

DOI: <https://doi.org/10.26694/jcshu-ufpi.v9i2.8663>

FORMAÇÃO PARA O SILÊNCIO: QUANDO O NUTRICIONISTA CALA O PACIENTE PAGA A CONTA

TRAINING FOR SILENCE: WHEN THE DIETITIAN STAYS SILENT, THE PATIENT PAYS THE PRICE

Hoberdânia Araújo Queiroz¹, Maria das Graças Freire de Medeiros².

¹ Residência médica em Nutrição - Programa de Residência Multiprofissional em Alta Complexidade da Universidade Federal do Piauí, UFPI, Brasil. Graduação em Nutrição pelo Centro Universitário Santo Agostinho, UNIFSA, Brasil. e-mail: mares.de.dania@gmail.com  

² Doutorado em Biotecnologia – RENORBIO pela Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil. Professora associada da Universidade Federal do Piauí atuando no Curso de Graduação em Farmácia e no Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da UFPI. e-mail: mgfmedeiros@hotmail.com  

RESUMO

Objetivo: Refletir criticamente sobre as práticas cotidianas que moldam a atuação do nutricionista em ambientes de alta complexidade, a partir de um relato de experiência contrastante entre uma residência multiprofissional e um estágio externo, à luz do arcabouço legal e das evidências científicas. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência reflexivo, construído a partir da vivência pessoal da autora em dois cenários formativos no Sistema Único de Saúde: uma residência multiprofissional em Alta Complexidade e um estágio externo em instituição hospitalar especializada. A análise foi conduzida com base na legislação das residências em saúde, no Código de Ética do Nutricionista e em literatura científica sobre interprofissionalidade e segurança do paciente. **Resultados:** A residência caracterizou-se por um modelo tecnicista-burocrático, com preceptoria limitada ao ensino de sistemas e planilhas, desestímulo ao exame físico, ao vínculo com o paciente e à participação nos rounds, além de ausência de avaliação formativa. Em contraste, o estágio externo adotou um modelo clínico-colaborativo, com exigência de conduta baseada em evidências, atuação interprofissional efetiva e avaliação transparente com feedback individualizado. **Conclusão:** A omissão do nutricionista na equipe multiprofissional não é uma fatalidade, mas resultado de escolhas formativas e institucionais que violam preceitos ético-legais e comprometem a segurança do paciente crítico. A experiência do estágio externo demonstra que é possível reverter esse quadro por meio da qualificação da preceptoria, da institucionalização da avaliação e do resgate do protagonismo técnico da categoria.

Descritores: Nutricionista; Alta Complexidade; Equipe Multiprofissional; Residência; Formação Profissional; Ética Profissional.

ABSTRACT

Objective: To critically reflect on the everyday practices that shape the dietitian's role in high-complexity care settings, based on a contrasting experience report between a multiprofessional residency program and an external internship, in light of the legal framework and scientific evidence. **Methods:** This is a reflective experience report built from the author's personal trajectory in two training scenarios within the Brazilian Unified Health System: a multiprofessional residency in High Complexity and an external internship at a specialized hospital. The analysis was grounded on residency legislation, the Dietitian's Code of Ethics, and scientific literature on interprofessionality and patient safety. **Results:** The residency was marked by a technical-bureaucratic model, with preceptorship limited to teaching hospital systems and spreadsheets, discouragement of physical examination, patient bonding, and active participation in rounds, as well as absence of formative assessment. Conversely, the external internship adopted a clinical-collaborative model, requiring evidence-based practice, effective interprofessional engagement, and transparent evaluation with individualized feedback. **Conclusion:** The dietitian's omission within the multiprofessional team is not a fatality but the result of educational and institutional choices that violate ethical and legal precepts and jeopardize critically ill patient safety. The external internship experience demonstrates that this scenario can be reversed through qualified preceptorship, institutionalized assessment, and reclamation of the profession's technical protagonism.

Descriptors: Dietitian; High Complexity Care; Multiprofessional Team; Internship and Residency; Professional Training; Ethics, Professional.

Correspondência: Hoberdânia Araújo Queiroz. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: isabellycristinaa@hotmail.com.

Editado por:
Gabriela Lustosa Said Uchoa
Marcelo Cunha de Andrade
Revisado/Avaliado por:
Daniella Mendes Pinheiro

Como citar este artigo (Vancouver):

Queiroz HA, Medeiros MGF. Formação para o silêncio: quando o nutricionista cala o paciente paga a conta. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2026 [acesso em: dia mês abreviado ano]; JCS HU-UFPI. Maio - Ago. 2026; 9(2):e-8663. DOI: <https://doi.org/10.26694/jcshu-ufpi.v9i2.8663>

Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* [Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



INTRODUÇÃO

O profissionalismo é um conceito fundamental nas sociologias do trabalho, sendo historicamente utilizado para definir a identidade, a independência e o valor social de diferentes categorias profissionais. Ele não é fixo, mas sim influenciado por dinâmicas institucionais que transformam o mundo do trabalho atual. Isso se manifesta tanto como profissionalismo ocupacional, que surge "de dentro" dos grupos como um mecanismo de autorregulação, quanto como profissionalismo organizacional, um discurso gerencial focado no controle e na padronização. Essa tensão entre a afirmação autônoma da expertise e a subordinação às lógicas burocrático-gerenciais proporciona uma perspectiva analítica eficaz para entender os desafios que profissões da saúde, como a nutrição, enfrentam ao se inserirem em ambientes de alta complexidade⁽¹⁾.

Nesse contexto, a atuação em equipes multiprofissionais se torna essencial para melhorar o cuidado com o paciente crítico. Uma pesquisa examinou o impacto de um modelo de gestão nutricional multidisciplinar padronizado para pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os resultados mostraram que a intervenção com uma equipe composta por médicos intensivistas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e radiologistas aumentou consideravelmente a taxa de suporte nutricional precoce (69,7% para 89,39%;), melhorou os indicadores nutricionais e reduziu o tempo de internação na UTI. Esses resultados fortalecem a prova de que a colaboração interprofissional estruturada melhora a oferta da terapia nutricional e tem um impacto positivo nos desfechos clínicos⁽²⁾.

O contexto da pandemia de COVID-19 evidenciou de forma ainda mais contundente a importância do trabalho conjunto da equipe de suporte nutricional. Uma pesquisa de base populacional, que incluiu 13.103 pacientes críticos com COVID-19, demonstrou que a presença de Equipes Multidisciplinares de Suporte Nutricional formadas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas clínicos, foi relacionada a

uma diminuição de 40% na taxa de mortalidade hospitalar. Essa evidência empírica evidencia que a presença de uma equipe de suporte nutricional bem estruturada é um fator crucial para a sobrevivência de pacientes gravemente enfermos⁽³⁾.

Apesar da solidez das evidências que comprovam a importância do nutricionista em ambientes de alta complexidade, a realidade da formação de especialistas em certos contextos institucionais parece seguir um caminho diferente. A residência multiprofissional em saúde, estabelecida pela Lei n.º 11.129/2005 e regulamentada pela Resolução CNRMS n.º 5/2014, é considerada o padrão-ouro para a formação especializada, devendo oferecer ao profissional as habilidades técnicas, éticas e relacionais indispensáveis para uma prática clínica de alto nível. Por outro lado, o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista (Resolução CFN n.º 599/2018) determina que é dever do profissional "exercer a profissão com dignidade e eficiência, valendo-se da ciência da nutrição" e "manter-se atualizado quanto aos conhecimentos e práticas necessários ao bom andamento do processo de trabalho"⁽⁴⁻⁶⁾.

No entanto, a literatura aponta para lacunas importantes na capacitação do nutricionista para trabalhar em equipes multiprofissionais, principalmente no que diz respeito à qualidade da preceptoria, à institucionalização da avaliação formativa e ao aprimoramento de habilidades para a advocacia do paciente nas reuniões clínicas. A ausência do profissional nesses contextos não representa apenas uma falha pessoal, mas também uma violação de normas éticas e legais, que pode ter consequências prejudiciais tanto para a segurança do paciente quanto para a imagem social da profissão⁽¹⁻⁴⁾.

Diante desse panorama, o presente artigo tem como objetivo refletir criticamente sobre as práticas cotidianas que moldam a atuação do nutricionista em ambientes de alta complexidade, a partir de um relato de experiência contrastante entre uma residência multiprofissional e um estágio externo, à luz do arcabouço legal e das evidências científicas.

MÉTODOS

Este é um relato de experiência reflexivo, elaborado com base na vivência pessoal da autora durante sua formação em Nutrição Clínica de Alta Complexidade. A pesquisa não incluiu a coleta sistemática de dados com pessoas, restringindo-se à análise narrativa da trajetória formativa da pesquisadora. Portanto, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016, artigo 1º, parágrafo único, inciso VII, este estudo não requer avaliação por um Comitê de Ética em Pesquisa. Para respeitar os princípios éticos de confidencialidade, o anonimato das instituições e dos profissionais citados foi mantido⁽⁷⁾.

O percurso formativo analisado compreende dois cenários distintos, vivenciados sequencialmente entre os anos de março de 2024 e fevereiro de 2026, ambos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Contexto da Residência Multiprofissional

A vivência da residência aconteceu dentro de um programa de residência multiprofissional em saúde focado em Alta Complexidade, associado a um hospital universitário situado em uma das capitais da região Nordeste brasileira. O programa, que tem duração de dois anos e carga horária semanal de 60 horas, dividia suas atividades entre cenários práticos, como enfermarias de cuidados críticos e setores de atenção a pacientes com condições clínicas complexas e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, e atividades teóricas e teórico-práticas. A supervisão das atividades era realizada por nutricionistas do hospital, designadas como preceptoras, enquanto a coordenação acadêmica ficava a cargo de um docente vinculado à universidade parceira do programa.

Práticas Cotidianas e Preceptorias na Residência

As preceptoras guiavam a rotina da residente. A formação inicial abrangeu a operação de dois sistemas de gestão hospitalar informatizados, o preenchimento de planilhas eletrônicas (Microsoft Excel) e a busca de protocolos clínicos na intranet da instituição. As

preceptoras defendiam uma abordagem clínica que se limitava a ir ao leito do paciente, perguntar sobre suas preferências e aversões alimentares, alergias ou intolerâncias, doenças crônicas não transmissíveis e hábitos intestinais, e encaminhar essas informações ao serviço de nutrição e dietética para a adequação do cardápio. Não se realizava, ensinava nem se incentivava o exame físico nutricional. As preceptoras desaconselhavam a criação de vínculos com os pacientes, alegando que isso poderia resultar em demandas extras. A fala “não conversa muito com paciente se não eles ficam inventando um monte de coisas” era recorrente.

A participação nas reuniões multiprofissionais era controlada por instruções claras: posicionar-se fora do campo de visão do médico plantonista e restringir a comunicação verbal à informação sobre o cumprimento ou não da meta proteica. Expressões como “falar o mínimo possível” e “não vamos discutir com o médico” eram frequentes. Não se abordava sistematicamente conteúdos técnicos fundamentais, como avaliação bioquímica detalhada, interpretação de exames de imagem voltados à nutrição, interações entre fármacos e nutrientes e cálculo de dietas parenterais. Ao serem questionadas sobre a nutrição parenteral, as preceptoras declaravam que era uma responsabilidade do médico nutrólogo. Não havia debate de casos clínicos entre preceptoras e residentes, e a presença em reuniões cirúrgicas ou de Projeto Terapêutico Singular (PTS) era desencorajada com o pretexto de que “eu não vou ficar correndo atrás de médico, se quiser falar sobre o paciente que venham onde eu estou”.

Em relação à avaliação acadêmica, a residente não obteve nenhuma devolutiva formal ao longo de todo o programa. Ao final dos dois anos, constatou-se a ausência de registros de notas no sistema acadêmico da universidade. As dificuldades encontradas foram relatadas à Responsável Técnica do serviço de nutrição, à coordenação do programa e à ouvidoria hospitalar, mas nenhuma ação corretiva foi tomada.

Práticas Cotidianas e Preceptoria no Estágio Externo

De acordo com o regimento interno do programa de residência, que permite e estabelece diretrizes para estágios externos, a residente cumpriu um período de 60 dias em outra instituição hospitalar especializada em atendimento de alta complexidade. Nesse contexto, a supervisão e as expectativas em relação ao trabalho do nutricionista variavam consideravelmente.

A preceptora do estágio externo demandava uma conduta profissional fundamentada nas diretrizes clínicas atuais e em evidências científicas. Era necessário ter conhecimentos em diagnóstico por imagem voltado à nutrição, domínio na avaliação física nutricional, interpretação de parâmetros bioquímicos, farmacodinâmica e farmacocinética, identificação e manejo de interações fármaco-nutriente, além de habilidades para atuação interprofissional e advocacia pelo paciente. A rotina envolvia a discussão diária de casos clínicos, passagens de plantão organizadas e envolvimento ativo nas reuniões de equipe, ocasiões em que a perspectiva do nutricionista era frequentemente requisitada e valorizada.

A cultura organizacional da instituição de estágio externo valorizava o aprendizado do residente como um indicador de qualidade institucional, reconhecendo que o profissional levará o nome da instituição para o mercado de trabalho. Todo o pessoal: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas participam ativamente do processo de ensino de todos os residentes.

Ao final do estágio, a preceptora conduziu uma reunião individual com a residente para uma avaliação formal. Ela explicou minuciosamente cada nota dada nos diversos domínios de competência, ressaltando os

pontos fortes e as áreas a serem desenvolvidas, de acordo com a legislação atual para programas de residência⁽⁵⁾.

Análise dos Dados

A análise da experiência foi realizada com base no arcabouço legal que regulamenta as residências multiprofissionais em saúde: Lei n.º 11.129/2005, Resolução CNRMS n.º 5/2014, Portaria Interministerial MEC/MS n.º 2.117/2005 e nos marcos ético-profissionais da nutrição Resoluções CFN n.º 599/2018 e n.º 600/2018. A fundamentação teórica foi embasada em literatura científica a respeito de profissionalismo, interprofissionalidade e segurança do paciente. Essa literatura foi obtida por meio de uma busca não sistemática nas bases PubMed e SciELO, utilizando os descritores "Nutricionista", "Alta Complexidade", "Equipe Multiprofissional", "Residência", "Formação Profissional" e "Ética", em português e inglês^(4-6, 8-9).

RESULTADOS

A comparação das duas experiências de formação, a residência multiprofissional e o estágio externo, possibilitou a identificação de dois modelos diferentes de prática e de preceptoria em nutrição clínica de alta complexidade. Para facilitar a sistematização, esses modelos receberam as denominações de modelo tecnicista-burocrático e modelo clínico-colaborativo. As características observadas em cada cenário são sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização comparativa dos modelos de prática e preceptoria em nutrição clínica de alta complexidade vivenciados pela autora. Teresina, PI, Brasil, 2024-2026.

Dimensão	Modelo Tecnicista-Burocrático (Residência)	Modelo Clínico-Colaborativo (Estágio Externo)
Abordagem ao paciente	Limitada a questionar preferências alimentares; exame físico desencorajado.	Exame físico nutricional realizado; avaliação clínica integral.

Conteúdos técnicos ensinados	Sistemas informatizados, planilhas, protocolos institucionais.	Diagnóstico por imagem, interações fármaco-nutriente, farmacocinética, cálculo de parenteral.
Participação em rounds	Orientação para "falar o mínimo possível"; sentar fora do campo de visão do médico.	Participação ativa; opinião consultada e respeitada; advocacia pelo paciente.
Atribuição da nutrição parenteral	Delegada ao médico nutrólogo.	Exercida como atribuição privativa do nutricionista.
Discussão de casos clínicos	Ausente entre preceptoras e residentes.	Diária, com participação de toda a equipe.
Relação com a equipe multiprofissional	Isolamento; ausência em reuniões cirúrgicas e de PTS.	Integração efetiva; nutricionista reconhecido como membro essencial.
Avaliação do residente	Inexistente; sem registros de notas ou feedback.	Formal, transparente, com devolutiva individualizada e orientações de melhoria.
Cultura institucional	Treinamento para invisibilidade; discurso de desvalorização.	Formação como indicador de qualidade; valorização do ensino.

Fonte: Elaborado pela autora com base na vivência relatada.

A vivência na residência destacou uma rotina em que a função do nutricionista se limitava a atividades operacionais como preenchimento de planilhas, uso de sistemas e repasse de informações à cozinha ao passo que habilidades clínicas fundamentais, como avaliação bioquímica detalhada, interpretação de exames de imagem e manejo de interações fármaco-nutriente, não eram ensinadas nem incentivadas. Durante os dois anos do programa, a falta de avaliação formativa e feedback foi uma constante, e a residente não recebeu nenhuma devolutiva sobre seu desempenho.

Por outro lado, o estágio externo se destacou pela necessidade de uma conduta profissional fundamentada em diretrizes clínicas e evidências científicas. A preceptora exigia conhecimentos avançados e incentivava a participação ativa nas reuniões multiprofissionais, em que a visão do nutricionista era não só considerada, mas também respeitada e incorporada ao plano terapêutico. A avaliação foi realizada de maneira clara, com reuniões individuais para discutir cada nota e fornecer orientações específicas para melhoria.

DISCUSSÃO

A análise da experiência contrastante entre os dois cenários de prática em alta complexidade revela tensões que vão além da vivência individual e se inscrevem no cerne da formação do nutricionista especialista no Brasil. A análise desses resultados, considerando o referencial teórico-conceitual e legal utilizado, possibilita a obtenção de insights significativos sobre os processos que mantêm a desvalorização da profissão e sobre a função do nutricionista na equipe multiprofissional de cuidados intensivos.

A tensão entre o modelo tecnicista-burocrático e o modelo clínico-colaborativo

O modelo identificado na residência, denominado tecnicista-burocrático, é caracterizado pela priorização do cumprimento de tarefas padronizadas e da produção de registros, em vez do raciocínio clínico, da tomada de decisão conjunta e da interação relevante com o paciente e a equipe. Nesse modelo, o nutricionista é visto como um operador de sistemas, com sua contribuição clínica sendo reduzida ou atribuída a outros profissionais. Por outro lado, o modelo clínico-colaborativo, experimentado no estágio externo, se destaca pela centralidade do

paciente, pela adoção da Prática Baseada em Evidências (PBE), pela valorização da interprofissionalidade e pela responsabilização compartilhada pelo cuidado. Nesse modelo, o nutricionista é considerado um integrante essencial da equipe, cuja experiência é levada em consideração e respeitada nas discussões de caso⁽¹⁰⁾.

A literatura confirma a primazia do modelo colaborativo. Uma pesquisa que analisou o entendimento sobre terapia nutricional (TN) em UTIs revelou lacunas consideráveis entre médicos e enfermeiros, particularmente em relação às ferramentas de triagem nutricional. Isso destaca a importância da presença e do envolvimento ativo do nutricionista na equipe para melhorar a qualidade do atendimento. A organização das ações da equipe multiprofissional, por outro lado, mostrou ser eficiente para ampliar o conhecimento dos profissionais e diminuir complicações associadas à TN, evidenciando que a colaboração estruturada melhora a segurança do paciente. A ausência do nutricionista nesse cenário não representa apenas uma falha ética individual, mas também uma perda significativa em relação à qualidade do atendimento e aos resultados clínicos⁽¹¹⁻¹²⁾.

A revisão integrativa que avaliou o desempenho da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) revelou que, dos 16 artigos analisados, somente um indicou um resultado negativo relacionado à presença da EMTN. Os principais resultados positivos abrangeram o aumento da oferta de calorias e proteínas, a redução de complicações metabólicas, a utilização mais apropriada da nutrição parenteral, a diminuição de custos hospitalares e melhores resultados em relação ao tempo de internação e taxa de mortalidade. Esses resultados corroboram a sugestão de que essas equipes sejam estabelecidas e promovidas nos hospitais como um padrão de qualidade no atendimento, no entanto é imperativo que tais equipes sejam efetivas e não apenas figurativas⁽¹⁰⁾.

A avaliação negligenciada como sintoma de uma gestão disfuncional

A falta de notas no sistema acadêmico e a ausência de feedback das preceptoras não são simples descuidos administrativos; representam uma violação clara dos marcos regulatórios que regem as residências multiprofissionais e indicam uma gestão disfuncional do programa. A Resolução CNRMS n.º 5/2014, que trata da duração e da carga horária dos programas, determina que os residentes devem passar por avaliações regulares, com critérios claros e feedback formativo. A residência é estabelecida como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu sob supervisão docente-assistencial pela Portaria Interministerial MEC/MS n.º 2.117/2005. A descon sideração dessas exigências legais prejudica o objetivo formativo da residência, convertendo-a em um período de trabalho precário, sem os indispensáveis processos de ensino-aprendizagem e avaliação^(5, 8).

A literatura recente sobre preceptoria destaca a relevância da avaliação formativa como uma ferramenta pedagógica fundamental. Um estudo que descreve uma intervenção em um programa de residência multiprofissional enfatiza que a introdução de ferramentas de monitoramento e avaliação formativa conseguiu mudar a realidade local, aprimorando os processos de ensino e trazendo benefícios tanto para preceptores quanto para residentes. Quando realizada de maneira sistemática e transparente, a avaliação possibilita ao residente reconhecer seus pontos fortes e fragilidades, orientando seu crescimento profissional de forma consciente e direcionada. Por outro lado, a falta desse processo deixa o residente sem direção, sem critérios para avaliar seu próprio progresso e sem a orientação necessária para ajustar sua trajetória. Além disso, a conivência da coordenação do programa com essa omissão representa uma séria falha de gestão, colocando a instituição formadora em uma posição vulnerável a questionamentos legais e éticos^(13, 14).

O paradoxo da (des)valorização profissional e a omissão como profecia autorrealizável

Um dos aspectos mais intrigantes do relato é o discurso recorrente das preceptoras de que "a categoria da nutrição não é valorizada no hospital", em contraste com sua própria postura de evitar as responsabilidades clínicas e de orientar as residentes a "falar o mínimo possível" durante as reuniões. Esse fenômeno pode ser interpretado como um paradoxo da (des)valorização profissional: embora se queixem da falta de reconhecimento, as profissionais adotam comportamentos que contribuem diretamente para a invisibilidade e a desvalorização da nutrição na equipe. Isso perpetua a situação de baixo reconhecimento social e a falta de compreensão sobre seu papel, que já foi documentado na literatura⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, a omissão profissional atua como uma profecia autorrealizável. Ao se abster de se manifestar, de apresentar evidências que respaldam a prática nutricional e de participar das discussões de caso, o nutricionista transmite à equipe a percepção de que sua presença é dispensável ou de menor importância. Esse mecanismo, conhecido na sociologia como o processo em que uma crença inicialmente falsa gera comportamentos que a fazem parecer verdadeira, cria um ciclo vicioso: quanto menos a categoria é apresentada e expressa tecnicamente, menos é ouvida e reconhecida. Isso é corroborado por estudos que indicam que muitos profissionais de saúde desconhecem a função do nutricionista ou nunca solicitam sua opinião. Quanto menos é ouvida, mais se sente desvalorizada; e quanto mais se sente desvalorizada, mais tende a se afastar e a se omitir. Para quebrar esse ciclo vicioso, é essencial uma mudança de comportamento, tanto pessoal quanto coletiva, baseada na habilidade técnica e na confiança para proteger o paciente^(16, 4).

O Código de Ética e Conduta do Nutricionista, ratificado pela Resolução CFN n.º 599/2018, é explícito ao determinar que o profissional deve "exercer a profissão com dignidade e eficiência, valendo-se da ciência da nutrição" e "manter o indivíduo sob sua

responsabilidade profissional [...] informado quanto à assistência nutricional". A atitude mencionada no relato de não realizar o exame físico do paciente, de não criar vínculo terapêutico, de não se pronunciar nas reuniões de equipe e de delegar tacitamente responsabilidades exclusivas (como o cálculo da nutrição parenteral) a outro profissional caracteriza, no mínimo, negligência e violação dos princípios éticos que orientam a profissão. Como o próprio Conselho define, a infração ético-disciplinar pode se manifestar tanto por ação quanto por omissão, mesmo que se dê na forma de participação ou convivência⁽⁶⁾.

O silêncio institucional e a perpetuação de práticas iatrogênicas

A omissão não se limita apenas ao nível individual das preceptoras; ela abrange tanto a administração do programa quanto à instituição de formação. A afirmação de que a coordenação do programa e a responsável técnica do setor ignoram o problema para encobrir os erros de seus colegas indica uma cultura institucional que aceita e, ao fazer isso, valida comportamentos profissionais inadequados e violações das regras educacionais. Esse silêncio institucional é especialmente preocupante, pois perpetua um ciclo de formação inadequada, no qual as novas gerações de nutricionistas são inseridas em uma cultura de omissão e falta de compromisso com a excelência técnica⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Os efeitos desse silêncio vão além dos limites da instituição educacional. Os residentes que terminam o programa sem adquirir as competências necessárias para atuar em alta complexidade entrarão no mercado de trabalho sem estar preparados para exercer plenamente suas funções. Isso representa um risco significativo para a segurança dos pacientes que estarão sob seus cuidados no futuro. A literatura sobre segurança do paciente é abundante em evidências de que a comunicação ineficaz entre os membros da equipe e a ausência de padronização de procedimentos são fatores principais que contribuem para eventos adversos em ambientes de cuidados intensivos. A ausência do nutricionista na análise de

uma interação fármaco-nutriente que pode ser grave, por exemplo, pode resultar em sérias consequências clínicas, como falha no tratamento, toxicidade medicamentosa ou deterioração do estado nutricional⁽²⁰⁾.

Proposição de novos entendimentos: a formação como ato político e ético

Refletir sobre essa experiência contrastante possibilita sugerir uma nova perspectiva acerca da formação do nutricionista em alta complexidade: a residência não se resume a um período de treinamento técnico com remuneração precária; é, essencialmente, um ato político e ético. A maneira como o residente é instruído (ou não) a se posicionar na equipe, a defender o paciente, a embasar suas ações em evidências e a se relacionar com outras categorias profissionais forma não só suas habilidades individuais, mas também a identidade e o reconhecimento social da profissão^(14, 15).

A formação de um nutricionista que se omite, não examina o paciente, não calcula a parenteral e "fala o mínimo possível" nas reuniões não é uma falha neutra ou inofensiva; ela é a reprodução, no nível da prática cotidiana, de uma lógica de desvalorização e de subalternidade que historicamente marcou a inserção da nutrição no campo da saúde. Para romper com essa lógica, é necessário um despertar coletivo de consciência e uma ação coordenada que abranja desde a revisão dos currículos e dos processos de avaliação até a responsabilização ética e legal dos preceptores e gestores que perpetuam essas práticas⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A vivência do estágio externo comprova que é viável criar uma cultura de ensino e prática completamente distinta, onde o nutricionista é visto como um integrante essencial da equipe, e onde a capacitação do residente é considerada um sinal de qualidade institucional. Esse contraste mostra que a desvalorização da nutrição não é inevitável, mas sim consequência de decisões pessoais, institucionais e políticas que podem e precisam ser questionadas e mudadas^(12,13).

Caminhos para a transformação

A crítica aos modelos de prática e formação apresentados não pode se limitar à denúncia; é necessário propor soluções práticas para mudar a realidade descrita. As seguintes propostas são agrupadas por categorias de atores, fundamentadas no arcabouço legal e nas evidências científicas.

O primeiro e mais importante passo para a mudança na atuação do nutricionista em alta complexidade está na própria profissão. O comportamento de omissão e subalternidade descrito no relato não é uma imposição externa inevitável; trata-se, em grande medida, de uma escolha, embora influenciada socialmente, que pode ser revertida por meio de um processo deliberado de resgate da identidade clínica e de afirmação do protagonismo técnico. O Código de Ética e Conduta do Nutricionista determina que o profissional deve atuar com dignidade e eficácia, utilizando a ciência da nutrição, além de se manter atualizado em relação aos conhecimentos e práticas essenciais para o bom desenvolvimento do processo de trabalho. Além disso, a definição precisa das responsabilidades exclusivas do nutricionista, que inclui a prescrição de terapia nutricional enteral, parenteral e oral, enfatiza a importância de que o profissional utilize plenamente suas competências legais e técnicas^(6, 9).

O Artigo 6º, inciso VII, do Código de Ética estabelece que é dever do profissional "manter-se atualizado quanto aos conhecimentos e práticas necessários ao bom andamento do processo de trabalho". Em alta complexidade, essa questão ética se torna ainda mais premente, levando em conta a velocidade com que as evidências científicas são atualizadas e a gravidade das repercussões de uma prática ultrapassada. Participar ativamente das reuniões de equipe multiprofissionais não é uma opção, mas um dever ético e técnico. Por outro lado, a organização das ações da equipe multiprofissional diminui complicações e melhora os resultados clínicos, demonstrando que uma comunicação eficiente e um

posicionamento técnico são fundamentais para a segurança do paciente^(6, 11, 12).

A melhoria da gestão dos programas de residência é fundamental para aprimorar a formação do nutricionista em alta complexidade. A Resolução CNRMS n.º 5/2014 determina que os residentes devem passar por avaliações regulares, utilizando critérios claros e oferecendo devolutivas formativas. É questionável um profissional com especialização Lato Sensu formar um pós-graduado Stricto Sensu. A escolha de preceptores deve seguir critérios rigorosos de competência técnica e formação, experiência clínica comprovada e compromisso com a formação de novos profissionais. A literatura recente mostra que a implementação de ferramentas de monitoramento e avaliação formativa pode mudar a realidade local, melhorando os processos de ensino e trazendo benefícios tanto para preceptores quanto para residentes. Além disso, pesquisas indicam que muitos preceptores têm um conhecimento limitado sobre metodologias ativas e práticas colaborativas, o que evidencia a necessidade de formação pedagógica contínua. Além disso, a administração dos programas deve lidar com obstáculos como a resistência à qualificação pessoal dos preceptores, à adoção de metodologias ativas e a demanda por formação de tutores e preceptores, além da criação de mecanismos de monitoramento da qualidade. Isso inclui ouvidorias ativas, comissões de acompanhamento que cumpram efetivamente suas funções e auditorias periódicas eficazes, com responsabilização transparente e real de preceptores e gestores que descumprem suas responsabilidades^(5, 13,14, 17, 18).

Para os Conselhos de Fiscalização Profissional: O Sistema CFN/CRN deve: (a) aumentar a supervisão da atuação dos nutricionistas que atuam como preceptores, avaliando a qualidade do ensino oferecido e a conformidade com evidências científicas e normas profissionais; (b) criar, em colaboração com entidades de classe e instituições de ensino, diretrizes específicas para a formação de nutricionistas em alta

complexidade, estabelecendo as competências mínimas a serem adquiridas durante a residência^(5, 6).

Para as instituições formadoras e o Ministério da Educação, recomenda-se: (a) rigor nos processos de credenciamento e credenciamento de programas de residência, levando em conta denúncias de má prática de ensino como sinal de baixa qualidade; (b) valorização da preceptoria efetiva, com remuneração diferenciada, carga horária garantida para ensino, capacitação pedagógica e reconhecimento como critério para progressão na carreira. A mudança na formação e na atuação do nutricionista em alta complexidade requer uma colaboração sinérgica entre todos esses envolvidos. O contraste entre a residência omissa e o estágio qualificado evidencia que a excelência é alcançável quando existe compromisso, competência e responsabilidade coletiva⁽⁵⁾.

Limitações do estudo

Esta reflexão se fundamenta em um relato de experiência único, não sendo suscetível de generalização estatística. A natureza não empírica impede a realização de afirmações sobre a frequência dos fenômenos mencionados em outros programas de residência. Apesar disso, a riqueza do relato e sua conexão com questões amplamente debatidas na literatura sobre formação em saúde conferem a esta reflexão um valor investigativo para destacar tensões que, embora não sejam generalizáveis, também não podem ser ignoradas.

Contribuições para a prática e formação

Embora tenha limitações, esta reflexão traz contribuições significativas: (a) para a prática clínica, enfatiza a importância de recuperar o protagonismo técnico do nutricionista, aderindo à PBE e participando ativamente das reuniões de equipes de saúde; (b) para a formação profissional, destaca a urgência em aprimorar a gestão dos programas de residência, institucionalizando a avaliação formativa; (c) para as políticas de gestão, indica a necessidade de reforçar a fiscalização pelos CRN e de uma atuação mais rigorosa do MEC nos processos de credenciamento.

CONCLUSÃO

Esta reflexão teórica, baseada em um relato de experiência comparativa entre uma residência multiprofissional e um estágio externo, demonstrou que a ausência do nutricionista em uma equipe de alta complexidade não é uma fatalidade, mas o resultado de decisões formativas e institucionais que podem e devem ser alteradas. O objetivo de refletir criticamente sobre as práticas diárias que moldam a atuação desse profissional foi atingido, revelando dois modelos opostos: o tecnicista-burocrático, que perpetua a invisibilidade e o silêncio, e o clínico-colaborativo, que garante a segurança do paciente e o reconhecimento interprofissional.

A análise revelou que a formação para o silêncio marcada pela falta de ensino de habilidades clínicas fundamentais, ausência de avaliação formativa e desestímulo ao posicionamento nos rounds infringe normas éticas e legais, especialmente o Código de Ética do Nutricionista e as diretrizes das residências em saúde, além de representar um risco assistencial significativo para o paciente crítico. Por outro lado, a experiência do estágio externo confirmou a possibilidade de uma prática profissional ética, tecnicamente competente e interprofissionalmente engajada, na qual a formação do residente é reconhecida como um sinal de qualidade institucional.

Portanto, fica claro que a desvalorização da nutrição em ambientes de alta complexidade não é um destino inevitável, mas sim o resultado de uma cultura de omissão. Essa situação deve ser combatida por meio da qualificação da preceptoria, da institucionalização da avaliação e do resgate do protagonismo técnico da categoria. No entanto, a mudança desejada não depende apenas de mudanças estruturais ou normativas; ela começa, principalmente, com atitudes individuais de inconformismo e busca ativa por uma formação de excelência.

Que a vivência de uma residente que se negou a ser "garçonete" e que se esforçou para aprender o "jeito correto de atuar", apesar de todas as dificuldades, sirva de inspiração para que outros não aceitem a mediocridade e lutem diariamente por uma nutrição clínica ética, competente e genuinamente dedicada ao cuidado integral do paciente de nível terciário. A atitude de procurar conhecimento em outros lugares, questionar práticas consolidadas e recusar-se a ser cúmplice da própria desvalorização profissional é, por si só, um ato de resistência e o primeiro passo para a mudança da realidade.

REFERÊNCIAS

1. Evetts J. Professionalism: value and ideology. *Curr Sociol.* 2013;61(5-6):778-96. doi: <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
2. Shunxia S, *et al.* Effect of a multidisciplinary nutrition management model in patients with critical illness: a randomized trial. *Nurs Crit Care.* 2024;29(2):417-26. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12986>
3. Song IA, *et al.* Implementation of a multidisciplinary nutritional support team and clinical outcomes in critically ill patients with COVID-19. *Clin Nutr.* 2024;43(2):315-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.12.008>
4. Brasil. Lei nº 11.129, de 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 de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2005 jul 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em 01 de março de 2026.
5. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas

modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União. 2014 nov 10.

Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32132647/do1-2014-11-10-resolucao-n-5-de-7-de-novembro-de-2014-32132495. Acesso em 05 de março de 2026.

6. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2018 mar 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/5734076/do1-2018-03-01-resolucao-n-599-de-25-de-fevereiro-de-2018-5734072. Acesso em 10 de março de 2026.

7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 2016 maio 24. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 03 de março de 2026.

8. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação. 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. Diário Oficial da União. 2005 nov 4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/pri2117_03_11_2005.html. Acesso em 01 de março de 2026.

9. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2018 mar 1. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/5734078/do1-2018-03-01-resolucao-n-600-de-25-de-fevereiro-de-2018-5734074. Acesso em 09 de março de 2026.

10. Freires GG, Ceniccola GD, Falcomer AL, Castro MG. Avaliação da atuação da equipe multiprofissional de terapia nutricional em nutrição enteral e parenteral.

BRASPEN J. 2022;37(1):14-20. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.1.14>

11. Menezes AC, *et al.* Conhecimento de médicos e enfermeiros sobre terapia nutricional em unidades de terapia intensiva. BRASPEN J. 2025;40(1):45-52. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2025.40.1.08>

12. Santos BC, *et al.* Sistematização das condutas da equipe multiprofissional na terapia nutricional: impacto na redução de complicações. BRASPEN J. 2025;40(1):33-41. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2025.40.1.06>

13. Oliveira DR, *et al.* Avaliação formativa em programas de residência multiprofissional: relato de uma intervenção transformadora. Rev Bras Educ Med. 2024;48(2):e056. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2023-0124>

14. Costa AB, *et al.* A avaliação formativa como ferramenta de qualificação do ensino em residências multiprofissionais. Interface (Botucatu). 2024;28:e230145. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.230145>

15. Oliveira MJF, Araújo AIS, Mazer VBS. Papel do nutricionista em uma equipe de saúde hospitalar multiprofissional: percepção e expectativas de seus integrantes. BRASPEN J. 2023;38(3):236-42. doi: <https://doi.org/10.37111/braspenj.2023.38.3.08>

16. Carvalho PSF, Gomide NPB, Coutinho AR, Naves X. A profecia autorrealizadora sob a óptica da Análise do comportamento. Acta Comport. 2018;26(4):521-32. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2745/274560188007/>. Acesso em 07 de abril de 2026.

17. Guimarães CP, Damascena ACG, Santos BF, Ferreira DMS. O Papel dos preceptores na formação dos residentes multiprofissionais em saúde: uma revisão integrativa. Health Resid J. 2025;6(32):e1156. doi: <https://doi.org/10.51723/hrj.v6i32.1156>

18. Gomes DC, Seima MD, Capistrano FC, Serafim GML. Gestão de programa de residência multiprofissional em saúde: dos desafios às estratégias de melhorias. Temas Educ Saúde. 2023;19:e023018. doi: <https://doi.org/10.26673/tes.v19i00.18650>

19. Silva SB, Lima GC, Dias IMA, Silva MV, Lira CS. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2016;10(4):215-27. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1854>

20. Leite HP, Carvalho WB, Santana e Meneses JF. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. *Rev Nutr.* 2005;18(6):777-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000600009>

Fontes de financiamento: Não

Conflito de interesse: Não

Recebido: 15/04/2026

Aprovado: 17/08/2026

Publicação: 28/09/2026