

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PAÔLA CARVALHO SILVA**

**RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:  
EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO E DESAFIOS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PAÓLA CARVALHO SILVA**

**RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:  
EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO E DESAFIOS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Profa. Ms. Jackeline Kércia de Souza Ribeiro**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO E DESAFIOS** de autoria do aluno **PAÔLA CARVALHO SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Ms. Jackeline Kércia de Souza**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe Maria das Dores de Carvalho  
pelo incentivo constante e pelo exemplo de vida.  
Aos enfermeiros que se desafiam no  
processo de ensino-aprendizagem.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me guiar neste caminho árduo, porém rico em aprendizado.

À Nossa Senhora, minha mãe querida, pela proteção em todos os momentos.

À amiga enfermeira Cristina Costa Holanda pelo companheirismo e por compartilhar este desafio.

Ao enfermeiro Creto Valdivino da Silva pelo exemplo de profissionalismo durante a condução da Coordenação da Residência de Enfermagem do Hospital Regional de Taguatinga e por ter acreditado e oportunizado a implantação deste projeto.

Aos residentes de enfermagem em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional de Taguatinga por compartilharem o desafio de aprender a aprender.

Ao amigo Micáilovitch André Ferreira pela exímia revisão e normalização deste trabalho.

A professora. Ms. Jackeline Kércia de Souza pela disponibilidade na orientação.

A todos que contribuíram de diferentes formas para a realização deste estudo.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 UM BREVE HISTÓRICO DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL .....</b>	<b>4</b>
<b>5 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM UTILIZANDO METODOLOGIAS ATIVAS: CONCEITOS.....</b>	<b>10</b>
<b>9 AVALIAÇÃO E DESAFIOS.....</b>	<b>21</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>30</b>
ANEXO A: Termo de Concordância da chefia da unidade.....	31
ANEXO B: Termo de Concordância da direção do hospital.....	32

## RESUMO

As causas externas correspondem, no Brasil, ao maior gasto médio e custo por dia de internação. No Distrito Federal, no ano de 2013, houve 17.675 internações devido a causas externas (12,24% do total de internações), o que correspondeu a um custo anual de R\$ 17.365.416,25, cerca de R\$ 1.000,00 por internação. As fraturas acontecem como consequência deste quadro levando o cliente a afastar-se de suas atividades cotidianas, às vezes, por longos períodos. Considerando todo este impacto na saúde brasileira, decidiu-se pela criação da Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional de Taguatinga com o objetivo de contribuir na formação de enfermeiros, para assistir o cliente ortopédico de forma sistematizada e integral. Para isso, optou-se pelo desafio em utilizar as metodologias ativas como apoio no processo de ensino-aprendizagem, no qual o residente é convidado a ser o protagonista do conhecimento. A tecnologia de concepção foi utilizada, pois o trabalho é um produto de um projeto desenvolvido possível de ser aplicado em outros contextos, como um disparador para reflexões. Os resultados foram positivos e as fragilidades encontradas serviram como uma oportunidade de aprendizado e superação.

Palavras-chave: Especialização. Enfermagem ortopédica. Aprendizagem baseada na experiência.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o crescimento dos acidentes e da violência têm refletido na organização estrutural e econômica do sistema de saúde. No país, as causas externas correspondem a um maior gasto médio e custo-dia de internação do que as causas naturais (LIMA et al., 2012).

Segundo dados do DATASUS, no Brasil, até novembro 2013, houve quase 11 milhões de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), das quais 1.039.305 (9,45%) foram decorrentes de causas externas, com um gasto anual de cerca de R\$ 1,2 bilhão. No Distrito Federal, no mesmo ano, houve 17.675 internações devido a causas externas (12,24% do total de internações), o que correspondeu a um custo anual de R\$ 17.365.416,25, cerca de R\$ 1.000,00 por internação.

O crescimento da violência, do uso abusivo de drogas lícitas ou não, dos veículos automotivos nas ruas e até mesmo da expectativa de vida são alguns fatores que explicam o grande impacto que o trauma ortopédico vem causando na saúde da população brasileira.

Muller (2005) e Freitas (2008 apud LIMA et al., 2012) consideram que o abuso de bebidas alcoólicas e o tráfego intenso de veículos contribuem para o aumento da violência, assim como, a construção de apartamentos cada vez mais altos e de habitações não adaptadas para idosos e crianças, influenciam na ocorrência de acidentes domésticos.

Conforme o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), entre os meses de janeiro a novembro de 2013, ocorreram 5.694 internações causadas por fraturas em Brasília. Dentre essas, 798 ocorreram no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), ocupando a terceira posição em números de cirurgias osteomusculares. Em um total de 10.226 realizadas na cidade, 1.183 aconteceram neste hospital ficando atrás somente do Hospital Regional do Gama (1.791) e o SARAH-Brasília (1.683).

Diante deste panorama, a formação de profissionais de enfermagem especializados se torna imprescindível. Não com o objetivo de fragmentar a assistência, e sim de torná-la mais fundamentada e individualizada. Como contextualiza Vieira (1998 apud AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004), com a crise do modelo cartesiano, a visão reducionista e dicotomizada cedem lugar a um conhecimento pautado nos diversos saberes, em um olhar generalista e integrado do indivíduo e na melhora da compreensão do ambiente.

Oliveira (2007) considera que a integralidade funciona como dispositivo crítico para a formação do profissional, tornando-o agente transformador na produção de um cuidado eficaz, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários e na construção de saberes a partir das experiências vividas no trabalho. Nesta perspectiva, Albuquerque (2008) afirma que os espaços de interseção entre serviço e ensino são de grande importância para formação em saúde e para consolidação do SUS. O conhecimento é construído e difundido a partir da reflexão nos cenários de prática. Neles, também existem conflitos e dificuldades que mobilizam a construção de estratégias de superação.

Ao experimentar, a partir de 2007, a rotina de uma Unidade de Traumatologia e Ortopedia, percebemos, na prática, o reflexo das causas externas na saúde da população brasileira e o alto nível de complexidade que caracteriza esse serviço, tanto pela pluralidade de seus aparatos, quanto pela especificidade dos clientes. Um problema que vivenciávamos era a dificuldade em referenciar os pacientes de alta, principalmente os que se encontravam com fixadores externos, para a atenção primária. Apesar da necessidade destes pacientes em realizar curativos, porém os mesmos não eram absorvidos pelo Centro de Saúde, e sim referenciados para a unidade hospitalar. Sendo o desconhecimento da equipe de saúde a justificativa predominante para a não assistência a este paciente.

Diante deste contexto, concluímos que a demanda por profissionais especializados para a implementação de uma assistência fundamentada e sistematizada ao cliente ortopédico, se fazia necessária.

Como uma forma de oportunizar a formação de enfermeiros por meio da vivência prática neste serviço e objetivando um olhar integral e individualizado do enfermeiro ao cliente portador de alterações musculoesqueléticas, que resolvemos, aceitar o desafio de implementar a Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional de Taguatinga do Distrito Federal. Para estimular os residentes à visão crítica da realidade, optamos pelo uso de metodologias ativas na condução dos nossos trabalhos.

Chirelli (2002) considera que a utilização de uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem possibilita um ensino contextualizado, proporcionando uma aprendizagem significativa e transformações nos sujeitos envolvidos. Na dimensão de um profissional crítico, reflexivo, compromissado e consciente do seu papel na formação de um cidadão ativo.

A especialização nos moldes de residência proporciona ao enfermeiro a imersão no sistema de saúde, o que possibilita uma integração multiprofissional e uma vivência da realidade dos usuários, levando o profissional a assisti-lo em suas necessidades.

Para Silva (2013), o título de especialista pode ser obtido através da realização de Cursos de Especialização *lato sensu* ou através de prova de títulos realizadas por associações, sociedades profissionais e pela ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem). Porém, a mesma acredita, que a Residência, por ter como essência, o treinamento em situações reais de trabalho vinculado a uma discussão acadêmica, é uma formação de excelência para qualificar, especializar e atualizar enfermeiras, além de facilitar a transição de enfermeira recém-graduada para uma especialista.

Acreditando na importância deste processo, o presente estudo tem como objetivo, relatar a experiência de implantação da Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional de Taguatinga-SES/DF, desde a sua criação aos desafios enfrentados.

## **2 UM BREVE HISTÓRICO DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BRASIL**

O Curso de Residência teve sua origem nos EUA, em 1889, por Willian Malested, como uma modalidade de ensino cujo objetivo era complementar a formação teórica e prática dos médicos recém-formados (LOPES, 1998 apud AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004). No Brasil, a residência médica ganhou proporções em meados da década de 40 (CANNATO, 1999 apud AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004).

Em 1961, ocorre o surgimento da residência de enfermagem no Brasil, no Hospital Infantil do Morumbi São Paulo, na área de pediatria, com o objetivo de complementar a formação do enfermeiro recém-graduado, de acordo com o mercado de trabalho (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004).

Em 1973, surge o segundo curso de especialização - Modalidade Residência - na área de enfermagem médico-cirúrgica na Universidade Federal da Bahia. Em seguida, a Universidade Federal de Pernambuco, em 1974, a Universidade Federal Fluminense, em 1975, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em 1976, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, em 1977, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1978, o Hospital Barros Barreto, no Pará, em 1977 e a Universidade Federal da Paraíba, em 1978, também implantaram seus programas (LOPES, 2000 apud FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Diante das demandas advindas deste contexto, foi realizado em 1978, o Seminário sobre Residência de Enfermagem, pela Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio de Janeiro, onde foram definidos os objetivos da residência, tais como aprimorar a prática profissional do enfermeiro ao mercado de trabalho profissional e elevar o padrão de assistência prestada nas instituições (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004).

No ano de 1993, o programa foi instalado na Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo (SP), e em 1995 no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (SCHIVARDI, 1997; BARROS, 2000 apud FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Em 1999, o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos

interessados em criar as residências em saúde da família. A proposta era criar um modelo de Residência Multiprofissional, preservando as especialidades de cada profissão acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integralmente com todas as profissões da saúde.

A Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde foi instituída pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que conforme o artigo 13, constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltado para a educação em serviço destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

A educação multiprofissional e especializada em serviço é uma das propostas defendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como resposta à construção da diretriz constitucional do Atendimento Integral na composição de ações e serviços de saúde e sua integração em rede. A defesa da multiprofissionalidade na composição do perfil profissional aparece junto à interdisciplinaridade, nos argumentos do trabalho em equipe, da abordagem biopsicossocial na assistência e à introdução dos conceitos de prevenção, promoção e proteção à saúde, e não apenas a ausência de doença (CECCIM, 2009).

Bastable (2008), corrobora com o exposto, relacionando a disponibilidade do enfermeiro em trabalhar colaborativamente com a equipe para promoção de uma educação consistente e de alta qualidade ao público que servem.

### **3 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a residência de enfermagem foi iniciada no ano de 2001 no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN); em 2005, no Hospital Regional de Taguatinga (HRT); no ano de 2012, no Hospital Regional do Gama (HRG); em 2013, no Hospital Regional do Paranoá (HRPa) e finalmente, em 2014, no Hospital Regional da Ceilândia (HRC).

Em 24 de junho de 2008, a Portaria nº 124 da SES, criou o regulamento que disciplina as atividades pertinentes aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nesta instituição. No artigo 2º, em seu parágrafo único, diz que os programas realizar-se-ão nas unidades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e de outras instituições mediante convênio, sob a responsabilidade técnico-administrativa da respectiva Comissão de Residência em Área Profissional da Saúde de cada Hospital ou Diretoria Geral de Saúde e a Coordenação Geral da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), apoiada pela Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão (CPEX), da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), entidade vinculada a SES/DF.

De acordo com a Resolução nº 2 da CNRMS (Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde), de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre as diretrizes gerais dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde estes são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009; constituem-se também como programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS. No artigo 3º da Resolução, estabelece uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 2 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

A Portaria nº 124 menciona a organização, a avaliação, a preceptoria, os deveres e transgressões e sanções aplicadas ao residente dentre outros. O capítulo XII, art. 48, versa sobre os direitos dos residentes, dentre eles: auxílio financeiro na forma de bolsa de estudos com valor definido pela legislação vigente; um dia de folga semanal; trinta dias consecutivos de repouso por ano de atividade, sem prejuízo do recebimento da bolsa de estudos; quatro refeições diárias; residir no hospital ou receber auxílio moradia no valor de 30% (trinta por cento) da bolsa de estudo; participar de congressos ou eventos similares; afastar-se por cinco dias consecutivos em razão de nascimento de filho, casamento e falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados e irmão; a residente gestante está assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de quatro meses, devendo o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo com vistas a complementar a carga horária total.

O último edital, nº 3 e 4/2013, da Residência em Área Profissional da Saúde e Multiprofissional 2014, lançado pela SES, em outubro de 2013, contemplaram 110 vagas para residência de enfermagem distribuídas da seguinte forma: Hospital de Base do Distrito Federal (24 vagas) Hospital Materno Infantil de Brasília (18 vagas), Hospital Regional da Asa Norte (17 vagas) Hospital Regional de Taguatinga (23 vagas) Hospital Regional do Gama (16 vagas) Hospital Regional da Ceilândia (6 vagas). As especialidades contempladas são: Enfermagem em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Emergência, Terapia Intensiva, Obstetrícia, Neonatologia, Nefrologia. Algumas especialidades existem em regionais específicas: Pediatria (HMIB), Neurocirurgia e Bloco cirúrgico (HBDF), Queimados (HRAN) e Traumatologia e Ortopedia (HRT).

#### **4 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA**

Segundo Silva et al (2014), o projeto para implementação da Residência em Enfermagem do Hospital Regional de Taguatinga foi elaborado no ano de 2004, durante reuniões de um grupo de estudos de enfermeiros da Regional que vinham buscando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e, portanto, vislumbrou na Residência uma excelente perspectiva. A Residência em Enfermagem, pós-graduação *lato sensu*, com carga horária de 5.640 horas, proporciona tanto o aprimoramento teórico-científico quanto, principalmente, o prático.

Aprovado o projeto, ainda em 2004 foram abertas as seleções para enfermeiros preceptores e para enfermeiros residentes. Foram selecionados quatro preceptores, sendo um destes, eleito coordenador. Quanto aos residentes, foram abertas seis vagas para o HRT, sendo duas para Clínica Médica, duas para Clínica Cirúrgica e duas para Unidade de Terapia Intensiva. Todas as vagas foram preenchidas e a primeira turma de residentes iniciou as atividades em 2005 (SILVA et al., 2014).

Conforme o autor supracitado, uma das missões propostas, é a de proporcionar ao enfermeiro residente o acesso a um conjunto de atividades/ações que articulem os conhecimentos referentes à pesquisa, à assistência, à extensão e ao ensino de enfermagem, qualificando-o como profissional crítico e inserido no debate sobre o desenvolvimento técnico-científico.

Silva et al (2014) diz, ainda, que dentre os objetivos estratégicos, destacam-se o desenvolvimento de habilidades técnicas com conhecimento científico relacionando teoria e prática e aplicação da Sistematização Assistência de Enfermagem na sua área de atuação.

Para o autor, durante o primeiro ano de implementação foram detectadas inúmeras dificuldades, como ausência de espaço físico para as reuniões científicas e da Comissão de Residência em Enfermagem (CORENF); de falta material didático, de escritório e de um servidor atuando como secretário. No entanto, estas dificuldades não impediram o esforço pessoal de cada enfermeiro integrante da Residência (preceptores e residentes) que, juntos, adquiriram computadores, impressora, livros e outros materiais essenciais a um programa de pós-graduação.

Em 2007, foi encaminhado o projeto de ampliação da Residência nas unidades de Emergência e Obstetrícia. Assim, a Residência em Enfermagem do HRT tornou-se a maior residência da Secretaria de Estado de Saúde, com 10 vagas anuais (SILVA et al., 2014).

Ainda de acordo com o mesmo autor, em 2008, foi elaborado o projeto para a Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia, o qual foi encaminhado juntamente com o de Neonatologia. Os projetos foram aprovados, porém, não houve tempo hábil para que pudessem ser ofertadas as vagas no concurso, ficando assim, para o próximo ano. Em 2009, as vagas foram ofertadas para a turma de 2010, acrescentando uma vaga para Neonatologia e duas para Ortopedia, totalizando, a partir de então, 13 vagas anuais.

Segundo Silva et al (2014), em 2012 para a continuidade ao processo de expansão da residência no HRT, foi encaminhado o projeto de Residência de Enfermagem em Nefrologia, sendo iniciado em 2013 com duas vagas. Para 2014, houve um aumento de 50% das vagas em todos os programas de residência da SES/DF, deste modo o HRT conta atualmente com 22 vagas anuais divididas em oito especialidades.

## 5 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM UTILIZANDO METODOLOGIAS ATIVAS: CONCEITOS

No Programa de Residência em Ortopedia e Traumatologia que desenvolvemos, optamos principalmente pela utilização de metodologias ativas. Para Berbel (1998 apud MARIN et al., 2009) estas metodologias estão ancoradas na pedagogia crítica, pois trabalham com problemas para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem e valorizam o aprender a aprender.

Gordon (2000 apud AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2007) relata que se deve colocar o aluno em ação precocemente, tendo-se o cuidado de criar um ambiente propício à aprendizagem, que envolva os componentes cognitivos (o que aprender), afetivos (motivação para aprender) e metacognitivos (como aprender).

Considerando este contexto, cabe ao preceptor (enfermeiro que acompanha os residentes), reconhecer e valorizar o conhecimento prévio, criando um ambiente motivador que propicie o aprendizado. Segundo Mizukami (1986) o aprendiz deve ser ensinado a observar e oportunizado a investigar por si próprio.

Como possibilidade de se implantar uma metodologia que propicie ao residente o protagonismo no seu aprendizado, através da desafiante tarefa de observar, refletir e transformar a realidade, optou-se pela utilização de metodologia ativas na condução do processo de ensino-aprendizagem através da discussão baseada em caso clínicos reais e simulados.

O grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação. (MITRE et al., 2008, p. 2134).

Na pedagogia problematizadora, a educação acontece em uma realidade na qual é vista como “problema”, isto é, algo que pode ser resolvido ou melhorado. Assim a aprendizagem ocorre durante a transformação desta realidade, tendo como protagonista o próprio aprendiz. O educador passa a ser um facilitador da aprendizagem (BORDENAVE, [200-?]).

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Apoiada nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno

em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno, que precisa reorganizar o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, para descobrir relações, leis ou conceitos que precisará assimilar. (MADRUGA, 1996 apud CYRINO; PEREIRA, 2004, p. 781).

O ensino baseado na memorização mecânica de conteúdos, para Freire (2000), não possibilita um aprendizado e sim a formação de um sujeito reprodutor de uma lição dada. Não forma, domestica. Ele considera que para aprender é necessário construir, reconstruir, mudar, libertar e aventurar. Para a aprendizagem ser concebida, Bordenave ([200-?]) e Pereira (1982, apud BERBEL, 2012), consideram que o aluno seja levado ao desafio de solucionar problemas, pois para ocorra o conhecimento é necessária uma transformação.

Inicialmente, é preciso, que o educador liberte-se do tradicional e acredite que todo sujeito é portador de conhecimentos prévios, que quando valorizados, apontam com riqueza o caminho do aprendizado. Estes, confrontados com a realidade, permitem uma reflexão crítica capaz de trazer à tona a consciência da necessidade de transformação.

Portanto, Berbel (1999) confirma que a Metodologia da Problematização faz uma crítica ao ensino tradicional, pois propõe um ensino pautado na problematização da realidade e na busca de soluções, possibilitando assim, o desenvolvimento do raciocínio crítico do sujeito.

O Arco de Charlez Magueres é um método utilizado para instrumentalizar a aplicação desta metodologia. Segundo Berbel (1999), o Arco é formado por cinco passos, e tem como ponto de partida, a Observação da realidade vivida, onde será identificado algo que precisa ser modificado, transformado. Definido o problema, é realizada uma reflexão sobre os seus determinantes através do conhecimento prévio existente. Após esta discussão, são definidos os Pontos-chave os quais necessitarão de aprofundamento. Avança-se então para a etapa da Teorização, onde o conhecimento é aprofundado e confrontado com o discutido anteriormente. Após a apropriação do tema, são elaboradas novas ações que serão as Hipóteses de solução. Por último é na Aplicação à realidade, em que se concretiza a ação e ocorre a transformação propriamente dita.

É importante ressaltar que a transformação não ocorre apenas na realidade ou no objeto de estudo, ela perpassa todos os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. O sujeito é levado à autorreflexão, ao compartilhamento de experiências, à busca de novas informações, ao confronto de ideias e a execução prática do conhecimento pensado e adquirido.

A aprendizagem baseia-se na percepção subjetiva, sendo assim, é um processo complexo, ativo, multifacetado e amparado pelo contexto social e pelas experiências do indivíduo (BASTABLE, 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, materializadas pela Resolução CNE/CES n° 03/2001, traz uma reflexão sobre as transformações que são necessárias nas práticas educativas, considerando a necessidade de mudanças no perfil dos profissionais enfermeiros, de modo que possa atender às necessidades sociais de saúde previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PONCE DE LEON; SILVA, 2006).

## 6 O CLIENTE TRAUMATO-ORTOPÉDICO

A palavra “ortopedia” é derivada do grego *orthos* (reto), e *paidios* (criança). Em 1741, Nicholas André, utilizou pela primeira vez, para intitular seu livro, no qual discutia a prevenção e a correção de deformidades ósseas em crianças (ALEXANDER, 1997 apud HAYASHI; GARANHANI, 2012).

A enfermagem traumato-ortopédica é uma área especializada, relacionada à assistência a clientes com comprometimentos do sistema musculoesquelético, articular e tecido conjuntivo de suporte por processos congênitos e do desenvolvimento, traumas, distúrbios metabólicos, doenças degenerativas, infecções. Essa área compreende problemas de saúde clínicos, cirúrgicos e de reabilitação, que podem ser classificados em agudos, crônicos ou inabilitantes (CAMERON, 2010 apud CAMERON; ARAÚJO, 2011a).

A assistência de enfermagem ao cliente traumato-ortopédico exige habilidades técnica, cognitiva e emocional do profissional enfermeiro. O cliente ortopédico é portador de singularidades, pois traz consigo uma mistura de sentimentos (medos, dúvidas, traumas e ansiedades) e um conjunto de aparatos (fixadores, aparelhos gessados) que, muitas vezes, passam a acompanhá-lo por muito tempo alterando o seu cotidiano.

Para o estudante de enfermagem, segundo Cameron e Araújo (2011b), o material utilizado pelo cliente ortopédico, impacta e impressiona negativamente. Ferros, pesos, roldanas e sistemas de imobilização causam certa aflição quando o estudante percebe que ele tem limitações para lidar com o paciente naquela situação.

Esta não é uma realidade que atinge somente o estudante, mas também os próprios profissionais de enfermagem pois, muitos deles, não assistiram este tipo de cliente durante a formação.

A doença ortopédica tem evolução lenta, geralmente dolorosa, e compromete as atividades diárias e a qualidade de vida do seu portador. Os traumas ortopédicos têm surgimento súbito e podem trazer grandes comprometimentos físicos, emocionais e sociais. Essas injúrias ao sistema musculoesquelético podem desencadear eventos que comprometem direta ou indiretamente outros sistemas e, por isso, devem sofrer intervenção imediata. (CAMERON, 2011 apud CAMERON; ARAÚJO, 2011a).

O profissional é desafiado a assistir o cliente ortopédico em sua integralidade, pois além das preocupações físicas como a dor, o trauma e as complicações, aquele está diante de um indivíduo que tem a autoimagem, os valores, as atitudes e as atividades prejudicadas. O enfermeiro precisa

compreender e apoiar o cliente (e sua família) na superação destas dificuldades e nas adaptações que serão necessárias ao seu cotidiano (VENTURA, 1996).

As peculiaridades do cliente ortopédico devem ser mais exploradas pelo enfermeiro para que este aproprie-se de um conhecimento consistente apoiando-o no planejamento de uma assistência capaz de atender o cliente em suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais.

## 7 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência da implantação do Programa de Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional de Taguatinga da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, iniciado em 2010 e se entendendo aos dias atuais.

O relato de experiência é um método que consiste em uma exposição escrita de uma atividade laboral no qual há exposição do modo de proceder, dos resultados e das ideias associadas. O que permitem construir uma coletânea completa e coerente acerca do tema abordado (JONES, 1998 apud AREDES, 2013).

O Hospital Regional de Taguatinga (HRT) é o terceiro maior hospital público do Distrito Federal e conta com 343 (trezentos e quarenta e três) leitos ativos nas áreas de internação: clínica cardiológica, clínica médica, clínica pediátrica, berçário patológico, unidade de ginecologia e obstetrícia, neonatologia, UTI adulto e infantil, unidade de traumatologia e ortopedia, unidade de cirurgia geral, e 22 (vinte e dois) ambulatórios nas diversas especialidades. Atendimento de emergência nas especialidades: cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, ortopedia, politraumatizados, clínica médica, oftalmologia e otorrinolaringologia.

O HRT é utilizado como campo de estágio pelas faculdades de enfermagem, nutrição, psicologia e medicina, bem como, nos estágios curriculares de final de curso nos moldes de internato (enfermagem e medicina). A presença destes estudantes oportuniza a participação dos enfermeiros do serviço na área de ensino.

A Unidade de Traumatologia e Ortopedia do HRT, onde acontece o programa, é composta por 51 leitos distribuídos em 12 enfermarias. Cada enfermaria é composta por 5 leitos com exceção das enfermarias de isolamento, com 2 leitos, e a enfermaria pediátrica, com 6 leitos.

Dentre as tecnologias assistenciais existentes, optou-se pela o uso da TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO, pois o trabalho é um produto de um projeto e de um plano de ação desenvolvidos, além de ser possível a aplicação desta experiência em outros contextos, podendo gerar mudanças.

As Tecnologias Assistenciais são tecnologias que incluem a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões [...]. (NIETSCHE, 2003, apud NIETSCHE, 2005, p. 346).

Por não se tratar de pesquisa, o presente trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). O projeto foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do HRT para avaliação e, em 10 de abril de 2014, foi assinado o Termo de Concordância autorizando a realização da pesquisa e divulgação dos dados, pela responsável pela unidade (ANEXO A) e pelo diretor do hospital (ANEXO B).

## **8 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO**

Considerando o impacto epidemiológico das alterações musculoesqueléticas na saúde do indivíduo e a necessidade do aprimoramento do enfermeiro para assisti-lo integralmente que, em 2008, tivemos a intenção de implantar a Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia em nossa instituição.

A partir de então, iniciamos uma busca sobre o tema, pois não existia programa desta especialidade no Distrito Federal. Em seguida, manifestamos o interesse deste desafio para a Coordenação de Residência de Enfermagem do Hospital Regional de Taguatinga, que já contava com a existência das Residências de Enfermagem em Clínica Médica, UTI, Clínica Cirúrgica, Emergência e Obstetrícia. Ainda em 2008, concretizamos a elaboração do projeto e o consequente encaminhamento para a Comissão de Residência Multiprofissional da SES/DF (COREMu/SES/DF).

Diante de muitas expectativas fomos surpreendidos, em 23 de dezembro de 2009, com o edital nº 58. Neste, o Secretário de Saúde tornou pública a realização de seleção para o preenchimento de vagas nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, para o ano de 2010, contemplando duas vagas para o Programa de Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia no HRT.

Fomos a primeira desta especialidade vinculada a uma Secretaria de Estado da Saúde e cadastrada no Ministério de Educação. O cadastrado, no SisCNRMS, foi realizado em 15 de outubro de 2010, sob protocolo número de 323; e atualmente o projeto pedagógico encontra-se em processo de autorização, estando em análise pela Câmara Técnica. A CNMRS está trabalhando para realizar as autorizações dos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, porém ainda não existem programas autorizados.

Em março de 2010, iniciamos nossas atividades com duas residentes admitidas no programa. Sendo que uma delas desistiu no segundo ano. A residente que permaneceu era proveniente do Estado de Goiás. Em 2011, foram admitidos dois residentes sendo que um desistiu no segundo mês. Em 2012, somente uma residente alcançou a nota de aprovação, ficando uma vaga em aberto. Em 2013, foram admitidos dois residentes, sendo uma também do Estado de

Goiás. O grupo atual de R1 é composto por três enfermeiros residentes do Distrito Federal, pois em 2014, o programa passou a ofertar três vagas uma a mais que os anos anteriores.

O programa é orientado pelo regulamento publicado pela Portaria nº 124, de 24 de junho de 2008 e pelo Manual do Residente. Este, elaborado para apoiar a Coordenação de Residência de Enfermagem (CORENF) do HRT, e contém a história da residência, missão, visão e normas internas, além dos papéis, direitos e deveres dos enfermeiros residentes, conteúdo programático e processo de avaliação de cada especialidade.

A CORENF é um órgão de deliberação coletiva do HRT, vinculada ao Coordenador Regional de Saúde e tecnicamente vinculada à Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão (CPEX), da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), entidade vinculada a SES/DF. A CORENF é composta pelo coordenador, o supervisor de cada Programa de Residência de Enfermagem (PRENF) e 1 representante dos enfermeiros residentes de cada PRENF sendo o mandato de um ano.

O referido programa possui carga horária de 60 horas semanais, distribuídas de segunda a sexta-feira, perfazendo o total de 5.640 horas. Estas são divididas em dois anos sendo 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço e 10 a 20% para atividades teórico-complementares. O residente é contemplado por uma bolsa de estudo mensal disponibilizada pela SES/DF.

Ao longo dos dois anos, os residentes participam de atividades teórico-complementares com temas transversais para todos os residentes de enfermagem, tais como: Infecção Hospitalar; Administração do Serviço de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Bioética e Exercício Profissional; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Metodologia de Ensino e Pesquisa; Sistema Único de Saúde e Organização hospitalar no DF; Técnicas básicas de enfermagem (estomias, curativos, sondas, tubos e drenos); Situações de emergência (politrauma, parada cardiorrespiratória, choque); Distúrbios emergenciais (distúrbio hidroeletrólítico, distúrbio ácido-básico, ventilação mecânica e eletrocardiograma); Alterações fisiológicas do envelhecimento; Dieta enteral e Binômio mãe/filho. Alguns destes temas são desenvolvidos por meio de discussões de casos clínicos no próprio HRT e outros através de cursos, proporcionado por outras regionais e pela própria FEPECS, sendo de caráter obrigatório

para a conclusão da residência, assim como a apresentação de uma monografia ou artigo científico ao término da residência.

O conteúdo prático é desenvolvido através do treinamento intensivo em serviço. No primeiro semestre, para que conheça o fluxo da instituição, vivencie a rotina e assista pacientes em diversas especialidades, nossos residentes realizam um rodízio pelas seguintes unidades do hospital: Ambulatório (180 horas), Central de Material e Esterilização (60 horas), Clínica Médica (180 horas) e Clínica Cirúrgica (120 horas), Pronto Socorro (180 horas) e Unidade de Terapia Intensiva (180 horas).

Após a conclusão do rodízio nas unidades, o residente é inserido na Unidade de Traumatologia e Ortopedia, onde desempenhará suas atividades e aprofundará o conhecimento na referida área.

Os residentes são acompanhados por dois preceptores, sendo um deles o supervisor do programa. Ambos são servidores concursados da SES/DF que passaram por um processo seletivo interno. O supervisor é liberado seis horas da carga horária assistencial e o preceptor, quatro horas, para desenvolverem atividades da residência como supervisão, discussão de casos clínicos, orientação, planejamento do conteúdo e avaliação de desempenho.

Os conteúdos teóricos específicos do programa perpassam pelos seguintes temas: anatomia, fisiologia e exame físico do sistema musculoesquelético, assistência de enfermagem: ao paciente com imobilizações, portador de deformidades na coluna vertebral, com dor ortopédica, com lesões ósseas e articulares, com distúrbios osteometabólicos, infecções musculoesqueléticas, complicações ortopédicas, feridas ortopédicas, tumores ósseos, trauma raquimedular, período perioperatório e transplante ósseo dentre outros.

Os referidos temas são desenvolvidos de acordo com sua apresentação na realidade, através de estudos de caso. Os conteúdos que não são contemplados por nossa realidade são discutidos por meio de seminários e casos clínicos, estes últimos aos moldes dos grupos tutoriais.

Segundo Toledo Junior (2008), os grupos tutoriais de aprendizagem, além de facilitar o processo de aquisição de conhecimentos, contribui de maneira significativa para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica.

O residente é instigado a desenvolver um olhar integral para o cliente ortopédico e assistido de forma sistematizada e fundamentada, pois constantemente nos deparamos com dilemas de cunho social e psicológico que precisam ser abordados.

É fundamental o desenvolvimento de habilidades complexas para se implementar uma assistência de enfermagem traumato-ortopédica de qualidade. Exigindo assim, a capacidade de utilização e manipulação de habilidades cognitivas que possam auxiliar na reflexão sobre diferentes situações, de forma a analisar, examinar, criticar e sistematizar informações (STEDILE; FRIENDLANDER, 2003 apud CAMERON; ARAÚJO, 2011a).

O relacionamento com a equipe multiprofissional é facilitado pela presença diária do residente na unidade, facilitando o estabelecimento de vínculos com toda a equipe de enfermagem, especialidades médicas diversas, nutricionista, assistente social e psicóloga. Por vezes, o residente é requisitado, por estes profissionais, para trocarem informações sobre os pacientes por ele assistidos.

Outro momento importante que vivenciamos, pelo menos uma vez por semana, é a visita multiprofissional, a qual proporciona uma discussão fundamentada do paciente e uma troca de experiências entre os profissionais do hospital, os médicos residentes e enfermeiros residentes.

O processo avaliativo do residente é realizado trimestralmente, no qual é estabelecida uma nota de 0 a 10 para cada critério: cumprimentos de deveres (pontualidade, assiduidade e responsabilidade); ética (profissional e social); capacidade profissional (demonstra conhecimentos técnicos científicos, habilidade para aplicar na prática os conhecimentos teóricos), iniciativa e senso crítico; atividades científicas (seminários, relatórios, clube de revistas, estudos de caso) e prova escrita/prática.

A certificação de conclusão da residência é condicionada a obtenção da nota mínima sete na avaliação final (média das avaliações trimestrais e apresentação oral e escrita da monografia ou artigo) e do cumprimento integral da carga horária prevista no programa.

O programa também é avaliado pelos residentes, preceptores, supervisor e coordenador conforme critérios estabelecidos pela FEPECS.

## 9 AVALIAÇÃO E DESAFIOS

Por se tratar de um programa recente, iniciado em 2010, temos vistos resultados satisfatórios no que diz respeito à melhoria da assistência ao cliente traumato-ortopédico. Além da contribuição em termos de números de enfermeiros nas unidades apoiando a assistência, a residência tem proporcionado uma maior visibilidade do enfermeiro, através de participações fundamentadas nas discussões sobre a recuperação desse cliente.

No que diz respeito à produção científica na área ortopédica, uma das residentes que concluiu o programa de Residência em Enfermagem de Ortopedia e Traumatologia teve seu artigo intitulado por “Relato de caso: Assistência de Enfermagem Ortopédica em Neurofibromatose tipo 1” publicado no periódico científico Comunicação em Ciências da Saúde, em 2012.

Os residentes também têm apoiado na educação permanente da equipe de enfermagem da unidade, na qual são elaboradas pequenas discussões de acordo com a demanda ou fragilidades detectadas. A supervisora de enfermagem também é apoiada nas questões gerenciais como elaboração de escalas, organização da unidade, solicitação de materiais entre outros.

Existe uma interação com os estudantes dos cursos técnicos e de graduação de enfermagem, havendo uma troca mútua de conhecimentos teóricos e práticos. Inclusive este contato tem permitido uma divulgação da residência entre os estudantes. Dos nove residentes admitidos no programa desde o seu início, cinco deles realizaram estágio na UTO durante a graduação.

Do total de cinco residentes que deveriam ter concluído a residência até o início de 2014, apenas dois (40%) o fizeram. Dois desistiram, devido a não possibilidade de exercício concomitante com concurso público e uma por encontrar-se em licença maternidade. A exigência de dedicação exclusiva está passando por um processo de discussão. Existem enfermeiros residentes de outras regionais que conseguiram liminar para a acumulação.

Um aspecto a ser considerado é o estabelecimento de uma parceria com a Gerência de Enfermagem da SES para que, na ocasião da admissão dos egressos, eles sejam designados para trabalhar em unidades de acordo com a sua especialidade ou que ofereçam o programa de

residência para que se tornem preceptores. Nossas egressas, quando admitidas na SES, foram destinadas para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e para a UTI neonatal.

É disponibilizado um alto investimento financeiro e científico pela SES, para o aprimoramento do profissional, porém ele não é aproveitado em todo seu potencial. Por exemplo, o residente recebe uma bolsa mensal de cerca R\$ 3.800,00 durante no mínimo vinte e quatro meses, o que representa um total de aproximadamente R\$ 92.000,00, o qual poderia ser revestido para a própria instituição, se o egresso fosse direcionado para sua área de especialização ao ser admitido na SES. Além de proporcionar uma assistência fundamentada aos usuários do SUS.

Muitas são as dificuldades enfrentadas. Inicialmente tivemos muitos problemas de relacionamento, causados, sobretudo, pelo desconhecimento dos enfermeiros do real papel dos residentes. Os servidores achavam que os residentes deveriam desempenhar atividades práticas exaustivamente. Para isso, temos delineado e esclarecido melhor este papel para os profissionais que compõe a instituição por meio do trabalho efetivo nas unidades.

O número insuficiente de preceptores tem dificultado o desenvolvimento das atividades, pois necessitam de horas extras para o cumprimento das mesmas. Atualmente, contamos com seis residentes e apenas dois preceptores, sendo um deles supervisor. Conforme o regulamento do programa, Portaria nº 124, de 24 de junho de 2008, em seu capítulo IX, art. 21, o número de preceptores por programa deverá ser de dois preceptores para cada três residentes. Temos sensibilizados os enfermeiros da unidade a ingressarem na residência, no entanto, as duas vagas disponíveis, no último processo seletivo, ficaram em aberto, por falta de candidatos. Além da falta de interesse há a exigência, conforme edital, que o preceptor trabalhe no setor onde acontece o programa, o que restringe as possibilidades.

Um desafio enfrentado é o aprimoramento na implantação de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, devido ao desconhecimento por parte de alguns preceptores e residentes. No entanto, o fato da maior parte dos preceptores da residência de enfermagem do HRT serem docentes da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS/DF) e compartilharem desta metodologia, faz com que estes acreditem nos bons resultados que ela proporciona.

Cameron e Araújo (2011a) em um trabalho com estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Rio de Janeiro, que assistiram pacientes ortopédicos, demonstraram que a pedagogia tradicional, baseada no ensino bancário, não reduzem os medos e inseguranças para

cuidar em enfermagem traumato-ortopédica. Por isso, as autoras sugerem uma reavaliação do processo ensino-aprendizagem, baseado nas reais necessidades dos estudantes e da assistência na especialidade.

Nos anos anteriores, os nossos residentes do programa elaboravam um estudo de caso considerando um roteiro pré-estabelecido (estudo da patologia e sistematização da assistência de enfermagem) e em seguida apresentavam para os preceptores. Neste momento, era feita uma discussão através de questionamentos com a intenção de estabelecer uma relação entre a teoria e prática e de ampliar o olhar do residente para cliente ortopédico.

Este ano, resolvemos trazer para a residência uma experiência que vem sendo utilizada com resultados satisfatórios pelos internos de enfermagem da ESCS/DF, a utilização do Arco de Magueréz para sistematizar a nossa metodologia problematizadora. Berbel (1994, apud BERBEL, 1999) supõe que o desenvolvimento dos passos do arco, possibilita a observação sistemática da realidade, acompanhada de registro, análise reflexiva e síntese de informações teóricas e empíricas dos dados o que resulta em uma ação transformadora do estudo.

Estamos experienciando a utilização do arco para o nosso programa da seguinte forma: 1) Observação da realidade: o residente realiza a coleta os dados (histórico de enfermagem e exame físico de um cliente ortopédico); 2) Pontos-chave: definição dos pontos-chave para estudo pelos residentes e preceptores, após discussão e estabelecimento de prioridades; 3) Teorização: busca de fundamentação teórica através da literatura e consulta à especialista para a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); 4) Hipótese de solução: socialização das reflexões da teorização e da proposta de implementação; 5) Aplicação à realidade: apresentação pelo residente da assistência que foi possível de ser implementada durante a construção do arco. As sucessivas aproximações do residente com a realidade oportuniza um aprimoramento do conhecimento e a sua aplicação na prática diária tanto no cuidado ao cliente, recentemente estudado, quanto aos que serão admitidos posteriormente.

O processo avaliativo tem passado por novas experiências. Atualmente, a nota do residente deixou de ser uma nota definida exclusivamente pelos preceptores, e passou a contar com a participação do próprio residente e da supervisora da UTO. Dessa forma, permite uma reflexão e um compartilhamento das potencialidades e fragilidades.

Estimular a participação do aprendiz na definição de seus próprios problemas e necessidades, segundo Bastable (2008), motiva-o a aprender, pois o educador nem sempre percebe as reais necessidades de aprendizagem.

Para Mendez (2002), é necessário buscar formas ousadas e inéditas de avaliar que estejam em consonância com as ideias e satisfaçam as exigências que implica a qualidade significativa da atividade de aprender.

Um dos objetivos da residência de enfermagem desde sua criação, em 2005, foi apoiar a implantação da SAE no HRT. Continuamos com o desafio de sensibilizar e treinar os residentes e enfermeiros do hospital. O tema é amplamente discutido, no aspecto teórico, entre os residentes, porém ainda não há uma aplicação efetiva do processo nas unidades, somente de algumas etapas.

A utilização da SAE como instrumento de gerenciamento do cuidado possibilita o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e um olhar humanizado para o processo de saúde/doença (NASCIMENTO et al., 2008 apud GARCIA; VANNUCHI, 2014)

Mesmo diante dos entraves, comuns também em outras especialidades, avaliamos como positiva a implementação da Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia do HRT. Os desafios como a sensibilização dos enfermeiros da instituição, a disponibilidade dos preceptores para o uso da metodologia ativa e a autorização do programa pelo Ministério da Educação, são ousados, porém não nos paralisam.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É certo que a tentativa de romper-se com as abordagens tradicionais de ensino dando lugar a pressupostos inovadores não acontece facilmente, devido à necessidade de implantação de práticas diferentes das vivenciadas por anos e da introdução de um novo ambiente de ensino-aprendizagem, que exige a consciência do indivíduo como um ser inacabado e que precise gerenciar o seu próprio aprendizado.

Os desafios são constantes e funcionam como elementos motivadores do conhecimento. É preciso reconhecer o residente como um detentor de conhecimentos significativos, considerar a realidade como um campo do saber e que a partir dela sejamos capazes de problematizá-la, de maneira a criar um ambiente de discussão entre o residente e o mundo que o cerca. É este ato dialógico que desafia o aprendiz a buscar a transformação de si e da realidade observada.

O que nos mobiliza é a vontade de contribuir com a formação de enfermeiros, que vai além da aquisição de saberes técnicos-científicos, pois estes devem se ver como corresponsáveis para o avanço na consolidação do SUS.

Apesar das fragilidades vivenciadas, continuamos persistindo no ideal de capacitarmos enfermeiros especializados na assistência integral ao cliente traumato-ortopédico. Inclusive propomos, a novos parceiros, a expansão desta especialidade dentro e fora do Distrito Federal, considerando sua atual relevância.

Com este trabalho pretendeu-se compartilhar a idealização de um projeto que por meio de muita ousadia e perseverança continua sendo construído. As nossas fragilidades são vistas como oportunidades de aprendizado, de superação e como caminho para possíveis reflexões.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. G. C; MOURA, V. L. F; SÓRIA, D. A. C. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 555-559, 26 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019632008>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L.; BICUDO-ZEFERINO, A. M. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- AREDES, M. A. et al. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Revista de Pesquisa, cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 458-466, out. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24952&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 fev. 2014.
- BASTABLE, Susan Bacorn. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 688 p.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: Eduel, 2012. 204 p.
- \_\_\_\_\_. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Eduel, 1999. 196 p.
- BORDENAVE, J. D. **A pedagogia da problematização na formação dos profissionais de saúde**. [200-?]. Disponível em: <<http://www.unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/PEDAGOGIA%20PROBLEMATIZADORA.doc>>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Disponível em: <<http://cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=525>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde.** Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18168&Itemid=813#21](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813#21)>. Acesso em: 4 maio 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>> Acesso em: 22 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde; Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Base de dados. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/fidf.def>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

CAMERON, Lys Eiras; ARAÚJO, Sílvia Teresa Carvalho de. O estudante de graduação e a assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, 20 set. 2011a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421966016>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Visão como instrumento da percepção na assistência em enfermagem traumato-ortopédica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 mar. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 mar. 2014.

CHIRELLI, Mara Quaglio. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos estudantes do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 281 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-24052006-154515/pt-br.php>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

CYRINO, E. G; PEREIRA, M. L. T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun., 2004.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Edital nº 3/2013, de 3 de outubro de 2013**. Processo seletivo para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e Multiprofissional desenvolvidos em Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e no Hospital Universitário de Brasília. Centro de Seleção e de Promoção de Eventos da Universidade de Brasília, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.cespe.unb.br/concursos/ses\\_df\\_13\\_multiprofissional/arquivos/ED\\_3\\_2013\\_RES\\_MULTI\\_REPUBLICA\\_\\_\\_O\\_DO\\_QUADRO\\_DE\\_VAGASNOVO.PDF](http://www.cespe.unb.br/concursos/ses_df_13_multiprofissional/arquivos/ED_3_2013_RES_MULTI_REPUBLICA___O_DO_QUADRO_DE_VAGASNOVO.PDF)>. Acesso em: 3 maio 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Edital nº 4/2013, de 22 de outubro de 2013**. Processo seletivo para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e Multiprofissional desenvolvidos em Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e no Hospital Universitário de Brasília. Centro de Seleção e de Promoção de Eventos da Universidade de Brasília, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.cespe.unb.br/concursos/ses\\_df\\_13\\_multiprofissional/arquivos/ED\\_4\\_2013\\_RES\\_MULTI\\_\\_RETIFICA\\_\\_\\_O\\_DO\\_QUADRO\\_DE\\_VAGAS.PDF](http://www.cespe.unb.br/concursos/ses_df_13_multiprofissional/arquivos/ED_4_2013_RES_MULTI__RETIFICA___O_DO_QUADRO_DE_VAGAS.PDF)>. Acesso em: 3 maio 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 124, de 24 de junho de 2008**. Regulamento dos Programas Residência em Área Profissional da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 26 jun. 2009. Disponível em: <[http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2009/06\\_Junho/DODF%20122%2026-06-09/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20122.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2009/06_Junho/DODF%20122%2026-06-09/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20122.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FRANCO, Gianfabio Pimentel; BARROS, Alba Lucia Botura Leite de; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 mar. 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 15 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 165 p. (Coleção leitura).

GARCIA, Simone Domingues; VANNUCHI Marli Terezinha Oliveira. **O internato de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: conquistas e desafios**. Londrina: INESCO, 2014. 102p.

HAYASHI, Jessica Mayumi; GARANHANI, Mara Lúcia. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 16, n. 2, p.208-216, 2012. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_501bf3211a106.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_501bf3211a106.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2014.

LIMA, M. V. F. de et al. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 36-43, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/14/11>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Revista brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, ano 2010, v. 34, n. 1, p.13-20, 10 jun. 2009.

MENDEZ, J. M. A. **Avaliar para conhecer, examinar para excluir**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Revista Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, ano 2008, v. 13, n. 2, p. 2133-2134, 26 jul. 2008.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 13, n. 3, jun. de 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 mar. 2014.

OLIVEIRA, A. C. F de. **Incorporação da dimensão subjetiva do trabalho em saúde e dos princípios da humanização no processo de formação dos enfermeiros nos programas de residência e especialização oncológica do Inca**. 2007. 75 p. Dissertação de Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4911>>. Acesso em: 3 mar. 2014.

PONCE DE LEON, Cassandra Genoveva Rosales Martins; SILVA, César Cavalcanti da. Formação de formadores: a prática educativa de um programa de pós-graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 636-641, set./out. 2006.

SILVA, Creto Valdivino et al. **Manual do residente**. Brasília: [s.n.], 2014. 52 p.

SILVA, Rosana Maria de Oliveira. **Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas**. 2013. 285 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia. Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12128/1/TESE%20ROSANA%20MARIA%20DE%20OLIVEIRA%20SILVA.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

TOLEDO JUNIOR, C. C. A et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

VENTURA, Maria de Fátima et al. **Enfermagem ortopédica**. São Paulo: Ícone, 1996.

**ANEXOS**

## ANEXO A: Termo de Concordância da chefia da unidade

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Enfª Maria Neuraci Alves de Barros, supervisora de enfermagem da Unidade de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Regional de Taguatinga, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa "Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia: experiência de implantação e desafios" de responsabilidade da pesquisadora Paôla Carvalho Silva com o objetivo de relatar a experiência de implantação da Residência de Enfermagem nesta unidade, após sua apreciação, com previsão de início em abril/2014.

Brasília, 08 / Abril / 2014

*Drª Mª Neuraci A. Barros Castro*  
Supervisora de Enfermagem UTO

Chefia responsável pela Unidade: \_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: Paôla Carvalho Silva  
Assinatura

*Maria M.O.L. de Matos*  
Mat 138298-5  
NEPS/GP/DA/CGST  
CHEFE

Angela Maria/CEP/SES-DF

## ANEXO B: Termo de concordância da direção do hospital

**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

O Dr. Otávio Augusto Silva de Siqueira Rodrigues, diretor do Hospital Regional de Taguatinga, está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa "Residência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia: experiência de implantação e desafios" de responsabilidade da pesquisadora Paôla Carvalho Silva com o objetivo de relatar a experiência de implantação da Residência de Enfermagem na Unidade de Traumatologia e Ortopedia desta instituição, após sua apreciação, com previsão de início em abril/2014.

Brasília, 10 / abril / 2014

Diretor responsável do Hospital: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo

Otávio Augusto S. S. Rodrigues  
Coord. Geral de Saúde de Taguatinga  
Mat. 1201437

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura

Marilia M. O. L. de Matos  
Mat. 138298-5  
NEPS/GP/DA/CGST  
CHEFE

Angela Maria/CEP/SES-DF