

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: VIVÊNCIA HOSPITALAR DOS ENFERMEIROS

## MULTIPROFESSIONAL FAMILY HEALTH RESIDENCY: HOSPITAL EXPERIENCE IN THE NURSE'S

## RESIDENCIA MULTIDISCIPLINARIO EN SALUD DE LA FAMILIA: VIVENCIA HOSPITALARIA DE LOS ENFERMEROS

Simone Alves Landim<sup>1</sup>  
 Gilberto Tadeu Reis da Silva<sup>2</sup>  
 Nildo Alves Batista<sup>3</sup>

O estudo abordou a vivência hospitalar das enfermeiras no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). O objetivo foi compreender os significados por elas atribuídos à vivência clínica hospitalar em sua formação nesse programa, com vistas à atuação na Atenção Primária à Saúde. Foi conduzido segundo o referencial fenomenológico e desenvolvido em uma Instituição de Ensino da Cidade de São Paulo. Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista, tendo como sujeitos do estudo oito enfermeiras residentes. Buscou-se apreender, em seus discursos, suas vivências por meio da questão norteadora: "Fale de sua vivência hospitalar, como ela se mostra na sua formação enquanto residente". Das descrições, foi construída a categoria *Aprendizagem Significativa*. A vivência hospitalar é descrita como importante para sua formação pela possibilidade de aprimorar a competência clínica. Dos significados atribuídos, destaca-se a relevância dessa vivência como parte integrante do programa de residência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Competência clínica. Educação em enfermagem. Internato/residência.

*This study addresses the hospital experience of nurses in the Multidisciplinary Residency Program in Family Health (MRPFH). The objective of this study was to understand the meanings attributed to their experiences in the clinical training program, based on Primary Health Care. This study was conducted according to the phenomenological frame of reference and it was developed within an educational institution in the city of São Paulo. The data collection was based on interviews, taking as subjects of the study, eight resident nurses. This study tried to apprehend in their speeches, their experiences through the following question: "Tell me about your hospital experience, what does it mean taking into account your training as a resident." The category meaningful learning was constructed through the descriptions of the nurses. The hospital experience is portrayed as important to their development due to the possibility of improving their clinical competence. From the meanings attributed it can be highlighted the relevance of this experience as part of the residency program.*

**KEY WORDS:** Clinical competence. Education in nursing. Internship or residency.

El estudio abordó la vivencia hospitalaria de las enfermeras en el Programa de Residencia Multidisciplinario en Salud de la Familia (RMSF). El objetivo fue comprender los significados que se les asignan a la vivencia clínica hospitalaria

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente na Faculdade Santa Marcelina (FASM). simone.landim@fasm.edu.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Pós-doutor em Ensino em Ciências da Saúde. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente Credenciado no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Professor Adjunto na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). gilberto.tadeu@ufba.br; gtadeucceis@uol.com.br

<sup>3</sup> Livre Docente em Educação Médica. Professor Titular na UNIFESP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde. Diretor Acadêmico do Campus Baixada Santista da UNIFESP. nbatista@unifesp.br

em su programa de formación, con el fin de actuar en la Atención Primaria a la Salud. Se realizó utilizando el referencial fenomenológico y se desarrolló en una Institución de Enseñanza de la Ciudad de São Paulo. Para la recolecta de datos se utilizó la entrevista, teniendo como sujetos de estudio, ocho enfermeras residentes. Se buscó aprehender en sus discursos, sus vivencias a través de una cuestión orientadora: "Hable de su vivencia hospitalaria, cómo ella se muestra en su formación en cuanto residente." De las descripciones, surgió la categoría: Aprendizaje Significante. La vivencia hospitalaria es descrita como importante para su formación, por la posibilidad de mejorar la competencia clínica. De los significados atribuidos, se destaca la relevancia de esa vivencia como parte integrante del programa de residencia.

*PALABRAS-CLAVE: Competencia clínica. Educación en enfermería. Internado/residencia.*

## INTRODUÇÃO

Os programas de residência na área da saúde têm grande importância para adequar a assistência à população às rápidas transformações que têm ocorrido nesse setor. Por meio desses programas, é possível capacitar, de forma contínua, os profissionais para que melhor possam atuar em um mundo globalizado, que requer novas formas de trabalho e ações condizentes com as novas tecnologias e necessidades.

Nesse contexto, os programas de residência multiprofissional são fundamentais, uma vez que atendem a uma relevante e atual premissa: a do trabalho envolvendo diferentes profissionais, atuando de maneira conjunta.

A Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentada pela Lei n.º 11.129, sancionada pelo presidente da República em 30 de julho de 2005, que instituiu a Residência em área Profissional da Saúde. De acordo com essa lei, devem ser priorizadas as áreas de formação necessárias para atender o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006).

No que se refere à Residência Multiprofissional, o objetivo é desenvolver competências para o trabalho no SUS, articulando os conhecimentos adquiridos na formação inicial à complexidade dos diversos fatores que se inter-relacionam, na prática assistencial, ao cuidado à saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Dentre os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) existentes no país, a maioria privilegia a vivência hospitalar para enfermeiros e médicos, diferindo na maneira como são estruturados (BRASIL, 2006).

Nesses programas, o preceptor, segundo a Portaria n.º 1.111, de 5 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), desempenha atividades de supervisão docente-assistencial por área de atuação ou especialidade profissional, exercendo também atividades de organização do processo de aprendizagem e de orientação técnica aos residentes. Os residentes atuam em unidades de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, que têm a Casa de Saúde Santa Marcelina como parceira na gestão. Além da inserção predominante nessas unidades, os residentes também são inseridos em outros espaços de aprendizagem, situados sempre na própria região, como forma de fortalecer a intersetorialidade, criar soluções coletivas para o encaminhamento de problemas, promover outros contextos de aprendizagem e potencializar os recursos locais (BOURGET et al., 2006).

Exemplos desses espaços, selecionados para contemplar especificidades das categorias e também o conjunto dos residentes, dependendo dos objetivos propostos, são clínicas hospitalares, instituições asilares e infantis, centros de reabilitação, centros de especialidades em saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde do idoso, recuperação nutricional e ONGs relacionadas à violência foram algumas das instituições implicadas ao longo da residência (BOURGET et al. 2006).

A vivência hospitalar foi proposta para enfermeiras e médicos buscando contemplar as especificidades das categorias. A inserção da enfermagem na RMSF estruturou-se com base nas exigências para programas de residências da dimensão teórico-prática da enfermagem em um

contexto multiprofissional, com perspectiva de colaboração e compartilhamento de saberes e práticas (BOURGET et al., 2006).

A inserção das enfermeiras do programa, no contexto hospitalar, fortalece o julgamento clínico, promovendo uma vivência clínica e reflexiva dos agravos à saúde, correlacionados ao perfil epidemiológico da Atenção Primária à Saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. Essa inserção ocorreu em um processo bastante difícil, pois, apesar da bagagem teórica, era expressiva a dificuldade para relacionar os conteúdos aprendidos à realidade vivenciada. Essas profissionais conseguiam descrever os agravos à saúde, porém tinham limitações para articular esse saber a uma situação real que transcendia o contexto hermético dos livros, exigindo, assim, a capacidade de julgar, identificar problemas e propor intervenções (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010).

Segundo o pressuposto de que a Atenção Primária à Saúde é responsável pela identificação, encaminhamento e acompanhamento dos agravos à saúde após alta hospitalar, acredita-se que vivenciar a assistência hospitalar proporcione às residentes enfermeiras maiores conhecimentos sobre esses agravos e o desenvolvimento de competências, principalmente o julgamento clínico. Este consiste em um processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro, que procura fazer julgamentos com base em evidências, as quais o levam ao diagnóstico de enfermagem, aproximando-se do conceito de competência clínica (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Competência clínica pode ser entendida como a capacidade para realizar, aceitavelmente, aqueles procedimentos diretamente relacionados ao cuidado do paciente; é a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, com base em conhecimentos, mas sem a eles se ater, de forma a mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para interagir em situações complexas. Nesse sentido, os recursos devem ser mobilizados e aplicados por meio da ação profissional, em circunstâncias reais do

mundo do trabalho e durante a atuação profissional (LIMA, 2005).

Assim, com base no vivido, o objetivo foi compreender os significados atribuídos pelas residentes enfermeiras à vivência clínica hospitalar em sua formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com vistas à sua atuação na Atenção Primária à Saúde.

## METODOLOGIA

Ao propor este estudo, dada a natureza do objeto de investigação, optou-se pela metodologia de investigação qualitativa, segundo o referencial teórico-metodológico da fenomenologia, objetivando ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos, buscando por uma aproximação da experiência humana para apreendê-la com base no seu mundo-vida. A proposta básica desse referencial teórico-metodológico fundamenta-se na compreensão daquilo que se quer estudar como fenômeno humano (BOEMER, 1994; MARTINS; BICUDO, 2005).

A pesquisa qualitativa, segundo a abordagem fenomenológica, visa descrever a realidade e propõe, como ponto de partida, a reflexão sobre o próprio ser humano, no esforço de encontrar o que é dado na experiência, descrevendo “[...] o que ocorre, efetivamente, do ponto de vista daquele que vive determinada situação concreta” (ARANHA; MARTINS, 1998, p. 443).

A fenomenologia caminha no sentido de abordar o fenômeno, não se preocupando em explicá-lo por meio de conceitos ou crenças prévias. Sua intenção é abordar aquilo que se manifesta por si mesmo, interrogando o fenômeno, descrevendo-o e procurando captar sua essência (MARTINS; BICUDO, 2005).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvido pela Faculdade Santa Marcelina, tem, como uma de suas principais finalidades, a formação de profissionais de saúde para a Atenção Básica no SUS, na Estratégia Saúde da Família, objetivando capacitá-los para a compreensão da multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais como coletivos,

contextualizando sempre a pessoa em seu meio ambiente. São 90 vagas distribuídas nas seguintes áreas: Enfermagem, Odontologia e Medicina, com 16 vagas cada uma; Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, cada uma com 6 vagas (BOURGET et al., 2006).

A carga horária é de 5.520 horas/aula, sendo 4.605 horas de prática, 60 horas semanais, com duração de dois anos. São priorizadas as atividades pertinentes à Atenção Primária à Saúde, no cenário da Estratégia Saúde da Família, sendo 921 horas de prática em ambiente hospitalar; as atividades no âmbito hospitalar foram preconizadas para enfermeiras e médicos (BOURGET et al., 2006).

Os sujeitos da pesquisa foram residentes enfermeiras da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina – Unidade de Ensino Itaquera, compreendendo o período de 2005 a 2008. A região de inquérito, lócus neste estudo, foi a vivência clínica hospitalar dessas enfermeiras. O número de participantes do estudo foi sendo configurado à medida que era realizada a análise dos dados que emergiram das entrevistas, sendo esse número definido, portanto, pelas próprias descrições. Esse critério, muito utilizado em pesquisa qualitativa, é denominado critério de saturação de dados, quando o pesquisador observa convergências nas descrições. Dessa forma, foram coletados oito discursos por meio da seguinte questão norteadora: “Fale de sua vivência hospitalar, como ela se mostra na sua formação enquanto residente”.

As entrevistas foram realizadas após a análise e aprovação do projeto de investigação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo / Hospital São Paulo – Parecer CEP n.º 0037/08 – e da Faculdade Santa Marcelina – Parecer n.º 357/08/07. Precedendo cada início de entrevista, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo, dessa forma, os preceitos éticos e legais envolvidos em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Também foi assegurado o anonimato dos participantes.

A coleta dos discursos (entrevista) foi realizada por um dos autores no período compreendido entre abril e junho de 2008, com o cuidado de observar horário, data e local que fossem convenientes aos sujeitos. Optou-se pela gravação de suas falas, por proporcionar maior liberdade ao pesquisador para atentar às falas originárias, penetrar no mundo dos sujeitos e compreender o fenômeno vivido e investigado. Foi-lhes permitido falar livremente, não sendo estabelecido um tempo de duração, com o cuidado de não interferir durante sua fala, pois qualquer observação ou pergunta poderia afetar o discurso espontâneo dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas com prévia autorização e, posteriormente, transcritas, mantendo na íntegra tudo o que foi descrito.

Após a coleta dos discursos e suas transcrições, foi realizada sua análise, que se encontra dividida em duas etapas importantes: a análise ideográfica e a nomotética. Para preservação dos nomes dos depoentes e garantia de anonimato, cada discurso foi identificado com a letra “D”, seguida do número do depoimento segundo a ordem cronológica de coleta.

A primeira etapa, *análise ideográfica*, teve início com as transcrições, quando foi estabelecido um contato direto com o fenômeno vivido, por meio de uma leitura cautelosa de todos os discursos. Cada um deles (D) foi submetido a uma releitura para apreensão de *unidades de significados*, tendo sempre em mente a questão norteadora do estudo. Por meio dessa análise, foi possível ter uma visão global do discurso, iluminando os significados encontrados. A segunda etapa, *análise nomotética*, volta-se para a totalidade dos discursos. Nesta ocorre o cruzamento entre as unidades de significado e uma reflexão sobre a estrutura geral do fenômeno, possibilitando a construção de categorias temáticas. Nesse momento, começaram a esboçar-se as primeiras convergências, evidenciando aspectos comuns entre os discursos, o que permitiu que o fenômeno se desvelasse em sua essência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a natureza dos dados e o movimento próprio de uma análise segundo a fenomenologia, optou-se por apresentar os resultados e sua discussão de forma articulada, de modo a facilitar a compreensão.

Ao serem interrogadas sobre os significados que atribuem à experiência hospitalar em sua formação, as residentes enfermeiras reviveram seu modo de ver, sentir e perceber essa vivência em sua formação; expressaram suas percepções segundo um contexto do que é familiar a respeito desse fenômeno para elas. Ao descreverem essas percepções, verbalizaram pensamentos e sentimentos relacionados a essa vivência. Assim, foram destacadas as convergências de suas falas, revelando o sentido por elas atribuído à vivência hospitalar em sua formação.

A análise dos dados e a metodologia de investigação adotada possibilitaram a construção da categoria temática “Aprendizagem Significativa”, a qual foi desdobrada em quatro subtemas, a saber: vivência significativa para sua atuação na Atenção Primária à Saúde; aprimorando competências em ambiente hospitalar; complementando a formação do enfermeiro; o exercício do julgamento clínico e a atuação na Atenção Primária à Saúde.

### **Categoria Temática: Aprendizagem Significativa**

Para essa categoria temática, convergem as unidades de significado que sinalizam para uma aprendizagem significativa. Rodrigues e Peres (2008) compreendem aprendizagem significativa como aquela que é capaz de transpor as barreiras existentes, valorizando o conhecimento prévio, estimulando a incerteza, para, então, favorecer a aprendizagem de um novo conhecimento.

A aprendizagem significativa reconhece, como efetiva, a aprendizagem baseada em questões relevantes para o estudante, pois provoca um desconforto mobilizador, indispensável para estimular a busca por novos conhecimentos, possibilitando um diálogo com os conhecimentos

prévios, advindos de vivências e experiências anteriores (COLL, 2003).

A pessoa, segundo Heidegger (2001), é um ser atribuidor de significados. Dessa maneira, um contexto significativo é capaz de mobilizar internamente a pessoa, favorecendo a aquisição de novos conhecimentos, sendo, portanto, um processo intrínseco. Com o intuito de melhor compreender esse tema e as convergências geradas com base nos discursos, discute-se, a seguir, os quatro subtemas mencionados.

### *Vivência significativa para sua atuação na Atenção Primária à Saúde*

A reflexão sobre os aspectos essenciais na formação das enfermeiras na Residência Multiprofissional em Saúde da Família evidencia a importância do contexto para uma aprendizagem significativa – aprender na prática, com a prática e pela prática, pensando na dimensão do significado. Transpondo essa reflexão para o âmbito hospitalar, o desafio foi, em um contexto clínico/assistencial, direcionar o foco para a dimensão da atenção primária à saúde.

Em um contexto significativo, acredita-se que o residente consiga exercitar o desenvolvimento do raciocínio e da crítica (transformação), tornando-se sujeito integrante e participante de sua formação; segundo esse entendimento, o preceptor assume um papel mediador. Vale lembrar os autores que consideram que, melhor conhecendo a realidade, a pessoa em formação identificará os problemas e poderá fazer uma aproximação entre os conteúdos programáticos e as questões mais sentidas na prática, favorecendo uma aprendizagem significativa, a exemplo de D. Silva e E. SILVA (2005). O discurso a seguir retrata esse aspecto: “[...] então essa vivência é muito importante, e dá muita base pra gente atuar na Saúde da Família, eu sei, assim, que a gente só ganhou com esse tempo de hospital.” (D2).<sup>4</sup>

Para as residentes, a vivência hospitalar foi importante diante da possibilidade de aproximá-las

<sup>4</sup> Os trechos dos depoimentos citados foram mantidos na íntegra, resguardando a fala originária dos sujeitos, de acordo com a orientação metodológica do referencial adotado. Podem, portanto, apresentar erros gramaticais.

de sua esfera de trabalho “Atenção Primária à Saúde”, atribuindo significados. Nesse sentido, este estudo vai ao encontro do pensamento de Piaget sobre aprendizagem significativa, exposto por Lajonquière (2007), quando esse epistemólogo suíço propõe que as informações a serem apresentadas ao educando devem ser potencialmente significativas, isto é, relacionáveis aos conceitos preexistentes em sua estrutura cognitiva; o discente deve manifestar disposição para relacionar essas novas informações aos conceitos já existentes.

As falas expressam esse significado e reafirmam a necessidade e importância da vivência hospitalar na formação da enfermeira com vistas à sua atuação na Atenção Primária à Saúde:

“[...] então é importante que as outras residências tenham esse embasamento hospitalar para, posteriormente, ter um trabalho mais efetivo na unidade de saúde.” (D8).

“[...] mas a experiência tem sido muito interessante, tá dando pra ver outra dinâmica, eu acho que o residente devia, por mais que a residência seja multiprofissional em PSF, eu acho importante uma vivência no hospital.” (D2).

Ressalta-se ainda que propostas como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família são potencialmente geradoras de mudanças para os profissionais já atuantes, considerando a possibilidade de os residentes motivá-los para a reflexão de sua prática. Esses trabalhadores são fruto de uma formação fragmentada, carecendo de capacitação complementar para que possam transformar sua práxis sob novos paradigmas e perspectivas (SAUPE, 2005).

Dentre os aspectos relevantes da vivência hospitalar, encontra-se a possibilidade de as residentes enfermeiras partilharem suas experiências com a equipe na Atenção Primária à Saúde, assumindo, dessa maneira, um potencial papel transformador da prática. Vejamos algumas falas nesse sentido:

“[...] então, assim é interessante, porque você mobiliza a equipe para o que você tá fazendo não é, e assim muito, muito legal porque não é só uma expectativa nossa; a gente percebeu que toda a equipe tava envolvida mesmo.” (D3).

“[...] hoje eu percebo, me comparando aos meus colegas, a grande diferença, por exemplo, em ausculta cardíaca, pulmonar, no exame físico; eu aprendi isso no hospital e compartilho com a equipe.” (D7).

Assim, foi possível refletir sobre a vivência hospitalar e a Atenção Primária à Saúde, compreendendo que as residentes mobilizam e influenciam os membros da equipe a reverem e adquirir novos conhecimentos, fortalecendo um espaço para educação permanente. Esse espaço constitui-se em uma ferramenta essencial para a efetivação de transformações na área da saúde, em busca de uma atuação crítica reflexiva, propositiva, compromissada e com competência técnica, como propõe Ceccim (2005a).

#### *Aprimorando competências em ambiente hospitalar*

As diretrizes para a elaboração de competências sustentam-se no Projeto Político Pedagógico da residência que almeja a formação do Residente em Saúde da Família enquanto um profissional crítico e reflexivo, com competência técnico-científico-ético-legal-político-social-educativa, capaz de ler e interpretar a realidade, diagnosticar a situação, estabelecer prioridades e intervir com competência (BOURGET et al., 2006).

Compreende-se que, para a enfermagem, o termo competência envolve capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações concretas, o que requer habilidades para desenvolver ações de planejamento, implementação e avaliação, sendo fundamental a experiência para um resultado de qualidade (PERES; CIAMPONE, 2006).

Esse saber agir em determinadas situações é essencial ao cotidiano de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Quando se

reflete sobre as possibilidades da vivência hospitalar, acredita-se que ela consiste em um espaço de atuação favorável ao desenvolvimento dessa competência face ao contexto clínico assistencial presente, o qual favorece o exercício da incerteza, dúvida e percepção de limitações, situações essas potencialmente geradoras de atitudes proativas para superá-las (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2011).

No âmbito da formação em saúde, também há mudanças significativas face à atual compreensão acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e ao conceito de compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde. Estão, portanto, em debate, o papel do hospital na formação e as expectativas dos formadores em relação ao hospital (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Reconhece-se que o foco da vivência hospitalar deva estar centrado nas questões clínico-assistenciais para o aprimoramento do julgamento clínico e de algumas questões técnicas específicas, elementares à profissão.

Os discursos a seguir expressam a percepção das residentes enfermeiras sobre o papel do hospital no aprimoramento de competências essenciais à sua formação:

“[...] hoje eu sei fazer uma ausculta cardíaca; hoje eu sei fazer exame físico; hoje eu sei a fisiopatologia de muitas doenças, porque a gente tinha momentos de estudo de caso; a gente tinha momentos da técnica propriamente dita, do exame físico propriamente dito, do procedimento.” [...] (D7).

“[...] dentro do hospital, você tem uma vivência diferenciada né, de outras fisiologias, patologias, um pouco assim aprofundadas; não quero, assim, que pareça que a atenção básica seja superficial, né, mas eu acho que a vivência hospitalar, ela ajuda nesse aperfeiçoamento [...] ela contribui pra você sair um profissional um pouco mais capacitado pra tá atuando.” (D4).

Essas falas sinalizam para as possibilidades de a vivência hospitalar auxiliar no processo de

ensino-aprendizagem, acreditando ser por meio dessa experiência prática que novos conhecimentos são incorporados, segundo uma aproximação crítica da realidade. Nesse sentido, vale mencionar que: “Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta [...]” (PEREIRA, 2003, p. 1532).

O programa de residência, ao diversificar cenários de ensino-aprendizagem, tem contribuído para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de competências por acreditar que a competência é uma capacidade que não se esgota no período de formação universitária, mas deverá ser revista ao longo da vida profissional (PERES; CIAMPONE, 2006).

Nesse sentido, vivenciar diferentes níveis de atenção, dentre eles o hospitalar, auxilia o residente em seu processo de formação pela aquisição de novas competências e por perceber o papel do hospital como cenário da prática assistencial e recuperação de agravos, um caminho que o usuário pode percorrer em busca da integralidade da assistência.

#### *Complementando a formação do enfermeiro*

A estruturação dos aspectos relevantes na formação das enfermeiras evidenciou situações referentes à formação “básica/generalista”, a qual abrange as competências elementares à profissão. Dessa maneira, ao refletir sobre o perfil de formação dos residentes, profissionais recém-graduados, no que diz respeito aos aspectos essenciais à profissão, observaram-se algumas lacunas e limitações. O pressuposto foi que a formação havia privilegiado os aspectos teóricos conceituais, essenciais para a atuação dos enfermeiros, em detrimento daqueles relacionados à articulação desses conceitos à prática contextualizada. Entendeu-se, então, que seria necessária uma aproximação dos referenciais teóricos com a prática, almejando a integração dos saberes. Acredita-se que essa integração é potencialmente geradora de significados pela possibilidade de ser aplicada no dia a dia da enfermeira, tal como propõem Landim, Batista e Silva (2011).

A distribuição de disciplinas, de conteúdos e de procedimentos gerou uma fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação de graduação, o que resultou em dificuldades ao longo dos cursos que preparam o profissional para o ingresso imediato no mercado de trabalho (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Nesse sentido, o estudo de Gomes e Oliveira (2004) analisou a formação e o mercado de trabalho, caracterizando como inadequado o desempenho prático referente aos aspectos técnicos dos enfermeiros para atender às demandas existentes. Da mesma forma, as depoentes do presente estudo referiram dificuldades no fazer específico da profissão ao saírem da faculdade. Percebe-se, pelo depoimento a seguir, que, na prática da RMSF, a formação generalista não atende a todas as formações: “[...] a gente sai da faculdade muito despreparado, não é? A gente sai da faculdade sem base nenhuma, né, pra qualquer tipo de trabalho na verdade, né [...]” (D8).

Ao discorrerem sobre a formação profissional, autores como Loureiro e Vaz (2000), consideram-na insuficiente frente às demandas mercadológicas impostas aos novos profissionais. Percebem muito mais do que uma deficiência no sistema formador e acreditam na existência de um descompasso entre o perfil profissional, com base no qual a formação se desenvolve, e aquele exigido pelo mercado. Esse contexto conduz a discutir-se os desafios relacionados ao processo de formação desses profissionais e o papel da residência em suprir algumas lacunas da graduação, concomitantemente à formação de recursos para o SUS, objetivo central da residência.

O estudo de Gattás (2006) discorre sobre o assunto e menciona a prioridade da formação de recursos para o SUS, exigindo do profissional melhor preparo para que considere os determinantes econômicos e sociais do processo saúde-doença, voltados para os aspectos de promoção e prevenção de doença, consciente do seu papel social e transformador.

A fala a seguir fundamenta esta discussão:

“[...] a residência não foi criada pra suprir as falhas da graduação não é, mas faz assim mesmo, não querendo isso a residência, porque ela tem outros objetivos, vem para aperfeiçoar [...] a gente, enquanto residente, a gente espera um pouco não é; de capacitação, mas também para suprir um pouco dessa falta da graduação, e só na atenção básica a gente não tem tudo, dentro da atenção básica, enquanto enfermeira é complexo, é uma outra visão.” (D4).

Os discursos revelam que as residentes enfermeiras reconhecem a vivência hospitalar como uma oportunidade para suprir algumas lacunas de sua formação. Ressaltam que a residência não tem esse papel, porém acaba por assumi-lo diante das dificuldades apresentadas no dia a dia. Sugerem ainda a necessidade de ressignificar essa prática por acreditarem que apenas o cotidiano possibilita o sentido que leva à experiência; com base na experiência, podem ser determinadas as necessidades da própria prática, levando, por sua vez, os educandos a assumirem o compromisso de alterá-la (CECCIM, 2005b).

#### *O exercício do julgamento clínico e a atuação na Atenção Primária à Saúde*

A principal inquietação mobilizada pela formação das enfermeiras na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, diz respeito à necessidade de prepará-las para o exercício do julgamento clínico. Considerando que a Atenção Primária à Saúde é responsável pela identificação, encaminhamento e acompanhamento dos agravos após alta hospitalar, acredita-se que vivenciar a assistência no período hospitalar proporcione aos residentes, melhor compreensão dos agravos e o desenvolvimento de competências, dentre elas, o julgamento clínico, essencial para a identificação dos problemas e tomada de decisões.

O julgamento clínico consiste em um processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição da enfermeira que procura fazer julgamentos com base em evidências que



levam ao diagnóstico de enfermagem (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Os discursos sinalizam que o ambiente hospitalar fortalece o exercício do julgamento clínico com base em um contexto clínico e reflexivo dos agravos à saúde, correlacionados ao perfil epidemiológico da Atenção Primária à Saúde. Vejam-se algumas falas nesse sentido: “[...] todo enfermeiro que passa pelo hospital, ele tem o exame físico melhor, um olhar clínico melhor; ele tem um raciocínio clínico melhor, é isso.” (D7); “[...] saber mais da clínica, porque eu acho que essa é uma angústia que eu tenho, eu estou lá no PSF, ai meu Deus será que é isso mesmo, tudo que eu posso oferecer para esse paciente [...]” (D6).

Ao pensar em possibilitar um cenário de prática favorável ao exercício do julgamento clínico, acredita-se estar contribuindo para a formação e o desenvolvimento de competências. Corroborou-se este entendimento com estudos que referem o perfil dos profissionais como inadequado para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005). O discurso a seguir expressa essa vertente da questão: “[...] o paciente no hospital já está doente, já tem algumas coisas de exame físico já instaladas, que a gente talvez não pegue na unidade e, quando pegar, a gente vai saber diagnosticar precocemente, pra fazer um encaminhamento, então, é isso o que eu achei mais rico de tudo.” (D7).

Competência tem sua dimensão contextualizada na prática. Significa uma atuação que vai ao encontro da situação, que sabe o que fazer em uma situação concreta, porém, para saber o que fazer, pressupõe uma compreensão e um julgamento da situação (ALARCÃO; RUA, 2005). Essa forma de atuação está expressa no depoimento de (D6): “[...] no hospital, quando ele já apresenta vários sinais, quando eu estou lá falando, o paciente apresenta isso, isso, isso, então, eu acho que isso ajuda muito, você estar segura daquele diagnóstico que você está dando pra ele lá.”

Essa capacidade de compreensão e juízo da situação, “julgamento clínico”, objetivando

a tomada de decisão segura e eficaz, pode ser exercitada em diferentes cenários, dentre eles, o hospitalar (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2011). Ao se eleger o hospital como principal cenário para esse exercício, atenta-se fundamentalmente aos aspectos que tangenciam a identificação e o diagnóstico precoce, entendendo que, muitas vezes, a porta de entrada para os serviços de saúde encontra-se na Atenção Primária à Saúde.

Para o preceptor que atua no hospital, acompanhar as complicações de saúde dos usuários gera angústia. Dentre essas complicações, podem-se citar infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, decorrentes da demora no diagnóstico para o início do tratamento. Assim, ele questiona-se se os usuários haviam procurado por assistência quando do início dos sinais e sintomas e qual foi a conduta dos profissionais. Veja-se uma fala nesse sentido: “[...] quando chega uma emergência, você percebe que ele não sabe atuar, e aí fica o médico, muitas vezes sem prática e então você percebe desastres; desastres acontecem, coisas bobas por falta de experiência de clínica [...]” (D5). Coloca-se, assim, em discussão qual a abordagem dos profissionais na Atenção Primária à Saúde e quais seriam as competências necessárias para a atuação do enfermeiro na atenção básica de forma que possa reconhecer, tratar e, algumas vezes, encaminhar à atenção terciária, evitando, dessa forma, as complicações.

O enfermeiro necessita ter conhecimento e competência para interpretar os achados da clínica, os quais o auxiliarão na tomada de decisão em relação à assistência de enfermagem (GALVÃO; SAWADA, 2005). O depoimento a seguir ilustra essa preocupação:

“[...] eu acho que a importância da vivência hospitalar é justamente essa: criar um olhar clínico que você não consegue na unidade de saúde, porque o paciente ainda não está doente. Talvez a gente pegue um paciente doente, mas, assim, ele não está totalmente doente; então, a gente consegue pegar esse olhar clínico prévio para, na hora que ele chegar na unidade de saúde, eu possa fazer

um diagnóstico precoce, avaliar e poder cuidar dele.” (D7).

Certas habilidades da enfermagem apenas podem ser adquiridas por meio da intervenção e discussão direta nos cenários da prática assistencial, auxiliando no exercício clínico. A vivência clínica em enfermagem remete a diferentes cenários de formação, aos quais são atribuídos papéis específicos e responsabilidades ao longo do processo de formação acadêmica. Os enfermeiros devem ser preparados não somente do ponto de vista teórico, mas também da prática clínica, essencial à tomada de decisão (SILVA, D.; SILVA, M., 2005). Percebe-se, no fragmento de discurso a seguir, o reconhecimento da necessidade desse preparo:

“[...] um outro exemplo que eu acho importante. Eu fiquei no CO enquanto residente; eu aprendi a fazer toque, eu aprendi a avaliar um trabalho de parto, aí chegou uma moça, uma usuária, estava em trabalho de parto, eu consegui fazer dinâmica, tocar e encaminhar ao hospital. A vivência hospitalar faz isso com a gente [...]” (D7).

O estudo de Feuerwerker e Cecílio (2007) mostra que os contextos da prática influenciam, de maneira significativa, a formação dos enfermeiros. O potencial de desenvolvimento é tanto maior quanto mais rica e diversificada for a natureza dos campos de ensino. A fala seguinte expressa um cenário de aprendizagem:

“[...] a gente vê a patologia do paciente para ver se é hipertenso, o que pode causar uma hipertensão mal diagnóstica, mal tratada, os cuidados que a gente tem que ter com ele, um paciente acamado, quando vai para casa, quais os cuidados que gente tem que ter qual o acompanhamento [...]” (D8).

Cabe mencionar que os preceptores percebem a vivência hospitalar como algo fundamental para o desenvolvimento de competência clínica e para o exercício do julgamento clínico. O reflexo da vivência hospitalar no cenário da prática foi expresso nos discursos e também por meio de outros indicadores, dentre eles, as

avaliações realizadas diariamente, as discussões e apresentações de estudo de caso, exercitando a aproximação entre teoria e prática.

Outros indicadores encontram-se nas unidades da Atenção Primária à Saúde, quando as depoentes relataram sentir-se mais seguras nas consultas e visitas domiciliares aos pacientes acometidos por doenças crônicas degenerativas e nas situações de emergências e urgência. Perceberam a importância das ações de promoção e prevenção, as quais se configuram de forma distinta após vivenciarem, no ambiente hospitalar, as sequelas e agravamentos de doenças crônicas quando não diagnosticadas precocemente e devidamente acompanhadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No propósito de compreender os significados atribuídos pelas residentes enfermeiras à vivência clínica hospitalar em sua formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o presente estudo revelou, entre outros aspectos, a necessidade de integrar essa vivência ao programa, suscitando ainda reflexão sobre aspectos essenciais a serem abordados no hospital, com foco na Atenção Primária à Saúde, possibilitando o emergir do papel do preceptor como mediador do conhecimento em contexto hospitalar. Nesse sentido, os discursos revelaram um mundo sob a perspectiva do olhar das residentes sobre sua percepção dessa vivência.

Com relação ao tema “Uma Aprendizagem Significativa”, sua essência reside nos significados e possibilidades atribuídos pelos residentes enfermeiros; dentre eles, encontra-se essa vivência como complementação de sua formação frente aos desafios da graduação em enfermagem, de modo a prepará-los para a atuação no mercado de trabalho. Os discursos sinalizam que esses profissionais sentem-se despreparados para essa atuação e percebem a vivência hospitalar enquanto uma estratégia de desenvolvimento/aprimoramento de novas competências, como também para superar algumas lacunas na sua formação. A possibilidade de desenvolver novas competências e/ou aprimorar algumas

dessas limitações e lacunas confere à vivência hospitalar um papel significativo na formação do enfermeiro, por reportarem à Atenção Primária à Saúde todo o vivenciado no hospital.

Outro aspecto que emergiu dos discursos refere-se ao exercício do julgamento clínico e a atuação na Atenção Primária à Saúde. As residentes sinalizam que vivenciar a assistência de enfermagem em contexto hospitalar proporcionou melhor compreensão dos agravos à saúde; possibilitou também o desenvolvimento de competências, principalmente a competência clínica/julgamento clínico.

Compreende-se que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por encontrar-se em processo de construção face à sua recente proposição como modalidade de ensino, interagindo com a comunidade, a pesquisa e o ensino, vem contribuindo para a qualificação dos profissionais do SUS, especialmente em relação à Atenção Primária à Saúde, e para a consolidação dos princípios desse sistema.

Mais ainda, dos significados atribuídos à vivência hospitalar, emergiram a necessidade e a relevância da vivência clínica hospitalar como parte integrante do currículo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família para as enfermeiras. Acredita-se que este estudo vem contribuir para novas ações e intervenções sobre a vivência clínica na formação dos enfermeiros na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competência. *Texto & Contexto Enferm.*, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 373-382, 2005.

ARANHA, Maria Lúcia A.; MARTINS, Maria Helena P. *Filosofando*: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1998.

BOEMER, Magali R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 83-94, 1994.

BOURGET, Monique M.M. et al. Residência multiprofissional em saúde da família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina. In: BRASIL.

Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde*: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006. p. 109-122.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.111/GM, de 5 de julho de 2005*. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, de responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1111.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 12 abr. 2013.

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

CECCIM, Ricardo B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde: *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1-12, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comum. Saúde Educ.*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005b.

COLL, César. *Psicologia e currículo*: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 2003.

FEUERWERKER, Laura C.M.; CECÍLIO, Luiz C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

GALVÃO, Maria C.; SAWADA, Okino N. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 293-301, 2005.

GATTÁS, Maria L B. *Interdisciplinaridade*: formação e ação na área de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2006.

GIL, Célia R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOMES, Antônio M.T.; OLIVEIRA, Denize C. Formação profissional e mercado de trabalho: um olhar a partir das representações sociais de enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 265-271, 2004.

- HEIDEGGER, Martin. *Ser e tempo*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
- LAJONQUIÉRE, Leandro de. Piaget: notas para uma teoria construtivista da inteligência. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 131-142, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65641997000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100008)>. Acesso em: 28 mar. 2006.
- LANDIM, Simone A.; BATISTA, Nildo A.B.; SILVA, Gilberto T.R. da. A vivência clínica na formação do enfermeiro. *Rev. bras. Enferm.*, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 558-562, 2011.
- \_\_\_\_\_. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. *Rev. bras. Enferm.*, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 913-920, 2010.
- LIMA, Valéria V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comum. Saúde Educ.*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.
- LIMA, Luciano R.; PEREIRA, Sandra V.M.; CHIANCA, Tânia C.M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. *Rev. Bras. Enferm.*, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 285-290, 2006.
- LOUREIRO, Mariângela; VAZ, Marta R.C. Refletindo sobre o “Ensinar e Aprender” para a autonomia e a transformação da realidade. *Texto & Contexto Enferm.*, Santa Catarina, v. 9, n. 3, p. 230-248, 2000.
- MARTINS, Joel; BICUDO, Maria A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.
- NASCIMENTO, Débora G.; OLIVEIRA, Maria Amélia C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.
- PEREIRA, Adriana L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências sociais. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.
- PERES, Aínda M.; CIAMPONE, Maria Helena T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto&Contexto Enferm.*, Santa Catarina, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006.
- RODRIGUES, Rita C.V.; PERES, Heloísa H.C. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 298-304, 2008.
- SAUPE, Rosita et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. *Interface-Comunic. Saude, Educ.*, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.
- SILVA, Daniel M.; SILVA, Ernestina M.V.B. O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium Rev. ISPV*, Portugal, v. 30, n. 8, p. 103-108, 2005.

Submetido: 29/5/2012

Aceito: 24/10/2012