

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL**

LUCIANA SILVA DA ROCHA

**UM CHÁ COM A LOUCURA:
UMA EXPERIÊNCIA DE (DE)FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA SAÚDE
MENTAL BRASILEIRA**

**São Leopoldo
2016**

Luciana Silva da Rocha

UM CHÁ COM A LOUCURA:

Uma experiência de (de)formação do nutricionista na saúde mental brasileira

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador(a): Prof^ª Ms. Vanessa Bakes

São Leopoldo

2016

No verão, na tarde de ouro,
Deslizamos vagarosamente.
Nossos remos são manejados
Sem perícia, no sol ardente:
Mãos gentis, que fingindo vão
Guiar nosso passeio errante.

Ah, cruel trio, que em tal hora,
Sob o céu de esplendor e sonho,
Implora um conto sem vigor
E de pobre alento, enfadonho.
Mas pode tão fraca voz
Contra o coro infantil, rizonho?

Prima decreta, imperiosa:
“Agora, por que não começa?...”
Em tom brando, Secunda roga:
“Que seja sem pé nem cabeça!”
E Tertia, uma vez por minuto
Fala somente, não se apressa

Logo mais se calam, de súbito,
E vão seguindo em fantasia
A viagem-sonho da heroína
No país de assombro e magia,
Em alegre charla com os bichos.
E creem um pouco na utopia.

Quando a história já se esgota
– Seco o poço da imaginação –,
Tenta habilmente o contador
Desviar-se do assunto, em vão:
“Conto depois...” “Já é depois!”,
Elas protestam em confusão.

E assim cresceu esse País
Das Maravilhas. Uma a uma
Surgiram as suas aventuras.

Está pronta, sem falha alguma,
A história. Voltamos lépidos
Antes que o sol da tarde suma.

Alice! Recebe essa história
E com mãos gentis deposita
Lá longe, onde os sonhos da infância
Se confundem com lembranças idas,
Tal guirlanda de flores murchas
Em distante terra colhidas.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País da Maravilhas (p.7,8)

UM CHÁ COM A LOUCURA: UMA EXPERIÊNCIA DE (DE)FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA SAÚDE MENTAL BRASIELIRA

Luciana Silva da Rocha*

Vanessa Bakes**

Resumo: Este artigo discute a respeito das aproximações e dos distanciamentos da formação em nutrição em relação ao campo da saúde mental brasileira, observados e vivenciados durante a experiência de uma nutricionista em um programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental (RIMS). Desloca-se dos habituais modos de fazer pesquisa nessa temática ao entender o processo de construção do conhecimento durante a RIMS como pautado no fazer prático. Para tanto a metodologia escolhida para dar rumo ao presente trabalho foi uma narrativa de inspiração cartográfica, proposta de pesquisa-intervenção bastante utilizada no campo da saúde mental, que defende a não-separação sujeito/objeto e que leva em consideração a implicação do pesquisador, a complexidade e a indissociabilidade da produção de conhecimento da atuação/intervenção. A inserção do nutricionista nos serviços de saúde mental vai ao encontro do modelo de atenção e cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica. No entanto, a formação em nutrição ainda inclina, de forma geral, para um fazer que implica o tecnicismo, o biologicismo e o fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento e das práticas, afastando esse profissional do diálogo com os saberes psicossociais e das ciências humanas. Portanto, o trabalho na perspectiva da saúde mental, que sugere uma clínica “comum”, requer alto grau de desconstrução do saber nuclear do nutricionista tradicional, ampliando assim as possibilidades teóricas e práticas da profissão.

Palavras-chave: Saúde mental. Residência. Nutrição. Narrativa. Cartografia.

1 UM CHÁ BASTANTE LOUCO – INTRODUZINDO CAMINHOS

- Então quer dizer que você pensa que pode encontrar a resposta para isso? – perguntou a Lebre de Março.
- Exatamente – respondeu Alice.
- Então deve dizer o que pensa – continuou a Lebre de Março.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.80)

Contemporâneo da Reforma Sanitária Brasileira, surge no ano de 1978 um movimento de cunho ideológico, social e político em prol da garantia de direitos às

* Nutricionista Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. lucianasdarocha@gmail.com

** Nutricionista, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos– UNISINOS. É professora do curso de graduação em nutrição na mesma universidade e nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. vbackes@unisinobr.br.

peças portadoras de transtornos mentais. Nascia a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautada na luta contra a violação de direitos humanos recorrente nos manicômios e no modelo de atenção hospitalocêntrico, calcado no saber biomédico (BRASIL, 2005). A partir de então uma série de mudanças na política de saúde mental do país vêm sendo conquistadas. Em 2011 fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, tendo como principal dispositivo para efetivação da Reforma Psiquiátrica os serviços substitutivos, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2001; BRASIL 2011).

O trabalho nos CAPS visa construir estratégias conjuntas de enfrentamento aos problemas através de ações intersetoriais que promovam a inserção social do usuário. Para tanto, os CAPS contam com uma equipe multiprofissional, formada por profissionais de nível médio e superior, podendo estes ser enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais ou outros necessários para as atividades oferecidas, incluindo nutricionistas (BRASIL, 2004). No entanto, ainda é escassa a produção científica acerca da inserção do nutricionista no contexto da Saúde Mental.

Considerando isso, este artigo se dá pelo contar de uma história, história essa que surge a partir da experiência de minha inserção como nutricionista no campo da saúde mental do município de São Leopoldo/RS através de um programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Também se dá pelo encontro dessa experiência com as palavras de Alice, em suas grandes e estranhas aventuras no País das Maravilhas, guardadas na obra de Lewis Carroll.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Quadrilha da Lagosta – Os passos que conduziram a formação em saúde no Brasil

- Deve ser uma dança muito linda – murmurou Alice, timidamente.
- Quer ver um pouquinho dela? – animou-se a Falsa Tartaruga.
- Sim, gostaria muito – respondeu Alice.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.122)

A educação superior no Brasil tem início quando são inauguradas as duas primeiras Escolas Médicas do país (Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia), uma no Rio de Janeiro e outra em Salvador, no ano de 1808 na ocasião da vinda da família real portuguesa para o Brasil. Ainda no século XIX, surgem no país escolas

de farmácia, um curso de obstetrícia e um curso de odontologia, instituído oficialmente em 1884, sendo definida a expedição do título de cirurgião-dentista. Em 1890, é fundada no Rio de Janeiro, por decreto federal, a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras. Entretanto, a educação em enfermagem irá caminhar tanto com a educação superior quanto com a educação técnica profissional a partir nos anos 1920. Foi já no século XX, entre 1934 e 1939, que a biologia, o serviço social, a educação física e a nutrição tiveram seus primeiros cursos universitários criados no Brasil, após a abertura das primeiras Escolas de Agronomia e Veterinária em 1910. Outros cursos da área da saúde, como psicologia, fisioterapia, biomedicina e terapia ocupacional têm na sua história abertura e consolidação entre as décadas de 1950-1970. Por fim, o curso de fonoaudiologia, como profissão técnico-científica, ascende em meados dos anos 1970 (CECCIM & CARVALHO, 2011).

Dessa forma, como nos demonstra a análise sócio-histórica realizada por Ceccim & Carvalho a respeito da trajetória da educação superior dos profissionais de saúde no Brasil, até o Brasil República os cursos de medicina, farmácia e odontologia demarcavam a educação superior em saúde no país. É importante ressaltar que, nesse período, a medicina tinha como dominante o paradigma mecanicista, o qual se identifica inteiramente com o positivismo ao não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto do conhecimento como da maneira de abordá-lo. A denominação desse paradigma como "mecanicista" se dá por pressupor que, da mesma forma que qualquer objeto natural, a saúde e a doença poderiam ser explicadas exclusivamente pela interação mecânica das diferentes partes do organismo humano. Nesse contexto, a reforma da profissão médica nos Estados Unidos da América, após o Relatório Flexner - estudo publicado em 1910 e considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, repercutindo em profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial - afirma a hegemonia do paradigma mecanicista ao mesmo tempo em que estabelece a formação de uma profissão médica com um grau sem paralelos de poder, riqueza e prestígio, além de consolidar um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado, isto é, em praticamente todo o mundo. A descoberta dos antibióticos a partir de 1930 e a sua comercialização depois de 1945 refletiram o auge desse paradigma, levando muitos a crerem que a

resolução da maioria dos problemas de saúde deveria ocorrer no campo da quimioterapia (QUEIROZ, 1986; PAGLIOSA & DA ROS, 2008).

Do grupo de profissões emergentes na década de 1930, nenhuma produziu impacto imediato no setor da saúde no Brasil, pois estavam voltados para as áreas social, da educação, da alimentação e da pesquisa em ciências naturais. Apenas ao final do século passado houve no país real crescimento das profissões da saúde, assim como a expansão da oferta de cursos nas várias profissões abrangidas pela área.

Ampliando o olhar para além da formação em saúde, os anos 1960 iniciam-se sob o signo da intensificação da Guerra Fria. Em um mundo dividido entre as potências capitalistas e socialistas e sob uma constante instabilidade política, diversos países da América Latina passariam por golpes de Estado e instauração de regimes autoritários. No Brasil, esse contexto geraria grandes mudanças sociais e políticas. Em 1964, menos de duas décadas depois de o país voltar a um regime democrático, um golpe militar deu início a um novo regime de exceção no país. Prometendo reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático em curto espaço de tempo, os militares acabariam permanecendo no poder por mais de vinte anos. Caracterizados em seu período inicial pela desarticulação da participação social, os primeiros governos militares em um progressivo processo de endurecimento político procuraram destruir todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista. No campo econômico o período foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários e proibição de greves. No campo social e político, os direitos dos opositores do sistema foram cassados, e o sistema político foi reformulado.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde, era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Os debates em torno da saúde ocorreram nesse cenário de grandes transformações políticas e sociais. No campo político, os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. Justamente nesse contexto que se origina o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na segunda metade da década de 1970, período que coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). No entanto, o processo de formação de atores e instituições identificados com mudanças radicais no sistema de saúde então vigente também se relaciona com um conjunto de aspectos que vão do desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950 ao fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário que via, na sua derrocada, a única forma de construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

A grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde brasileiro teve como marco a oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. Entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. No entanto, o tema da hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização, e a participação popular nos serviços de saúde também foram amplamente discutidos (PAIM, 2008).

Foi no ano de 1988, com a nova carta constitucional promulgada, que a organização da saúde pública no Brasil sofre uma profunda mudança no momento em que se transforma em direito social e obrigação do Estado, estruturando-se não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dava-se então origem ao processo de criação de um sistema público e universal de saúde, no qual seria considerada na sua complexidade, como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade e direito que se afirma enquanto política.

Em 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b.).

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano, citado anteriormente, que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei (BRASIL, 2006).

Retomando o tema da formação em saúde, a partir de então emerge a noção de que caberia ao SUS orientar o perfil de formação dos profissionais da saúde, estabelecendo assim a necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Com um processo desencadeado apenas em 1997, entre 2001 e 2004 foram aprovadas as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde, firmando-se nacionalmente que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (formação de biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas). A educação em enfermagem e nutrição registrou ainda que a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (CECCIM & CARVALHO, 2011). Apesar desses eventos, mais de duas décadas se passaram desde o início da criação do SUS e, ainda hoje, poucos movimentos de articulação, com objetivo de produzir as mudanças identificadas como necessárias ao processo de formação dos profissionais de saúde, estão constituídos e efetivados nas graduações da área da saúde no país.

O cenário das práticas de saúde, conforme discutido anteriormente, há muito tem se mostrado atravessado pela lógica biopolítica e pela lógica excludente da ciência tida como oficial, que ainda hoje implicam o biologicismo, tecnicismo, o fortalecimento da especialização e da fragmentação do conhecimento e das práticas, muito distante da definição de saúde que pauta os princípios do SUS:

equidade, integralidade e universalidade. No que se refere à formação, esse cenário é constituído pelas escolas da área da saúde dentro das universidades, instituições complexas, fabricadas a partir de múltiplos planos e que articulam uma multiplicidade de sujeitos, processos e disputas. Historicamente, desde os primeiros cursos de medicina, farmácia e odontologia, a universidade é o local mais legitimado de produção da ciência oficial que disputa a produção do saber, na pretensão da verdade e na deslegitimação de outros saberes que não o científico. As escolas da área da saúde também são lugar de produção de certa compreensão do processo saúde/doença, que reforça a ideia do adoecimento apenas como lesões no corpo que o disfuncionalizam em relação ao seu modo normal de ser e existir, uma forma de olhar o corpo adoecido somente como portador de lesões orgânicas. Assim, no balanço geral, as graduações em saúde têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas (FEUERWENKER, 2014).

Dessa forma, no processo da formação em saúde, são levantadas como necessárias três desconstruções fundamentais: a do usuário-objeto, reduzido a seu corpo biológico ou aos riscos de adoecer definidos por suas condições de vida; a doença abstraída da vida em que se insere; a medicalização profunda da sociedade e sua radical interferência nos modos de compreender o sofrimento humano. O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa. Podemos e devemos olhar para ele de outros ângulos - históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida (MERHY, 2013).

No entanto, atualmente, em muitos cursos da área da saúde, aproximar-se do SUS e, conseqüentemente, da lógica de cuidado por ele prevista, tem o mesmo significado de ampliar o espaço da saúde coletiva na grade curricular. E diversas vezes essa inserção ampliada é construída repetindo na graduação os campos clássicos da Saúde Coletiva, que são as políticas e o planejamento em saúde, a epidemiologia e as ciências sociais e humanas aplicadas à saúde, eximindo assim as demais disciplinas que compõe o maior percentual das grades curriculares dos cursos da área da saúde – e que muitas vezes possibilitam o espaço de prática dos estudantes – da responsabilidade do processo de desconstrução do cuidado em saúde pautado pela lógica mecanicista, e de formar profissionais protagonistas da consolidação e perpetuação do SUS. O resultado é o favorecimento da fragmentação e da dicotomização do conhecimento na formação em saúde (AKERMAN & FEUERWENKER, 2006).

2.2 O Coelho Envia Um Emissário – Discutindo a missão do ensino em serviço

Uma grande roseira se erguia do jardim: as rosas eram brancas, mas três jardineiros se ocupavam em pintá-las de vermelho. Alice achou isso bastante curioso e aproximou-se para ouvir o que diziam.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.91)

Com o objetivo de preencher a lacuna produzida durante a graduação e promover a ampliação dos contatos e das possibilidades de cooperação entre as instituições de ensino e o SUS e assim impulsionar a produção dos atores necessários para sua efetivação, alguns potentes dispositivos foram desenvolvidos no país. Entre eles destacam-se o VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), o PRÓ-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde.

É da mesma década do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que surge no país a primeira residência em Medicina Comunitária (1976), no estado do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, cuja proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. As RIMS, existentes desde 1975, têm sua regulamentação apenas nos anos 2000, com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que cria a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Trata-se, assim, de uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

Conforme discutido no decorrer desse capítulo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Assembléia Nacional Constituinte (1988) dispararam a construção da mudança do modelo de atenção à saúde e da ordenação da formação de profissionais para o SUS. As Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – NOB/RH-SUS representam um referencial de princípios e diretrizes para a política de formação na área da saúde (BRASIL, 2006).

Esse arcabouço é complementado pelas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004) que indicam a formulação de uma Política de Formação

para os Profissionais de Saúde, desenvolvida por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), com financiamento público e com a participação do controle social. É prevista a constituição, em nível estadual e nacional, de um sistema, coordenado pelo SUS, responsável pela distribuição de bolsas e Programas de Residência, segundo a formulação de política específica, considerando a necessidade dos municípios e apresentando uma proposta de destinação de vagas de acordo com as necessidades de saúde da população e critérios epidemiológicos (BRASIL, 2004).

Ainda, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, propõe como um dos eixos de ação a formação de profissionais na área da Saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas, política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003 (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003).

Neste sentido, também, a 3ª Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006) referenda e reafirma a importância da implantação de novas metodologias de ensino visando à formação de profissionais mais capacitados, voltados às práticas multiprofissionais, ao trabalho em equipe, contemplando os princípios e diretrizes do SUS, a articulação ensino-serviço-comunidade, a participação e controle social (BRASIL, 2006).

Nessa direção, de acordo com Ramos et al (2006), a residência mostra-se como um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino/serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar. É uma modalidade de formação pós-graduada (*lato sensu*), que se realiza pelo exercício, sob supervisão, da prática profissional que deve ser oferecida em ambientes de trabalho qualificados do SUS, dotados de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e de instalações apropriadas ao ensino em serviço, com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo.

Assim, estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser protagonistas da produção de novos modos de aprender, cuidar e construir

conhecimento. Essa possibilidade depende da instalação de múltiplos processos coletivos de invenção, e nesse sentido a RIMS permite a exposição a diversos modos de viver, assim como a reflexão crítica sobre as práticas, a produção de desconforto e desassossego, a produção de acontecimentos – em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referências. Compreendendo que a transformação do modelo de atenção e da formação profissional fabrica-se de maneira articulada, uma potencializando a outra, é possível que seja a partir dessas vivências que se produzam novos problemas e novos conhecimentos e relações (FEUERWENKER, 2006).

2.3 Quem Roubou as Tortas – Um breve testemunho sobre a formação em nutrição

Tantas coisas extravagantes tinham acontecido até então, que Alice começava a pensar que quase nada seria realmente impossível.
Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.14)

A trajetória de organização, mobilização e luta pela regulamentação e legitimidade da profissão de nutricionista no Brasil teve seu início no final da década de 1930 e primeiros anos da década de 1940, em pleno decorrer do chamado Estado Novo (1937-1945), liderado pelo Presidente Getúlio Vargas. Nesse contexto histórico, identificado como um momento de transição político-econômica e social que propiciou as bases para a consolidação da sociedade capitalista urbano-industrial no país, foram criados, em 1939, os cursos técnicos de nível médio para formação de nutricionistas-dietistas, embriões dos atuais cursos de graduação em nutrição.

O reconhecimento da profissão como de nível superior só ocorreu vinte e três anos depois, quando o então Conselho Federal de Educação (CFE), órgão do Ministério da Educação, emitiu o Parecer nº 265, de 19 de outubro de 1962. O referido parecer reconhecia os cursos de nutricionistas como de nível superior, estabelecia o primeiro currículo mínimo e fixava a duração de três anos para a formação de nutricionistas no país.

No entanto, a regulamentação da profissão de nutricionista no Brasil ocorreria apenas em 24 de abril de 1967, quando foi sancionada pelo então Presidente da República, General Artur da Costa e Silva, a Lei nº 5.276, que dispõe sobre a

profissão de nutricionista, regula seu exercício e dá outras providências. Esse instrumento legal vigorou até 17 de setembro de 1991, quando foi revogado pela Lei nº 8.234, atualmente em vigor (VASCONCELOS & CALADO, 2011).

De acordo com o resgate histórico do processo de emergência e consolidação da profissão nutricionista no Brasil, tendo como base levantamentos e revisões bibliográficas, realizado por Vasconcelos (2002), desde a segunda metade do século XIX, o saber sobre a alimentação da população brasileira começou a despontar de forma mais sistematizada, atrelado ao campo do conhecimento médico, através das teses apresentadas às duas faculdades de Medicina existentes até então no país, na Bahia e no Rio de Janeiro.

A formação de nutricionistas brasileiros foi idealizada primeiramente pela geração de médicos nutrólogos no final da década de 1930 e na subsequente. Vasconcelos (2002) retrata que, já nos primeiros anos da década de 1930, duas correntes bem definidas e distintas do saber médico confluíram para a constituição do campo da Nutrição. A primeira corrente seria o que chamamos de perspectiva biológica, preocupada essencialmente com aspectos clínico/fisiológicos relacionados ao consumo e à utilização biológica dos nutrientes. A segunda corrente, norteadas pelas ideias da perspectiva social, preocupa-se particularmente com aspectos relacionados à produção, à distribuição e ao consumo de alimentos pela população brasileira, sendo influenciada, principalmente, pelas concepções do pioneiro da Nutrição na América Latina, Pedro Escudero. Nessa segunda corrente encontra-se a matriz para a construção do campo da Alimentação e Nutrição na Saúde Coletiva (VASCONCELOS, 2002).

No Brasil, ninguém explorou melhor essa possibilidade da Alimentação e Nutrição na Saúde Coletiva e sua complexidade do que Josué de Castro, especialmente na obra “Geografia da Fome” (CASTRO, 1984), atrelando fatores biológicos, econômicos, sociais, culturais, antropológicos, ecológicos, explorando exaustivamente a multidimensionalidade da questão alimentar. Entretanto, essa visão cedeu lugar a outros enfoques. Apesar do despontar da vertente da Saúde Coletiva no campo da Nutrição, estudos que analisaram a formação do nutricionista após a década de 1970 atestam o predomínio biologicista e tecnocrata da profissão, reduzidos a processos fisiológicos e individuais, em detrimento da perspectiva social.

Até o ano de 1975 existiam no Brasil oito cursos de graduação em nutrição. Em 1981 já se somavam 30 cursos no país, número que veio em uma crescente

atingindo seu auge após o ano de 1996, em consequência da instituição da Lei de Diretrizes de Bases da Educação (LDB). Em apenas 13 anos, os 45 cursos de graduação em nutrição existentes em todo país ao final de 1996 subiram vertiginosamente para 391 cursos até o ano de 2009. Atualmente, segundo a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), existem no Brasil 431 cursos de nutrição autorizados, sendo 73 desses em instituições públicas (VASCONCELOS & CALADO, 2011).

De 1964, ano em que foi instituído o currículo mínimo, até meados da década de 80, dois grupos de disciplinas compunham as grades curriculares dos cursos de graduação em nutrição: as disciplinas básicas, abarcando anatomia, histologia, fisiologia humana, bioquímica, bromatologia, dietética, psicologia e microbiologia; e as disciplinas profissionalizantes, contemplando aqui fisiopatologia da nutrição, técnica dietética, arte culinária, administração dos serviços de refeições, sociologia e economia aplicadas, dietoterapia, puericultura e dietética infantil, higiene e administração de saúde pública, pedagogia aplicada à nutrição, estatística e inquéritos alimentares.

O Diagnóstico Nacional dos Cursos de Nutrição realizado no ano de 1981 pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (MEC) comparou os currículos das universidades brasileiras com o proposto pela Comissão de Estudos e Programas Acadêmicos de Nutrição e Dietética na América Latina (Cepandal), que a partir de sua criação em 1973 passou a ser referência para as discussões acerca dos currículos dos cursos de graduação. Foi encontrada adequada carga horária das disciplinas das áreas biológica e multidisciplinar, que inclusive apresentavam-se acima das recomendações, enquanto que as disciplinas das áreas de ciências sociais e econômicas e de educação em saúde pública se encontravam abaixo do proposto (BRASIL, 1982).

Um estudo que analisou a grade curricular dos seis cursos de nutrição mais antigos do país, em 2002, reafirmou essa tendência, demonstrando a supremacia das ciências biológicas na formação, que representaram conjuntamente 26,57% da carga horária total, em detrimento das ciências humanas e sociais, que corresponderam, em média, a 8,58% da carga horária total dos currículos (CANESQUI & GARCIA, 2002). Recine et al. (2014), em estudo mais recentemente realizado mediante envio de questionários a todas as instituições do país, públicas e privadas, que ofertavam cursos de Nutrição, observaram um percentual de

horas/aula destinado às disciplinas de Saúde Pública (considerando apenas as obrigatórias), entre 12 e 44,5%; a maioria dos cursos, 72,2%, destinou, no máximo, 30% da carga horária total para as disciplinas consideradas da área de Nutrição e Saúde Pública. Esse resultado corrobora também com o encontrado por Alves & Martines (2016) ao analisarem um projeto pedagógico de curso e o seu alinhamento com as diretrizes que regem a profissão e sua atuação no SUS.

Seguindo o pensamento foucaultiano no que trata da subjetivação e constituição do sujeito, a disciplina proporciona a produção da individualidade a partir do controle exercido pelas instituições, nesse caso as universidades (FERREIRINHA & RAITZ, 2010). Ainda que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em nutrição resolvam que a formação do nutricionista tem por objetivo formar um profissional generalista - menos biologicista e tecnicista, com competência e habilidade de atuar para além da atenção dietética, atento às questões socioculturais que circundam os indivíduos e as coletividades, de maneira que a formação do nutricionista contemple as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS - os números referentes à inserção do nutricionista no mercado de trabalho refletem os resultados das pesquisas sobre a formação desse profissional, citadas anteriormente, que comprovam a ainda pouca interface entre nutrição e saúde pública (BRASIL, 2001).

Conforme o documento publicado no ano 2006 pelo Conselho Federal de Nutricionistas e Conselhos Regionais de Nutricionistas (CFN/CRN), onde se pretendeu revelar um retrato ampliado da situação dos nutricionistas no Brasil quanto sua formação e inserção profissional, dentre outros aspectos, observou-se que cerca de 40% dos entrevistados estavam alocados na área de Nutrição Clínica, seguindo-se os da área de Alimentação Coletiva (32,2%). As demais áreas apresentaram percentuais reduzidos. A Saúde Coletiva congregava 19% apenas no CRN-7, uma vez que nos demais a sua frequência foi inferior a 12%. Com relação às políticas públicas na área de alimentação e nutrição, 72,1% dos nutricionistas entrevistados revelaram algum conhecimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e 86,5% do Programa de Segurança Alimentar e Nutricional (PSAN), e o desconhecimento absoluto atingiu 27,9% e 13,5%, respectivamente. A atuação no SUS foi referida por 29,9% dos entrevistados, embora destes, 18,4% ainda estavam envolvidos e 11,5% já haviam deixado de participar desta política. Em relação à continuidade da formação após a graduação, RMS não constituiu prática

comum entre os nutricionistas, tendo-se encontrado entre os entrevistados que 82% não realizaram essa pós-graduação. O mesmo comportamento foi observado em relação aos cursos de especialização, mestrado e doutorado, cujos percentuais de não realização corresponderam, respectivamente, a 52,6%, 90,6% e 97,6% (CFN, 2006).

Ficam evidentes as inúmeras lacunas da formação em nutrição. São inúmeros os distanciamentos impostos pela graduação na formação de um profissional crítico, dotado da capacidade clínica comum, entendedor do ser humano na sua natureza biológica, psicológica e social, guiado em sua prática pelas diretrizes do SUS (RIBEIRO, 2001; MOTTA et. al, 2003; BOOG, 2008; SOARES & AGUIAR, 2010).

3 UMA CORRIDA DE COMITÊ E UMA LONGA HISTÓRIA – DOS CAMINHOS DO MÉTODO

Alice ficou olhando o cogumelo pensativamente, tentando saber quais eram os dois lados, pois como ele era perfeitamente redondo, isso era uma questão difícil. Finalmente estirou os braços em volta do cogumelo, o mais distante que pode um do outro, e tirou um pedaço de cada lado.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.19)

A origem desse trabalho surge nas inquietações e reflexões de uma experiência. Kastrup (2013) traz o conceito da experiência estética de John Dewey (1980) ao tratar da formação em saúde baseada nas vivências práticas, preceito orgânico proposto pela RIMS. Os autores abordam esse conceito como o “desenvolvimento clarificado e intensificado da experiência em geral” (2013, p. 158). É tida como uma experiência marcante, não facilmente esquecida, sinalada por sensações intensas, surgindo como a consumação de um movimento e a culminância de um processo.

Segundo Carvalho (2003), a experiência pode ser grande fonte de possibilidades para narrativa, tomando o auto-relato como ponto de encontro entre a vida íntima do indivíduo e sua inscrição numa história vivida. Portanto, a narrativa de cunho biográfico, ao se tornar discurso narrado pelo sujeito autor e protagonista, instaura sempre um campo de renegociação e reinvenção identitária. A narrativa, dentro da vertente do que podemos denominar de ciências sociais da saúde, passa a ser tomada como lócus privilegiado de análise da experiência, sendo considerada

uma forma universal de construção, mediação e representação do real que participa do processo de (re)elaboração de determinada experiência, dotando-a de novo significado e sentido, produzindo reflexões em cima do ocorrido. Logo, “as narrativas realizariam mediações entre o ‘interior’ e o ‘exterior’ ao ‘eu’ na relação ser-no-mundo” (CASTELLANOS, 2014, p. 1068).

Ao encontro da produção narrativa, na pesquisa-intervenção reside uma metodologia bastante utilizada no campo da saúde mental, que defende a não-separação sujeito/objeto, levando em consideração a implicação do pesquisador, a complexidade e a indissociabilidade da produção de conhecimento da atuação/intervenção (ROMAGNOLI, 2014). A noção de implicação não se resume aqui a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista, com os riscos que isso implica, além de contar com os aspectos afetivos do pesquisador na investigação. Tal método rompe com a ideia de neutralidade considerando que ambos, pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento se constituem no mesmo momento, no mesmo processo (PASSOS & BARROS, 2000). Sobre a pesquisa-intervenção, Paulon (2005, pg. 21) traz que esse delineamento assume a conotação de uma intervenção voltada para a produção de acontecimentos:

O acontecimento em foco na pesquisa-intervenção não se explica pelo estado de coisa que o suscita, mas pelo momento marcado por uma espontaneidade rebelde. Vai, por isso, sempre além daquelas condições que o criaram, produz a diferença, o inédito, um novo espaço-tempo.

A cartografia, método de pesquisa-intervenção fundamentada nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari, é portadora de certa concepção de mundo, pois pressupõe uma orientação intrinsecamente intuitiva do trabalho do pesquisador, de modo que não se faz por prescrição, por regra já pronta, nem com objetivos previamente estabelecidos. Todavia, também não se trata de uma ação sem direção. Sua intenção se dá na inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir (AMADOR & FONSECA, 2009; ROMAGNOLI, 2009; PASSOS & BARROS, 2015).

À vista disso, o método escolhido para dar rumo ao presente trabalho foi uma narrativa de inspiração cartográfica que tratará do encontro de uma nutricionista com

a saúde mental através da experiência em um programa de residência multiprofissional em saúde.

4 ENTRANDO NA TOCA DO COELHO - RESIDÊNCIA, RESISTÊNCIA, RESILIÊNCIA

- Naquela direção – disse o Gato, apontando com a pata direita – mora um Chapeleiro. E naquela – acrescentou, levantando a outra pata – mora a Lebre de Março. Visite um ou outro, tanto faz: ambos são loucos.
- Mas eu não quero me encontrar com gente louca – observou Alice.
- Você não pode evitar isso – replicou o Gato.
- Todos nós aqui somos loucos. Eu sou louco. Você é louca.
- Como sabe que eu sou louca? – indagou Alice.
- Deve ser – disse o Gato –, ou não teria vindo por aqui.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.74)

O que há entre o permitir e o permanecer, entre o encontro e o desencontro, aquilo que fica da desconstrução e o que se deixa para a construção? Do medo e excitação que pulsavam nas veias durante a longa queda na toca do coelho até o deleite nas estranhezas desse País das Maravilhas. São inúmeros os “Rs”, entre outras tantas consoantes e vogais, que me conduziram nesses dois anos de residência multiprofissional. Ao olhar com cuidado e atenção para esse conjunto de tempos – na tentativa de fazer caber nas palavras todas as nuances dessa aquarela de deslocamentos – é que elas me fogem, me escapam, como aquele coelho branco que corre pra longe, atrasado, antes mesmo de Alice terminar sua pergunta. É tarde!

A multiplicidade de vozes que ecoam dentro da RIMS me impressiona, e seguirá impressionando. Vozes de residentes, conversando com outras tantas vozes vindas de tutores, gestores, coordenadores, preceptores, trabalhadores e usuários, todas ecoando suas crenças, seu posicionamento ético-político e, nesse caso, seu entendimento dos processos de saúde/doença e de formação em saúde. Como o referido por Dallegrave & Kruse (2010), o processo que se dá durante a residência pode ser caracterizado como a capacidade de se envolver com algo, de se incomodar, o que é complexo e individual, por vezes solitário, por vezes na solidão. Nessa perspectiva, os autores trazem (2010, pg. 54) que:

Todos esses e, quem sabe, muitos outros constituíram, constituem e constituirão a RIMS. São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na contradição, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas *no olho do furacão*, outras *na ilha da fantasia*.

Não há uma hierarquia daqueles que falam sobre a Residência, não há o que considerar como mais ou menos importante, não há lugares mais ou menos autorizados. O que há são aqueles que falam, aquilo que é dito e discursos que se autorizam. E há mais: há a emergência, a constituição, a invenção disto que alguém achou importante chamar de Residência Multiprofissional em Saúde e que hoje combinamos que também chamaremos assim. E amanhã?

Portanto, é importante dizer que aqui transcorrerá um amontoado de sensações, fatos e reflexões, narrados por uma dessas tantas vozes. Essa história não pretende por si prescrever verdades, nem possui começo nem final claros, pois trata, conforme já dito, da culminância de um processo feito de movimento dentro dessa vivência de nome residência.

Andar nesse país de maravilhas pouco conhecidas para uma nutricionista recém-graduada, que aqui chamarei de saúde mental, não foi tarefa fácil. Retorno então ao início, narrando os primeiros passos que me levaram a ocupar esse lugar, de residente, nutricionista na saúde mental. Lugar que por vezes foi claro e sólido, por outras obscuro e hesitante. No entanto, a fim de justificar o distanciamento da minha formação com o cenário que me deparei ao iniciar na RIMS, ponto chave das discussões que seguirão, sinto aqui necessidade de contar o que vem antes desse início, descrevendo as disciplinas que me receberam no meu primeiro ano dentro da universidade: Anatomia Humana Aplicada à Nutrição (90h), Antropologia e Sociologia Alimentar (60h), Bioestatística (40h), Biofísica celular (40h), Bioquímica (120h), Bromatologia (60h), Citologia/Histologia/Embriologia (90h), Ética e Bioética (30h), Exercício Profissional do Nutricionista (60h), Genética/Evolução/Biologia Celular (60h), Informática (40h), Química Aplicada à Nutrição (90h). A proporção de disciplinas de ciências biológicas *versus* ciências sociais e humanas, claramente assimétrica, seguiu a mesma lógica nos três anos de curso restantes. Minha formação de caráter técnico e biomédico (excluindo aqui os desejos individuais que possibilitaram diálogos para além do currículo mínimo formal), é exemplo de que a universidade, em seu poder, produz assim subjetividade pela fôrma(ção) que oferece aos sujeitos que ali ingressam.

Nesse sentido, posso afirmar que o que me moveu nessa caminhada foi justamente esse descompasso, o paradoxo entre os paradigmas atuais do trabalho em nutrição – centrada no corpo que desfuncionaliza – e os outros tantos modos de ofertar cuidado que a prática profissional voltada à saúde, e não à doença, possibilita. Pude descobrir que, diferente de outros modelos de atenção com os

quais eu estava habituada a ver e ouvir, a saúde mental brasileira, nascida do movimento da Reforma Psiquiátrica, carrega em suas entranhas o cuidado centrado no sujeito e seu contexto, sua história. Pouco ouvi sobre o lugar da loucura, hospícios, drogadição, luta antimanicomial e cuidado em liberdade às pessoas em sofrimento psíquico em minha graduação, o que poderia me levar a crer que nenhum ponto de intersecção houvesse entre minha especialidade e a saúde mental. De certa forma, sinto que aí se abrem brechas para a reprodução da lógica dos manicômios dentro da universidade, uma lógica presente numa sociedade onde o doente mental é o único doente que não tem direito de ser doente porque é definido como perigoso para si mesmo e para os outros (VASCON, 1985). Portanto, poderíamos aqui pensar que: se não tem direito de ser doente, se não pode de alguma forma ser *tratado* através das interações metabólicas do que se come, e portanto não se encaixa no conteúdo programático da disciplina de Terapia Nutricional e Fisiologia na Prática Clínica e Cirúrgica, por que falar dele em um curso de nutrição afinal? Entendo que, ao romper com o manicômio, a prática de cuidado na saúde mental rompe também com a prática exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas – que é também lógica de outras instituições de saúde onde o saber técnico sufoca o sujeito – ao investir na clínica que ao invés de debruçar-se sobre o paciente, põe as pessoas de pé (LANCETTI, 2006). Aí reside o fascínio pelas maravilhas desse país que felizmente vim a descobrir ao longo da RIMS.

Devo dizer que, ao entrar pela primeira vez em um CAPS, dispositivo central da efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fui invadida por uma maré de questionamentos, internos e externos, a respeito do papel que ali eu desenvolveria. No imaginário dos profissionais que me recebiam estava descrito uma série de possibilidades que refletem representações sociais da categoria, centrada na prescrição de dietas e supervisão e cálculo dos cardápios das refeições ali distribuídas (CAMOSSA et al., 2012), denotando a dureza de uma formação que valoriza, em grande parte como dito anteriormente, o saber proveniente da ciência tradicional. Cardápio? Ambulatório? Dieta? Oficina culinária? Eu, carregada das bagagens obtidas na graduação e nas minhas experimentações profissionais, boa parte desenvolvidas na área clínica, também me fazia os mesmos questionamentos. Travava-se ali uma batalha entre o que foi aprendido e o que era (des)aprendido.

O aprendido nas instituições formadoras se dá através de um regime de verdades constituído por séries discursivas, onde os enunciados, verdadeiros ou

não, estabelecem o pensável como um campo de possibilidades fora do qual nada faz sentido – ao menos até que se estabeleça outro regime de verdade (HENNIGEN & GUARESHI, 2006). Estas mesmas instituições buscam definir conceitos através da ciência tradicional, orientadas pelo discurso efetuado pela ciência. Para Foucault (1999), o discurso pode ser entendido como um conjunto de coisas ditas, enunciados apoiados na mesma formação discursiva. A prática enunciativa não se trata de uma operação expressiva de um indivíduo, mas um conjunto de regras anônimas, históricas, que definem as condições de exercício da função enunciativa. Veicula-se, portanto um discurso da regra “natural”, que normatiza e disciplina, referindo-se a um horizonte técnico cuja sua jurisprudência é a de um saber clínico (FOUCAULT, 1999).

“Mas o que tem a ver nutrição com saúde mental?”, eu ouvi, uma ou muitas vezes, dos que são externos a esse processo que aqui narro. “Ah então *lá* tu diz o que os ‘louquinhos’ *podem* comer?”. Tais expressões me levam a dois pensamentos: o quanto o lugar da loucura segue rejeitado, *lá*, distante, apartado da sociedade dita “normal”; e a posição de poder em que minha formação me coloca. De muitos usuários recebi nesses dois anos o pedido de uma lista constando os alimentos que eles *podiam* e os que não *podiam* comer. Uma usuária, muito chocada com nossos atendimentos pouco convencionais, em sua ótica, certa vez me disse: “eu achei que tu ia *mandar* eu não comer!”. Outra me solicitou: “preciso que tu me *cobre* pra eu me *controlar*”. Controle, poder, mandos e desmandos. Basaglia (1985), ao denunciar em sua obra as atrocidades recorrentes nos manicômios, atesta justamente a ideia de que o perfeccionismo técnico-especializado consegue que o rejeitado aceite sua inferioridade social, de forma que se constrói uma sociedade organizada a partir da divisão entre os que têm (os donos no sentido concreto e também, nesse caso, os donos do saber científico) e os que não têm.

Foucault aproxima *saber* e *poder* numa quase fusão. As relações de *força* constituem o *poder*, ao passo que as relações de *forma* constituem o *saber*. O poder se dá numa relação flutuante, apoiando-se no próprio diagrama estabelecido pela relação diferencial de forças. Pelo contrário, o saber se estabelece e se sustenta em elementos formais, nas matérias e conteúdos, sendo dessa forma apreensível, ensinável, domesticável. Poder e saber se entrecruzam no sujeito, e tal cruzamento é operado através do discurso. O sujeito aqui é visto como derivado de práticas sociais, econômicas, culturais, políticas: ele não faz a história, é construído

pela mesma, de variadas formas, em diferentes épocas; ele é um efeito das práticas de significação. Desse modo, quem somos – o que se costuma chamar de identidades ou de subjetividade – se estabelece através de jogos de força, de relações de poder, numa constante busca pela imposição de determinados significados (HENNIGEN & GUARESHI, 2006).

É assim a governamentalidade, que segundo Rose (1998), refere-se ao conjunto de instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem o exercício de uma forma complexa e específica de poder sobre a população. Nesse sentido o autor traz que o processo de governamentalização está vinculado ao papel dos *experts*, nesse caso nós enquanto profissionais de saúde, detentores de determinado conhecimento científico, na criação e administração das tecnologias da subjetividade – compreendendo aqui a ideia de processo de subjetivação como aquilo que está sendo permanentemente constituído culturalmente, via interpelações discursivas e lutas pela imposição de significações. As estratégias de regulação da conduta seriam, portanto, colocadas sob a responsabilidade da *expertise*, estimulando a subjetividade no sentido de promover autoinspeção e autoconsciência, moldando desejos, promovendo o que Rose (1998) nomina como “o governo da alma”.

A prática do cuidado psicossocial se esforça para ir de encontro às condutas permeadas pelo poder tão disseminadas nas instituições de saúde. Crê-se em um modo de cuidar no qual o sujeito ganha ênfase, sendo protagonista do seu tratamento (LIMA et al, 2013). Lancetti (2006) denomina de “clínica artesanal” os procedimentos desenvolvidos com usuários da saúde mental, que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais e, com isso, tornam-se força instituinte, violando a práxis instituída. Para tanto, investe-se em uma clínica comum, onde todo profissional de saúde, independentemente da habilitação técnica obtida como resultado de um curso de graduação na área, atua no âmbito terapêutico – isto é, exerce práticas terapêuticas, busca a terapia das circunstâncias que geram a necessidade de uso das suas ações profissionais e dos serviços de saúde (CECCIM, 2004). Grande parte das experiências da nutrição nesse cenário é isolada, pouco discutida e compartilhada, e muitas repetem o fazer tradicional da profissão, segmentado e estritamente biomédico.

Como exemplo prático, tomamos a própria RIMS. Em um breve levantamento a partir dos editais de doze programas de residência multiprofissional em saúde da

região metropolitana de Porto Alegre e Vale dos Sinos, é sabido que até o ano de 2016 foram disponibilizadas 42 vagas para nutricionistas graduados nesse modelo de formação. Dessas, 21 vagas são destinadas a áreas de ênfase na nutrição clínica, de caráter hospitalar; 20 à atenção primária e saúde coletiva; e uma vaga na ênfase saúde mental – a oferecida pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, aonde vim a compor a primeira turma de residentes. Ao iniciar nos campos de prática, inicialmente os CAPS do município de São Leopoldo/RS, fui surpreendida com o fato de não haver nenhum profissional nutricionista inserido nos serviços, até aquele momento. Minha preceptora – profissional que recebe o residente no campo de atuação e o acompanha enquanto referência durante seu processo prático e pedagógico no que concerne o ensino em serviço – seria então uma nutricionista locada na rede de atenção básica. Em menos de dois anos de RIMS, três nutricionistas ocuparam o papel de preceptor na saúde mental. É preciso dizer que aceitar dar vida a esse papel é definitivamente desafiador, ao considerarmos sua inconstância um analisador da formação do nutricionista.

Rememoro, com isso, meu próprio memorial descritivo, que elaborei para o processo seletivo da RIMS, no qual pude expor meu interesse por literatura, arte e cultura, meu encantamento pela relação da vida humana para além de suas funcionalidades orgânicas, em consonância com seu ambiente e contexto externo. Todavia, neste mesmo documento tive o cuidado de descrever todas minhas atribuições protocolares, repletas de técnicas e ferramentas, nos espaços por onde passei. E aqui? O que me cabe? Qual é o meu papel? A pergunta que durante boa parte de meu R1 ecoou em minha fala, em meu pensamento e nas reuniões de preceptoria e tutoria foi: por que eu(nutricionista) estou aqui?

Era muito mais agradável lá em casa”, pensou a pobre Alice, “quando não se estava sempre crescendo ou diminuindo desse jeito, nem recebendo ordens de ratos e coelhos. Quase chego a desejar não ter entrado nessa toca do Coelho... e apesar disso... e apesar disso... é tão curiosa essa espécie de vida!

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País da Maravilhas (p.41)

4.1 Depoimento de Alice

– Muito estranhíssimo! Muito estranhíssimo! – gritou Alice (a surpresa era tanta que por um momento ela se esqueceu de falar direito).

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País da Maravilhas (p.19)

O momento em que o R1 se transforma em R2 é que me dou conta do *tamanho* que tomei. No reflexo do meu espelho não me vejo maior no sentido *técnico*, ou enquanto *especialista*, pois não é disso que trata a vida, os processos de formação, ou não é disso que trata esse processo. Cresci nesse turbilhão chamado de residência integrada multiprofissional em saúde ao aprender fazer combustível do meu aprendizado a emoção, que muitas vezes perpassou pela alegria, pelo sofrimento, pela insegurança. Quando tudo o que estava acomodado se desacomodou foi quando corri para grandes pessoas, para grandes autores, foi quando tomei um posicionamento político e me vi lutar por ele, foi quando refleti e fui crítica comigo mesma e com meus pares, quando compreendi que eu não tinha certeza nenhuma de quase nada e que *desaprender* era preciso e *inventar* era necessário.

Afinal, transitar na clínica que chamamos “comum” exige um certo grau de desaprendizado e de inventividade, pois aí afirmamos seu caráter transdisciplinar, considerando o plano da clínica não como um domínio identitário fechado nos limites de uma disciplina, mas como um plano que se realiza por entre os domínios do conhecimento (PASSOS & BARROS, 2000). Assim possibilitamos a criação de outras formas de fazer saúde e outras formas de relação com a realidade do território e dos usuários, sem muros construídos pela atribuição de cada profissional, mas que de maneira nenhuma cabe na lista dos mais fáceis afazeres.

Nos serviços da RAPS por onde passei enquanto residente, eu, assim como todos meus colegas, residentes ou não, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, educadores físicos, estagiários, atendentes e educadores sociais, recebíamos diariamente usuários com suas histórias de tentativa de suicídio, surto psicótico, depressão severa, uso de crack, permeadas pelo crime, pela violência, pelo rompimento de todos os laços familiares e afetivos. Histórias de uma vida na rua, ou na margem da vida. A desterritorialização inquieta, intimidada, descortina nossos corações (LANCETTI, 2006). Se entendermos aqui a prática clínica tradicional como um território de andar seguro, o cuidar na saúde mental, em contato com esses sujeitos, me fez despir de todo meu montante de ferramentas de trabalho – fitas antropométricas, balanças, estadiômetros, fichas de avaliação nutricional, fórmulas matemáticas –, e investir o corpo na relação terapêutica.

Em um atendimento com um usuário do CAPS álcool e outras drogas (CAPS ad) de quem eu era referência no serviço, conversamos quase que unicamente sobre uma de suas paixões, a música. Ele foi embora naquele dia com um sorriso no rosto me dizendo o quanto era importante para ele saber que havia alguém disposto a ouvi-lo. Ainda no CAPS ad, num espaço idealizado inicialmente por mim e por minha colega nutricionista R1, juntamente com alguns usuários, para criação de uma horta no pátio do serviço, um deles nos disse: “a nutrição vai muito além do alimento, esse espaço, por exemplo... ele nutre a mente e alma!”. Num outro encontro desse mesmo projeto da horta, que se estendeu para jardinagem de toda a área física do CAPS, uma participante, moradora de rua e usuária de crack, me disse enquanto juntávamos as folhas secas do jardim e colocávamo-nas em sacos de lixo: “sabe, na rua as pessoas olham pra gente como bandido, drogado, marginal. Agora aqui a gente pode deixar tudo limpo, bonito, e mostrar que a gente que fez isso, que a gente é capaz de fazer isso”. Poucos instantes depois, ela entrevistou com um colega que estava triste, pois tinha discutido com outro usuário. Ali no pátio, em meio às folhas.

No CAPS II, realizei um atendimento individual com uma usuária, com obesidade grave, já acompanhada pelo serviço há anos. Seu pedido era para conversar a sós comigo sobre os problemas todos que o excesso de peso lhe causava. Logo de início, ela informou que precisava me contar de onde surgiu sua compulsão por comida e, então, contou-me parte de sua história que nunca havia mencionado para ninguém no serviço, e que provavelmente era responsável por grande parte dos problemas que ali ela vinha tratar, decorrentes de um quadro depressivo crônico grave. Acompanhei-a individualmente e em espaços coletivos durante todo o período em que estive no CAPS II, e no meu último dia recebi dela um abraço e uma rosa vermelha, dos quais jamais vou esquecer. Nesse mesmo dia, último de CAPS II, a mãe de um usuário de minha referência, bastante idosa, me ofereceu sua casa pra sempre que eu quisesse ir almoçar ou posar com ela.

Em outro dia, de volta ao espaço da horta, um usuário ao se referir a mim e minha colega, disse que acreditava que nós havíamos “pulado o caminho”, pois ele, na sua concepção de vida, havia tido de passar por muitas situações difíceis pra “aprender” aquilo que nós estávamos ali defendendo junto a ele. Nesse dia registrei no meu diário de campo: o encontro é transformador. Refletindo sobre a colocação do usuário e as demais situações aqui narradas, entre outras tantas guardadas na

memória, penso que o meu *tamanho*, toda construção de prática e conhecimento que obtive até aqui, só foi possível através dos inúmeros encontros, feitos de corpos, abraços, afetos e saberes, e até mesmo os desencontros que se deram no caminhar nesse “país”. Afinal é deles que emerge a minha capacidade de me envolver, de me afetar e de me implicar. Por isso, finalizo esse aglomerado de sensações com o questionamento que agora ecoa: por que eu (sujeito, profissional de saúde, nutricionista) *NÃO* estaria aqui?

– Presente! – gritou Alice, esquecendo totalmente, com a excitação do momento, o quanto tinha crescido nos últimos minutos.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País da Maravilhas (p.143)

4.2 Conselhos de uma lagarta

A Lagarta e Alice olharam-se por algum tempo em silêncio. Finalmente, a Lagarta tirou o narguilé da boca e perguntou, em voz languida e sonolenta:

– Quem é você?

– Eu... eu... nem eu mesmo sei, senhora, neste momento... eu... enfim, sei quem eu era, quando me levantei hoje de manhã, mas acho que já me transformei várias vezes desde então.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País da Maravilhas (p.51)

Dentre tantas as vozes que urgem, tento identificar no presente qual a minha maior urgência. Avaliando os processos ocorridos nesses quase dois anos, trago na minha voz essa urgência, a de sustentar a permanência desse pequeno espaço em um programa de residência, para assim, de alguma forma garantir que outras Alices como eu aventurem-se nesse país de maravilhas e de estranhezas. A formação do nutricionista caminha, mesmo que a vagarosos passos, para uma mudança de paradigmas, apontando então para a necessidade de profissionais generalistas, de postura política, implicados nas questões sociais que permeiam o cenário onde ele atua. Nesse contexto, a saúde mental se abre como uma possibilidade de inserção desse profissional, assim como de estudantes, promovendo a (des)construção das práticas de trabalho no SUS.

É claro que nem só de maravilhas se faz esse país. A saúde mental da maneira que se constitui hoje no Brasil também enfrenta uma série de problemáticas, pois o trabalho exige um repensar diário e uma elevada capacidade de lidar com a frustração. Nós, profissionais de saúde de uma maneira geral, deixamos a universidade subjetivados através de um discurso simétrico, prontos

para executar de maneira exímia esse e aquele protocolo. Dessa maneira, há o grande risco de cairmos no normativo, desconectando-nos do sistema de saúde, distanciando-nos da ação na complexidade do território, deixando de nos afetarmos pelo número de internações psiquiátricas, de homicídios e suicídios, assim como outras formas de violência. Dessa forma, corremos o grande risco de não conseguir priorizar o cuidado aos pacientes mais difíceis, forçando-os a adaptarem suas demandas às ofertas do serviço, e não o contrário. Corremos o risco de fazer dos CAPS instituições que, conforme dito por Lancetti (2006, p. 47) “envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida se torna cinzenta, infantilizada e os profissionais são regidos pelas dificuldades e se enclausuram em diversas formas de corporativismo”. Por isso, a inserção de novos profissionais e a implicação de novos atores nessa cena se tornam tão importantes, para sempre pensarmos onde estamos e para onde queremos ir.

Hoje percebo que ao buscar definir o papel do nutricionista nesse contexto imensamente complexo que é a saúde mental – minha grande urgência em certo momento passado –, nos arriscamos num caminho de limites, inibindo a criação e construção nesse espaço que proporciona o diálogo com múltiplos saberes. Esse lugar, que hoje ocupo apenas enquanto residente, assim como uma nuvem que é vista, porém não é palpável, *existe*. Existe não de maneira prescrita, mas nos entremeios do trabalho que dão margem ao fazer saúde e, assim, fazer nutrição a partir da realidade vivida no dia a dia, nos encontros.

E amanhã? Do amanhã não sei dizer, afinal disso não se faz um fim, apenas um começo. Mais um entre tantos.

– Ah, eu tive um sonho tão esquisito! – disse Alice. E pôs-se a contar à irmã, até quando podia lembrar, todas essas estranhas aventuras que vocês acabaram de ler. E quando terminou sua irmã beijou-a, dizendo: – Foi um sonho bem curioso, sem dúvida, minha querida; mas agora corra, é hora do chá, e já está ficando tarde. – Alice levantou-se e saiu correndo, pensando, enquanto corria, que sonho maravilhoso tinha sido aquele.

Lewis Carroll, As Aventuras de Alice no País das Maravilhas (p.40)

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Mauro; FEUERWEKER, Laura Camargo. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.
- ALVES, Cristina Garcia Lopes; MARTINEZ, Maria Regina. Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.
- AMADOR, Fernanda; FONSECA, Tânia Mara Galli. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 61, 2009.
- BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco (org). **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: RJ, Edições Graal, 1985.
- BOOG, Maria Cristina Faber. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, 2008.
- BRASIL. **3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Trabalhadores de saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, de gestão, de educação e de participação**. Brasília: DF, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 5, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 335, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2003**.
- BRASIL. **Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. **Ministério da Educação e Cultura. Os Cursos de Nutrição no Brasil: Evolução, Corpo Docente, Currículo**. Brasília: DF, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca): saúde um direito de todos e um dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 198/GM EM 13 DE FEVEREIRO 2004**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: DF, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. Ciências Sociais e Humanas nos Cursos de Nutrição. In: CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez (org). **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível.** Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2005.

CARROLL, L. **Aventuras de Alice no País das Maravilhas.** São Paulo: Círculo do Livro AS, 1986.

CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermanêutica. **Horizontes Antropológicos**, v. 9, n. 19, 2003.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Salvador, v. 19, n. 4, 2014.

CASTRO, Josué. **Geografia da Fome.** 10 ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a Perspectiva *Entre-Disciplinar* na Produção dos Atos Terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro, Hucitec, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Inserção Profissional dos Nutricionistas no Brasil.** Brasília, DF, 2006.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. In: FARJADO, Anayr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; FASINI, Vera Lúcia (org). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, 2010.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 2, 2010.

FEUERWEKER, Laura Camargo. Estratégias para a mudança na graduação das profissões de saúde. **Cadernos da ABEM**, v.2, n. 1, 2006.

FEUERWEKER, Laura Camargo. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. 5 ed. São Paulo: Edição Loyola, 1986.

HENNIGEN, Inês; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A subjetivação na perspectiva dos estudos culturais e foucaultianos. **Psicologia da Educação**. São Paulo, v. 26, 2006.

KASTRUP, Virgínia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: COPAZZOLO, Ângela Aparecida; CASETTO, Sidnei José, HENZ, Alexandre de Oliveira (org). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: SP, Hucitec Editora, 2013.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 10 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

LIMA, Ana Izabel Oliveira et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da Atenção Primária. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2013.

LIMA, Ana Izabel Oliveira; SEVERO, Ana Kalliny; ANDRADE, Nathaly da Luz; SOARES, Gabriela Pinheiro; SILVA, Larissa Melo da. O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. **Temas em Psicologia**. Natal, v. 21, n. 1, 2013.

MERHY, Emerson Elias. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp-Baixada Santista. In: COPAZZOLO, Ângela Aparecida; CASETTO, Sidnei José, HENZ, Alexandre de Oliveira (org). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: SP, Hucitec Editora, 2013.

MOTTA, Denise Giacomo da; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de; BOOG, Maria Cristina Faber. A formação universitária em nutrição. *Pro-Posições*, v. 14, n. 1, 2003.

OPSAN/UNB, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutricional. **Consenso Sobre Habilidades e Competências do Nutricionista no Âmbito da Saúde Coletiva**. Brasília: DF, 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexer: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, 2014.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2015.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n.1, 2000.

PAULON, Simone Mainieri. A Análise de Implicação na como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção. **Psicologia & Saúde**, v. 17, n. 3, 2005.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

QUEIROZ, Marcos de Souza. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, 1986.

RAMOS, Alexandre de Souza; BÚRIGO, André Campos; CARNEIRO, Carla; DUARTE, Caroline Castanho; KREUTZ, Juliano André; RUELA, Helifrancis Condé Grôppo. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Multiprofissionais em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: DF, 2006.

RECINE, Elisabetta et al. Saúde Coletiva nos cursos de Nutrição: análise de projetos político-pedagógicos e planos de ensino. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 6, 2014.

RIBEIRO, Ana Cristina Miguez. Os novos paradigmas e a formação do profissional nutricionista. **Revista Diálogo Educacional**, v. 2, n. 4, 2001.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 2, 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n.1, 2014.

ROSE, N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: Silva, T. T. (org.). **Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu**. Petrópolis, Vozes, 1998.

SOARES, Nadia Tavares; AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 5, 2010.

VASCON, Nino. Introdução Documentária. In: BASAGLIA, Franco (org). **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: RJ, Edições Graal, 1985.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; CALADO, Carmen Lúcia de Araújo. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, 2011.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes; FILHO, Malaquias Batista. História do Campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, 2011.