dúvidas	3	
	Mais atenção para com os alunos que não sabem fazer AN	1	
	Aumentar carga horária	4	
Avaliação	Mais avaliações individuais e em sala de aula	1	0,8
Professores	Didática objetiva e envolvente dos docentes	1	0,8
EMTN	Maior participação do profissional nutricionista	2	2,4
	Conversa entre nutricionista e médico	1	
Carga horária (CH)	Aumentar CH geral	2	2,4
	Aumentar CH da BIA	1	
Estrutura física	Melhorar a temperatura da sala de aula	1	2,4
	Não usar adipômetro de plástico	2	
Sem sugestão	Aulas excelentes	1	4
	Curso ótimo	1	
	Curso muito bom	1	
	O Curso oferece o suficiente	1	
	Sem sugestões	1	
Total		125	100

Fonte: Questionário aplicado aos nutricionistas egressos do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Nota: as porcentagens foram calculadas a partir do total de situações referidas e não do número de informantes.

Ao olharmos para as sugestões dos egressos, evidenciamos que há relação entre elas e as atividades apontadas anteriormente como as maiores favorecedoras do desenvolvimento de CHAs: o TC, momento que possibilita a vivência da AN no campo de trabalho e os casos clínicos. Compreendemos, naturalmente, que aquilo de que mais gostamos, ou que tem maior utilidade, é também o que queremos mais.

Diante da preocupação da coordenação do Curso com a qualidade do ensino oferecido no âmbito da formação do profissional da saúde que atua em TN e NC, confiamos que cada uma das sugestões será objeto de reflexão e subsidiará mudanças no plano de ensino da disciplina.

7 Considerações finais

O presente estudo permitiu identificar o perfil profissional e as contribuições do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a prática profissional do nutricionista egresso. A análise dos dados revelou tendências da opinião dos participantes, o que não nos permite, considerando a especificidade e a singularidade do objeto de estudo, fazer generalizações, mas nos oferece subsídios para apreender o processo de formação e pensar no seu aperfeiçoamento no contexto da disciplina Avaliação Nutricional.

A maior parte dos nutricionistas atua na área da clínica, no âmbito hospitalar. A avaliação nutricional é a atividade mais realizada no cenário de trabalho. A maioria dos profissionais mostrou-se satisfeita profissionalmente, satisfação relacionada principalmente à possibilidade de aplicar os conhecimentos relacionados à profissão no ambiente de trabalho; de outro lado, a baixa remuneração foi o maior fator gerador de insatisfação.

Da perspectiva da contribuição do Curso para o desenvolvimento e/ou aprimoramento dos conhecimentos relacionados à AN, as maiores contribuições foram para os temas reconhecimento das necessidades nutricionais em diferentes condições clínicas; repercussões clínicas da desnutrição, especialmente hospitalização prolongada, aumento da mortalidade, maior tendência a infecções e redução da cicatrização de feridas; ferramentas de triagem nutricional NRS 2002 e MNA-SF; e definição dos métodos de avaliação nutricional inquérito alimentar, avaliação subjetiva global, medidas antropométricas e exames bioquímicos. O resultado em relação às repercussões clínicas da desnutrição é de grande importância, porque favorece a tomada de consciência sobre a importância da realização precoce da triagem ou da AN. A menor contribuição foi para alterações dos compartimentos corpóreos na doença, ferramentas de triagem nutricional URS e HH-NAT e definição do método de avaliação nutricional impedância bioelétrica.

Em relação às habilidades, a maior contribuição foi para a elaboração do diagnóstico nutricional e a menor para a aplicação, interpretação e classificação do estado nutricional através da impedância bioelétrica.

Na dimensão afetiva, do desenvolvimento de atitudes principalmente no contexto multidisciplinar da EMTN, a maior contribuição do Curso foi para o saber ouvir e falar e pluralidade de visão.

As estratégias de ensino que mais colaboraram para o desenvolvimento dos CHAs anteriormente relacionados foram, no contexto da sala de aula, o estudo de caso clínico; no contexto do TC, a avaliação do estado nutricional realizada à beira do leito do paciente e as reuniões de discussão de casos clínicos.

Quando convidados a relatar as principais contribuições do Curso para a prática da AN, a maior parte dos egressos apontou para o desenvolvimento de habilidades, em segundo lugar, de conhecimentos, e por último, de atitudes. Esta tem sido uma marca das propostas curriculares na área da saúde, segundo De Sordi e Bagnato (1998, p. 83), “[...] ainda o que marca, indelevelmente, a prática na área da saúde, continua sendo a lógica tecnicista, a ênfase no saber e no saber-fazer, em detrimento muitas vezes do saber-ser.” Não se trata de negar a importância destas duas dimensões no processo de formação, mas de se posicionar a favor do desenvolvimento integral do indivíduo, de uma formação que abranja a dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais, para que ele possa, através do ato crítico-reflexivo, intervir para transformar sua realidade (DELUIZ, 2001b).

A avaliação do desempenho profissional, da perspectiva da realização precoce e precisa do diagnóstico nutricional revelou que houve contribuição do Curso. A precisão foi avaliada indiretamente através do desenvolvimento da segurança para o estabelecimento do diagnóstico nutricional. Para a maior parte dos egressos, o Curso contribuiu muito, não só para a prática da AN como para a atuação profissional como um todo. Após o Curso, o tempo de realização da triagem ou da primeira AN diminuiu e o principal fator favorecedor foi o reconhecimento da importância de realizar esta avaliação precocemente. Dar valor, dar importância pode ser o marco inicial, que juntamente com outros elementos poderá favorecer a tomada de consciência para a mudança de atitude. A falta de recursos humanos e materiais e a desmotivação da equipe foram apontadas como restritoras da realização de mudanças no trabalho.

A ausência de, ou a pequena contribuição do Curso revelada por alguns egressos, está relacionada à abordagem superficial de temas de seu interesse e ao TC. As sugestões dos egressos para a melhoria da disciplina de AN guardam relação com estas críticas e devem ser objeto de reflexão para subsidiar mudanças no plano de ensino da disciplina. Entretanto, em razão do pequeno número de egressos que não se sentiu contemplado, é preciso também considerar a

heterogeneidade do grupo e a incapacidade de qualquer proposta de formação profissional de abordar, e com profundidade, o ilimitado número de situações com o qual cada profissional se depara na realidade do trabalho.

É preciso considerar ainda que, nesta pesquisa, a escuta de apenas um dos atores do processo ensino-aprendizagem, poderia limitar a real compreensão das contribuições do Curso. Ao atuar como professora e coordenadora do referido Curso, pude observar não raras vezes, a apatia dos alunos diante da utilização de estratégias de ensino que demandam a participação ativa e a reflexão crítica. Perrenoud (1999, p. 17) afirma que “[...] para desenvolver suas competências, o aluno deve trabalhar mais, correr novos riscos, cooperar, projetar-se e questionar-se. Os alunos e seus pais resistem, às vezes, tanto quanto os professores.”

De acordo com as sugestões dos egressos para a disciplina, é preciso proporcionar mais atividades práticas, mesmo durante o TC; ampliar a abordagem da AN para diferentes condições clínicas e fisiológicas, tanto nas aulas teóricas quanto nas atividades práticas; e utilizar mais os casos clínicos como estratégia de ensino.

Podemos observar a estreita relação das sugestões dos egressos com os pressupostos da Andragogia. As sugestões são a expressão do que os adultos necessitam para aprender significativamente: a inserção em situações reais e ou simuladas da prática profissional, para problematizar, refletir sobre elas; situações de aprendizagem que favoreçam a integração de seus conhecimentos prévios com os novos, que nesta interação adquirem significado; conteúdos que sirvam à prática profissional, que sejam relevantes e aplicáveis (KNOWLES, 2011; MOREIRA, 2000).

Ao chegar ao final desta pesquisa, diante destes resultados, podemos dizer que a compreensão da realidade que nos propusemos a estudar só foi possível por serem os métodos qualitativo e quantitativo complementares, conforme aponta Landim (2006, p. 53):

“[...] mesmo distintos em relação à forma e à ênfase, os métodos qualitativo e quantitativo não se opõem, nem se excluem, mas se complementam no propósito de desvelar, de forma mais completa possível, as facetas de dado fenômeno ou realidade social.”

Assim, concluímos que o Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica, no contexto da disciplina Avaliação Nutricional, proporcionou situações de aprendizagem significativa que favoreceram a expressão

da competência para avaliar o estado nutricional na prática clínica; entretanto, esta contribuição pode ser ainda mais intensa, tanto quanto forem considerados os pressupostos andragógicos no processo ensino-aprendizagem.

Oferecer condições para que os nutricionistas se apropriem de elementos que favoreçam a ampliação da qualificação profissional no plano técnico e no plano ético é um desafio grande que pertence aos espaços de formação profissional. Duas atitudes são essenciais: avaliar o processo educativo e assumir a responsabilidade por futuras ações de recuperação.

Finalmente, considerando a escassez das investigações empíricas sobre avaliação de competências para a prática profissional do nutricionista no âmbito da especialização, esperamos que os resultados deste estudo possam estimular a realização de novas pesquisas sobre o tema, incluindo a perspectiva de outros atores do processo educacional.

8 Produto da pesquisa

O caminho que percorremos durante a realização desta pesquisa, desde a revisão bibliográfica, até a análise dos dados empíricos, nos deu subsídios para a elaboração de um conjunto de competências para a prática da avaliação nutricional, que, além da dissertação, se pretende como produto.

Esta proposta se assenta na literatura científica nacional e internacional, no plano de ensino da disciplina Avaliação Nutricional do curso de especialização do GANEP e nos dados empíricos gerados pela pesquisa. Contempla as competências gerais e específicas para a realização da avaliação nutricional. As primeiras, necessárias para o exercício competente de qualquer profissão, foram identificadas na literatura sobre competências profissionais e nos depoimentos dos egressos. As segundas são fruto da consulta às obras de maior relevância na área da Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (WAITZBERG, 2001; RUSSEL; MUELLER, 2007), incluindo artigos publicados em periódicos científicos (RASLAN et al., 2010; JENSEN et al., 2010; SOETERS, 2008), e ao plano de desenvolvimento da disciplina Avaliação Nutricional.

Estas informações propiciaram, inicialmente, a elaboração do questionário, nosso instrumento de coleta de dados, o qual, enriquecido no percurso desta pesquisa, deu origem ao referido conjunto de competências (Quadro 18).

Este produto pode ser utilizado, ainda, para avaliar competências gerais e específicas necessárias para avaliar o estado nutricional. Para tanto, torna-se necessário acrescentar uma escala, que, da perspectiva qualitativa, pode ser a mesma utilizada nesta pesquisa, onde o indivíduo responde de acordo com o seu repertório; e da perspectiva quantitativa, pode-se utilizar uma escala numérica, desde que claramente especificada a qualificação do numérico.

Quadro 18 – Competências para avaliar o estado nutricional

COMPETÊNCIAS	
Gerais	
<p>Capacidade de aprender e atualizar-se continuamente</p> <p>Capacidade para identificar e resolver problemas</p> <p>Capacidade de abstração, análise e síntese</p> <p>Capacidade de comunicação oral e escrita</p> <p>Capacidade de aplicar os conhecimentos na prática</p> <p>Habilidade para buscar, processar e analisar informação procedente de diferentes fontes</p> <p>Capacidade para atuar em novas situações</p> <p>Compromisso ético</p> <p>Capacidade para tomar decisões</p> <p>Capacidade de trabalhar em equipe</p> <p>Capacidade para trabalhar de forma autônoma</p> <p>Capacidade de assumir responsabilidade</p> <p>Capacidade de tomar iniciativa</p> <p>Capacidade de refletir sobre a prática profissional</p>	
Específicas	
<i>Conhecimentos</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer os compartimentos corpóreos e suas alterações na doença 2. Definir desnutrição, considerando a presença ou não de inflamação: <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição relacionada ao jejum • Desnutrição relacionada à doença crônica • Desnutrição relacionada à doença aguda 3. Compreender as repercussões clínicas da desnutrição: <ul style="list-style-type: none"> • Maior tendência a infecções • Redução na cicatrização de feridas • Menor força tênsil nas suturas • Hipoproteinemia – edema • Redução da motilidade intestinal • Fraqueza muscular • Convalescença prolongada • Hospitalização prolongada • Aumento da morbimortalidade 4. Conhecer o impacto econômico da desnutrição 5. Identificar as ferramentas utilizadas para a triagem nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002 - Triagem de Risco Nutricional 2002</i>) • MNA - SF (<i>Mini Nutritional Assessment Short Form - Mini Avaliação Nutricional Reduzida</i>) • MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição</i>) • MST (<i>Malnutrition Screening Tool - Ferramenta de Triagem de Desnutrição</i>) • HH - NAT (<i>Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool - Ferramenta de Avaliação Nutricional</i>) • URS (<i>Undernutrition Risk Score - Escore de Risco de Desnutrição</i>) 6. Conhecer os métodos de avaliação nutricional, incluindo técnica, usos e limitações: <ul style="list-style-type: none"> • Inquérito alimentar • Exame físico • Avaliação subjetiva global • Medidas antropométricas • Exames bioquímicos • Impedância bioelétrica • Avaliação funcional 7. Reconhecer as necessidades nutricionais (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) dos indivíduos nas diversas condições clínicas 	

Habilidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar as fichas de triagem nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002</i> - Triagem de Risco Nutricional 2002) • MNA - SF (<i>Mini Nutritional Assessment Short Form</i> - Mini Avaliação Nutricional Reduzida) • MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição) • MST (<i>Malnutrition Screening Tool</i> - Ferramenta de Triagem de Desnutrição) • HH - NAT (<i>Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool</i> - Ferramenta de Avaliação Nutricional) • URS (<i>Undernutrition Risk Score</i> - Escore de Risco de Desnutrição) 2. Aplicar os métodos de avaliação nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Inquérito alimentar • Exame físico • Avaliação subjetiva global • Medidas antropométricas • Exames bioquímicos • Impedância bioelétrica • Avaliação funcional 3. Interpretar os resultados da aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Inquérito alimentar • Exame físico • Avaliação subjetiva global • Medidas antropométricas • Exames bioquímicos • Impedância bioelétrica • Avaliação funcional 4. Classificar o estado nutricional de acordo com os resultados de cada método: <ul style="list-style-type: none"> • Inquérito alimentar • Exame físico • Avaliação subjetiva global • Medidas antropométricas • Exames bioquímicos • Impedância bioelétrica • Avaliação funcional 5. Elaborar o diagnóstico nutricional 6. Acompanhar a evolução do estado nutricional 7. Calcular as necessidades nutricionais do indivíduo nas diferentes condições clínicas
Atitudes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidade de atuar em Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Pluralidade de visão • Flexibilidade • Tolerância • Saber ouvir e falar

Fonte: pesquisa da autora.

De posse do entendimento da importância e da necessidade de padronizar procedimentos para alcançar resultados bem definidos, esperamos, com a construção desta ferramenta, contribuir para a realização acurada e precisa da avaliação nutricional.

Referências bibliográficas

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2 ed, New York: John Wileyand Sons, 2002. 710 p.

AKUTSU, R.C. Os nutricionistas brasileiros: perfil profissional e demográfico. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.21, v.1, p. 7-19, jan./fev., 2008.

ALVES, E.; ROSSI, C.E.; VASCONCELOS, F.A.G. Nutricionistas egressos da Universidade Federal de Santa Catarina: áreas de atuação, distribuição geográfica, índices de pós-graduação e de filiação aos órgãos de classe. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 3, p. 295-304, jul./set., 2003.

AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.). **Definition of Terms, Style, and Conventions Used in A.S.P.E.N. Board of Directors– Approved Documents**, Maio 2012. Disponível em:

http://www.nutritioncare.org/Professional_Resources/Guidelines_and_Standards/Guidelines/2012_Definitions_of_Terms_Style_and_Conventions_Used_in_A_S_P_E_N_Board_of_Directors-Approved_Documents/. Acesso em: maio 2012.

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. Estratégias de Ensino. In: _____. **Processos de Ensino na Universidade**. Joinville: Univille, 2003. p. 67-100.

ARANHA, M.L.A. **História da Educação**. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1996. 256 p.

BAHRY, C.P.; TOLFO, S.R. Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 125-44, jan./fev. 2007.

BARKER, L.A.; GOUT, B.S.; CROWE, T.C. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.8, n.2, p. 514-27, 2011.

BARROCAS, A. Rastreamento nutricional. In: WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 343-73.

BARBOSA E SILVA, M.C.G. Avaliação subjetiva global. In: WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 241-253.

BATISTA, S.H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 57-74.

BAUER, N.J. **Dewey and Schon**: An analysis of reflective thinking. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN EDUCATIONAL STUDIES ASSOCIATION, Kansas City, MO, October 23-26, 1992. 31 p.

BAXTER, Y.; WAITZBERG, D.L. Custo do doente em Terapia Nutricional em Oncologia. In: WAITZBERG, Dan Linetzky. **Dieta, Nutrição e Câncer**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p.497-509.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15(Sup. 2), p. 139-147, 1999.

BOTOMÉ, S.P. **Diretrizes para o ensino de graduação**: O projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba: Champagnat, 2000.

BOTTONI, A. **Perfil dos hospitais da grande São Paulo quanto a terapia nutricional**: impacto da equipe multiprofissional de terapia nutricional. 2005. 144 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRANDÃO, H.P. Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. **Estudos de Psicologia**, v.12, n.2, p.149-158, 2007.

BRASIL. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1 dez. 2011. p. 44. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/32779630/dou-secao-1-01-12-2011-pg-44>. Acesso em: 25 fev. 2012.

_____. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº. 1, de 3 de abr. 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº. 5, de 7 de nov. 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Nutrição. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 de nov. 2001.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB nº. 4, de 8 de dez. 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 22 de dez. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 272, de 08 de abr. 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, de 23 de abril de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/272_98.htm. Acesso em: 30 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 120, de 14 de abr. 2009. Altera disposições relativas à Terapia Nutricional no âmbito do Sistema Único de

Saúde/SUS, em particular no que se refere às Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Internação Domiciliar. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, de 20 de abril de 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT_SAS_120.pdf. Acesso em: ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº. 63, de 06 de jul. 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, de 07 de julho de 2000. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRENNEN, A.M. **Enhancing students' motivation**. 2007. Disponível em: <http://www.soencouragement.org/enhancing-students-motivation.htm>. Acesso em: 06 mar. 2012.

BRUNER, E; LANGER, F. Nonparametric analysis of ordered categorical data in designs with longitudinal observations and small sample sizes. **Biometrical Journal**, 42, p. 663-675, dez. 2000.

CARVALHO, J.A. et al. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v.3, n.1, p. 78-90, abr. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer no. 977/65**. Definição dos cursos de pós-graduação. Brasília, DF, 1965.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília, DF, 2006. 88p.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Quadro estatístico do 3º. trimestre de 2011**. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/site.php?secao=estatisticas>. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. **Resolução nº. 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. 45 p.

CORREIA, M.I.T.D.; ECHENIQUE, M. Custo/benefício da Terapia Nutricional. In: WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p.1635-1640.

_____; WAITZBERG, D.L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clinical Nutrition**, v.22, n. 3, p. 235–239, 2003.

COSTA, N.M.S.C. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**, vol.12, n.1, p. 5-19, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52731999000100001&script=sci_arttext. Acesso em: 27 abr. 2011.

DE SETA, M.H. et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 3, p.3413-3422, 2010.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERIS, L. **Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexões**. 2 ed. São Paulo: SENAC, 2002. 102 p.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, set./dez. 2001a.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem**. Brasília; 2001b. p. 7-17.

DEPRESBITERIS, L. Competências na educação profissional – É possível avaliá-las? **Boletim Técnico do SENAC**, v.31, n.2, p.1-12, 2005. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/BTS/312/boltec312a.htm>> Acesso em: 10 jan. 2011.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6 ed. Curitiba: Positivo, 2004. 896 p.

FONSECA, D.M. Contribuições ao debate da pós-graduação *lato sensu*. **Revista Brasileira de Pós-graduação**, v. 1, n. 2, p. 173-182, nov. 2004.

FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; EUCLYDES, M.P. Necessidades e recomendações de nutrientes. In: CUPPARI, Lilian. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri, SP: Manole, 2002. p. 3-26.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. 53 p.

_____. **Extensão ou comunicação?** 7 ed. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1983, p.93.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1987, p.107.

GALLAGHER-ALLRED, C.R., et al. Malnutrition and clinical outcomes: the case for medical nutrition therapy. **Journal of the American Dietetic Association**, v.96, n.4, p. 361-6, 1996.

GAMBARDELLA, A.M.D.; FERREIRA, C.F.; FRUTUOSO, M.F.P. Professional situation of graduates from a nutrition course. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n. 1, p.37-40, jan./abr., 2000.

GANEP NUTRIÇÃO HUMANA. **Arquivos de dados do departamento GANEP Educação: 2011**. São Paulo, 2011.

GANEP NUTRIÇÃO HUMANA. **Plano de Desenvolvimento Institucional**: 2009. São Paulo, 2009.

GIL, A.C. Escalas sociais. In: **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, G.M.N.P.A.; SALADO, G.A. Atuação profissional dos egressos do curso de Nutrição de uma instituição de ensino superior do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 45-50, jan./abr., 2008.

HEFLICH, D.A.; IRAN-NEJAD, A. Reflective educational practice from the perspective of wholetheme construtivism. **Information Analyses (070) – Viewpoints (Opinion/Position Papers, Essays, etc.)**, 1995, 20p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (BRASIL). Sistema Nacional da Educação Superior (SINAES). **Análise dos resultados do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes das áreas de Ciências da Saúde, Ciências Agrárias e Ciência Social**. ENADE – 2004 e 2007. v.1. Brasília: INEP, 2011.

_____. Sistema Nacional da Educação Superior (SINAES). ENADE 2007.

Relatório Síntese – Nutrição. Disponível em:

http://download.inep.gov.br/download/enade/2007/relatorio_sintese/2007_REL_SINT_NUTRICA0.pdf. Acesso em 03 fev. 2011.

JENSEN GL et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v.34, n.2, p. 156-9, 2010.

KNOWLES, M.S.; HOLTON, E.F.; SWANSON, R.A. **The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development**. 7 ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann, 2011. 406 p.

KONDRUP, J. et al. ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) guidelines for nutrition screening 2002. **Clinical Nutrition**, v.22, n.4, p. 415-21, 2003.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15 (sup.2): 15-27, 1999.

LANDIM, F.L.P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 53-58, 2006.

LE BOTERF, G. Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. **Reflexão RH**. p. 60-63, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

LETRO, L.C.M.A.O.; JORGE, M.N. Inserção Profissional dos Nutricionistas Egressos do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – Unileste/MG. **Nutrir Gerais**, Ipatinga, v.4, n.7, p. 668-680, ago./dez. 2010.

LIMA, E.S.; OLIVEIRA, C. S.; GOMES, M.C.R. Educação nutricional: da ignorância alimentar à representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, vol.10, n.2, p. 603-35, maio-ago. 2003.

LIMA V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LOCHS, H. et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. **Clinical Nutrition**. v.25, n.2, p. 180-186, abr. 2006.

MAIA, J.A. O Currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 101-133.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 6, p. 59-78, 2003.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 239-262, jul/set 1993.

MIRANDA, D.E.G.A., et al. O perfil de atuação dos ex-alunos do curso de nutrição de uma universidade do interior paulista. **Investigação**, v.10, p. 54-59, 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html. Acesso em 15 fev. 2012.

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem significativa crítica**. III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Lisboa (Peniche), 11 a 15 de setembro de 2000.

_____. **Aprendizagem significativa: da visão clássica à visão crítica**. Disponível em: < <http://www.famema.br/semanadeplanejamento/aprendizagemsignificativa.pdf> >. Acesso em 10 abr. 2012.

MURAGUCHI, E.M.O; RAMOS JÚNIOR, O; CAMPOS, A.C.L. Situação das equipes multiprofissionais de terapia nutricional no Estado do Paraná. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.17, n.14, p. 111-116, 2002.

NOFFS, N.A.; RODRIGUES, C.M.R. Andragogia na psicopedagogia: a atuação com adultos. **Revista Psicopedagogia**, v.28, n.87, p. 283-92, 2011.

NORMAN, K. et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. **Clinical Nutrition**, v.27, n.1, p. 5-15, 2008.

OLIVEIRA, D.C. A análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 569-76, out/dez 2008.

OLIVEIRA, A.B. **Andragogia – a educação de adultos**. Disponível em: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/m%C3%B3dulos/andragogia/andragogia-educa%C3%A7%C3%A3o-de-adultos>. Acesso em: 06 mar. 2012.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 90 p.

PEW, S. Andragogy and Pedagogy as foundational theory for student motivation in Higher Education. **Student Motivation**, v.2, p. 14-25, 2007.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estudos de Psicologia**, v.12, n.2, p. 159-168, 2007.

RAMOS, M.N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem. Brasília; 2001. p. 19-28.

RASLAN, M. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Revista de Nutrição**, v.21, n.5, p. 553-561, set./out., 2008.

RASLAN, M. et al. Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients. **Nutrition**, v.26, p. 721–726, 2010.

REZENDE, I.F.B. et al. Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v.3, n.2, p. 194-200, 2004.

RODRIGUES, K.M.; PERES, F.; WAISSMANN, W. Condições de trabalho e perfil profissional dos nutricionistas egressos da Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 1994 e 2001. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 1021-1031, 2007.

ROSA, P. **Análise Não-Paramétrica de Dados Ordinais com Medidas Repetidas**. Dissertação de Mestrado. IME-USP, 2001.

RUAS, R. et al. O conceito de competência de A a Z: análise e revisão nas principais publicações nacionais entre 2000 e 2004. Disponível em: http://www.growthconsultoria.com.br/valeapena/downloads/oconceito_competencias_az.pdf. Acesso em: 20 maio 2012.

RUSSELL, M.K.; MUELLER, C. Nutrition screening and assessment. In: GOTTSCHLICH, Michele M. **The A.S.P.E.N. Nutrition Support Core Curriculum: A Case-Based Approach – The Adult Patient**. [s.n], 2007. p. 163-186.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n.1, p. 1-15, jul. 2009.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SEIFFERT, O.M.L.B.; ABDALLA, I.G. Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 167-185.

SILVA, J.F.; DEL FAVERO, S.M.; ROLIM, S.S. Cursos de pós-graduação *lato sensu* para profissionais de nutrição oferecidos no município de São Paulo. **Nutrição Brasil**, v.7, n.1, p. 43-49, jan./fev. 2008.

SIMONARD-LOUREIRO, H.M. et al. Nutrição. In: HADDAD, Ana Estela et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004 / Organizadores: – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.15 v. : il. tab.**

SOARES, N.T.; AGUIAR, A.C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.5, p. 895-905, set./out., 2010.

SOETERS, P.B. et al. A rational approach to nutritional assessment. **Clinical Nutrition**, n.27, v.5, p. 706-16, 2008.

SONZOGNO, M.C. Metodologias no Ensino Superior: algumas reflexões. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 75-84.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VAGULA, E. O Professor, seus Saberes e sua Identidade. **Revista Científica Faculdade Lourenço Filho**, v.4, n.1, p. 103-116, 2005.

VASCONCELLOS, L.; GUEDES, L.F.A. *E-Surveys*: Vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. Seminários em Administração FEA-USP, 2007, São Paulo. **Anais do X SEMEAD em Administração, 2007**, v. 1, p. 1-15. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>. Acesso em: 23 maio 2011.

VASCONCELOS, F.A.G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n. 2, p.127-138, maio/ago., 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de março de 2010. doi: 10.1590/S1415-52732002000200001.

_____; CALADO, C.L.A. Profissão Nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.24, v.4, p. 605-617, jul./ago. 2011.

VELOSO, T.C.M.A.; SOUZA, B.K.G.; SILVA, R.A.B. Cursos de graduação em Nutrição no Brasil: análise do censo da Educação Superior e os resultados do ENADE. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v.1, n.1, p.92-106, jan/abr. 2011. Disponível em:

http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/educacao/article/viewFile/1410/pdf_67.

Acesso em: 26 jan. 2012.

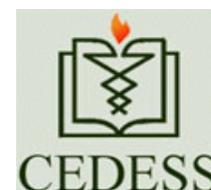
WAITZBERG, D.L. Planejamento da terapia nutricional. In: _____. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p.375-381.

_____. **Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001, v.1 e 2.

_____; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I.T.D. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients. **Nutrition**, v.17, n. 7/8, p. 573–80, 2001.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. 1 ed – 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012. 200 p.

APÊNDICE A– Carta para os respondentes da pesquisa



Prezado Ex-aluno do GANEP

Meu nome é Gabriela Oliveira, sou nutricionista e trabalho para o GANEP Nutrição Humana. Certamente já tive o prazer de encontrá-lo e tê-lo como meu aluno no Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica.

Atualmente sou aluna do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM).

No momento, desenvolvo a pesquisa **Contribuição da Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a Prática Profissional do Nutricionista: Percepção de Egressos** para a minha dissertação do mestrado. Esta investigação tem o objetivo de avaliar a contribuição do Curso de Especialização para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de competências necessárias para a prática da avaliação nutricional (AN) da perspectiva de nutricionistas egressos.

Após 10 anos de realização deste curso, apesar da grande demanda dos profissionais da Nutrição e das avaliações realizadas com base nos indicadores de desempenho, evidenciamos a necessidade de investigar acerca das contribuições deste processo de formação para a prática da AN.

Portanto, a sua percepção é fundamental para que o objetivo da pesquisa seja alcançado e seus resultados nos conduzam a uma reflexão, permitindo a auto-avaliação e o redirecionamento das ações educativas e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência nutricional em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar em nosso país.

O levantamento dos dados implica no preenchimento de um questionário com perguntas fechadas e abertas que você deverá responder, caso deseje colaborar

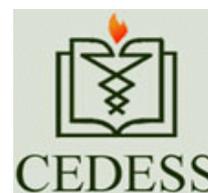
com este estudo. O tempo gasto para o preenchimento do questionário será de até 15 minutos.

Agradeço desde já sua preciosa colaboração, sem a qual não seria possível a realização desta pesquisa.

Atenciosamente,

Gabriela Oliveira

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr.(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Contribuição da Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a Prática Profissional do Nutricionista: Percepção de Egressos, que tem como objetivo avaliar a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de competências necessárias para a prática da Avaliação Nutricional (AN) da perspectiva de nutricionistas egressos.

A pesquisa terá **duração** de 8 meses, com o término previsto para fevereiro de 2012.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **nesta** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de **questionário**, por meio eletrônico (internet).

O(a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de educação em saúde.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – e-mail: cepunifesp@unifesp.br
Após a leitura e ciência deste termo, peço a gentileza de imprimi-lo e assinar no campo **sujeito da pesquisa (próxima página)**. Na sequência, enviar **todo o documento (2 páginas)** por fax para (011) 37821072 ou escanear e enviar por e-mail para o endereço eletrônico gabi.oliveira@terra.com.br.

Desde já agradecemos!

Prof. Dra. Otília M. L. B. Seiffert
e-mail: o.seiffert@unifesp.br

Gabriela Pereira da Costa Oliveira

Endereço: Rua Agnaldo de Macedo,
860, apto.44, bloco II – Butantã –
São Paulo/SP
Telefone celular: (011) 91353744

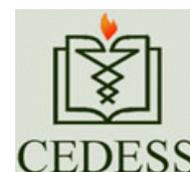
Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

_____, ____ de _____ de 2011.

APÊNDICE C– Questionário



QUESTIONÁRIO

Prezado ex-aluno,

Este questionário é o instrumento de coleta de dados para a pesquisa **Contribuição da Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para a Prática Profissional do Nutricionista: Percepção de Egressos.**

Está dividido em **2 blocos**: caracterização do perfil pessoal e profissional; e a contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica para o desenvolvimento/aprimoramento de competências necessárias à prática da avaliação nutricional.

Para preenchê-lo, por favor, faça um X ao lado da opção que melhor expressa sua opinião e complete os espaços com os dados solicitados.

Obrigada.

Bloco 1. Dados pessoais e profissionais

1. Data de nascimento (dia/mês/ano): ____/____/____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Residência: Cidade: _____ Estado: _____
4. Em que ano terminou a graduação em Nutrição? _____
5. Qual a categoria administrativa da instituição em que concluiu o curso de graduação?
 - Privada
 - Federal
 - Estadual
 - Municipal
6. Em que ano cursou a Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica do GANEP?

7. Você está empregado?
 - Sim
 - Não

Se você respondeu **SIM** à questão anterior, por favor responda a questão 8.

8. Qual é sua área de atuação profissional?

- Nutrição Clínica:
 - Ambulatório/Consultório
 - Hospital
 - Atendimento Domiciliário (Home Care)
- Alimentação Coletiva
- Saúde Coletiva
- Docência:
 - Graduação
 - Pós-graduação *lato sensu* (aprimoramento, especialização, residência, MBA)
 - Pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado)
- Indústria de Alimentos
- Nutrição em Esporte
- Marketing na área de Alimentação e Nutrição

Se você trabalha em **Nutrição Clínica**, por favor, responda as questões 9 e 10.

9. Quais as principais atividades que desenvolve em seu trabalho, na área da Nutrição Clínica? Cite-as.

10. A avaliação do estado nutricional faz parte de suas atividades no trabalho?

- Sim
- Não

Se você respondeu SIM à questão anterior, por favor responda às questões do Bloco 2.

Se você respondeu NÃO, mas teve a oportunidade de realizar avaliação nutricional após o término do Curso, por favor responda às questões do Bloco 2.

Bloco 2. Contribuição do Curso GANEP para o desenvolvimento/aprimoramento de competências para a prática da avaliação nutricional

1. No seu entendimento, quais das competências em avaliação nutricional listadas abaixo o Curso de Especialização contribuiu para o desenvolvimento/aprimoramento?

Coloque um X na coluna correspondente ao nível de contribuição do Curso para cada item.

CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES	Nível de contribuição do Curso GANEP de Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica			
	Muito	Considerável	Pouco	Nenhum
1. Conhecimentos - dimensão do saber				
1.1 Compreensão das repercussões clínicas da desnutrição:				
• Maior tendência a infecções				
• Redução na cicatrização de feridas				
• Menor força tênsil nas suturas				
• Hipoproteïnemia – edema				
• Redução da motilidade intestinal				
• Fraqueza muscular				
• Convalescença prolongada				
• Hospitalização prolongada				
• Aumento da morbi-mortalidade				
1.2 Definição da desnutrição e de suas diferentes formas:				
• Marasmo				
• Kwashiorkor				
• Mista (marasmo e kwashiorkor)				
1.3 Descrição dos compartimentos corpóreos (massa magra, gordura corpórea e água corpórea)				
1.4 Conhecimento das alterações dos compartimentos corpóreos na doença				
1.5 Reconhecimento das necessidades nutricionais (proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais) dos indivíduos nas diversas condições clínicas				
1.6 Identificação das ferramentas utilizadas para o rastreamento nutricional:				
• NRS 2002 (<i>Nutritional Risk Screening 2002 - Triagem de Risco Nutricional 2002</i>)				
• MNA - SF (<i>Mini Nutritional Assessment Short Form - Mini Avaliação Nutricional Reduzida</i>)				
• MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool - Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição</i>)				
• MST (<i>Malnutrition Screening Tool - Ferramenta de Triagem de Desnutrição</i>)				
• HH - NAT (<i>Hickson & Hill Tool - Nutritional Assessment Tool - Ferramenta de Avaliação Nutricional</i>)				
• URS (<i>Undernutrition Risk Score - Escore de Risco de Desnutrição</i>)				

1.7 Definição dos métodos de avaliação nutricional:				
• Inquérito alimentar				
• Avaliação subjetiva global				
• Medidas antropométricas				
• Exames bioquímicos				
• Impedância bioelétrica				
2. Habilidades - dimensão do saber fazer				
2.1 Aplicação das fichas de rastreamento nutricional				
2.2 Cálculo das necessidades nutricionais do indivíduo nas diferentes condições clínicas				
2.3 Aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional:				
• Inquérito alimentar				
• Avaliação subjetiva global				
• Medidas antropométricas				
• Exames bioquímicos				
• Impedância bioelétrica				
2.4 Interpretação dos resultados oriundos da aplicação clínica dos métodos de avaliação nutricional:				
• Inquérito alimentar				
• Avaliação subjetiva global				
• Medidas antropométricas				
• Exames bioquímicos				
• Impedância bioelétrica				
2.5 Classificação do estado nutricional de acordo com os resultados de cada método:				
• Inquérito alimentar				
• Avaliação subjetiva global				
• Medidas antropométricas				
• Exames bioquímicos				
• Impedância bioelétrica				
2.6 Diagnóstico do estado nutricional				
2.7 Acompanhamento da evolução do estado nutricional				

3. Atitudes - dimensão do saber ser				
3.1 Atuação em Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:				
• Pluralidade de visão				
• Flexibilidade				
• Tolerância				
• Saber ouvir e falar				

2. No seu entendimento, quais atividades do curso de especialização contribuíram para o desenvolvimento/aprimoramento das competências listadas no item anterior?

Para responder esta pergunta, você pode assinalar mais de uma opção.

2.1 Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional desenvolvidas em **sala de aula**:

- Aulas expositivas
- Estudos de caso
- Discussões em grupo
- Avaliações
- Outras: _____

2.2 Atividades da disciplina de Avaliação Nutricional desenvolvidas durante o **Trabalho de Campo**:

- Aulas ministradas pelas Tutoras
- Reuniões de discussão de casos clínicos do GANEP
- Realização da avaliação nutricional nos pacientes hospitalizados, acompanhados por você durante o Trabalho de Campo
- Outras: _____

3. A disciplina de Avaliação Nutricional e o Trabalho de Campo contribuíram para que você se sentisse mais seguro na elaboração do diagnóstico nutricional de seus pacientes?

- Muito
- Considerável
- Pouco
- Nada

4. Antes do Curso, você atuava na área hospitalar?

- Sim
- Não

Caso tenha respondido SIM à questão anterior, responda a próxima pergunta.

5. Antes do Curso o rastreamento nutricional ou a primeira avaliação nutricional de seus pacientes era realizada:

- Até 3 dias da internação hospitalar
- De 3 a 7 dias após a internação hospitalar
- De 7 a 10 dias após a internação hospitalar
- De 10 a 15 dias após a internação hospitalar

- Mais de 15 dias após a internação hospitalar

Justifique a opção indicada: _____

7. Atualmente o rastreamento nutricional ou a primeira avaliação nutricional de seus pacientes é realizada:

- Até 3 dias da internação hospitalar
 De 3 a 7 dias após a internação hospitalar
 De 7 a 10 dias após a internação hospitalar
 De 10 a 15 dias após a internação hospitalar
 Mais de 15 dias após a internação hospitalar

Justifique a opção indicada: _____

8. Qual o nível de satisfação profissional em seu emprego atual, considerando as atividades que desenvolve?

- Muito Considerável Pouco Nada

Justifique a opção indicada: _____

9. Quais foram as principais contribuições do Curso para a realização da Avaliação Nutricional no seu trabalho?

10. Apresente, sucintamente, três sugestões para a melhoria da disciplina de Avaliação Nutricional do Curso no que se refere à contribuição da mesma para a prática profissional.

