

Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem*

PROBLEMATIZING THE MULTIPROFESSIONAL ONCOLOGY RESIDENCE: PROTOCOL OF PRACTICAL TEACHING IN PERSPECTIVE OF NURSING RESIDENTS

PROBLEMATIZANDO LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN ONCOLOGÍA: PROTOCOLO DE ENSEÑANZA PRÁCTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DE ENFERMERÍA

Myllena Cândida de Melo¹, Gisella de Carvalho Queluci², Mônica Villela Gouvêa³

RESUMO

Objetivo: Investigar o ensino prático de residentes de Enfermagem de uma residência oncológica multiprofissional. **Método:** Pesquisa descritiva qualitativa, embasada na metodologia da problematização e em suas etapas, representadas pelo Arco de Maguerez. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo. **Resultados:** Elementos potencializadores e limitantes da residência nortearam o desenho de um protocolo de ensino prático na perspectiva dos residentes, estruturado em três etapas: acolhimento e ambiência; cuidados de Enfermagem a partir de situações-problema e processo de avaliação. **Conclusão:** A sistematização do ensino prático promoveu a autonomia dos sujeitos e a aproximação do ensino à realidade, tornando a residência menos extenuante, aflitiva e estressante.

DESCRITORES

Educação em enfermagem
Aprendizagem baseada em problemas
Internato não médico
Preceptoría
Enfermagem oncológica

ABSTRACT

Objective: To investigate practical teaching of nurse residents in a multidisciplinary residency in oncology. **Method:** A qualitative descriptive study grounded in the problematization methodology and its steps, represented by the Maguerez Arch. Data were analyzed using content analysis. **Results:** Potentiating and limiting elements of the residency guided the design of a practical teaching protocol from the perspective of residents, structured in three stages: Welcoming and ambience; Nursing care for problem situations; and, Evaluation process. **Conclusion:** Systematization of practical teaching promoted the autonomy of individuals and the approximation of teaching to reality, making residency less strenuous, stressful and distressing.

DESCRIPTORS

Education, nursing
Problem-based learning
Internship, nonmedical
Preceptorship
Oncology nursing

RESUMEN

Objetivo: Investigar la enseñanza práctica de los residentes de enfermería de una residencia oncológica multiprofesional. **Método:** Investigación descriptiva cualitativa, basada en la metodología de problematización y en sus etapas, representadas por el Arco de Maguerez. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido. **Resultados:** Tanto factores potenciadores y limitantes de la residencia guiaron el diseño de un protocolo de enseñanza práctica desde la perspectiva de los residentes, estructurado en tres etapas: acogida y ambiente; cuidados de enfermería a partir de situaciones problema y proceso de evaluación. **Conclusión:** La sistematización de la enseñanza práctica promueve la autonomía de los sujetos y la aproximación de la enseñanza a la realidad, haciendo la residencia menos agotadora, angustiante y estresante.

DESCRIPTORES

Educación en enfermería
Aprendizaje basado en problemas
Internato no médico
Preceptoría
Enfermería oncológica

* Extraído da dissertação "A residência como cenário educativo para enfermeiros: o uso da metodologia da problematização", do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2013. ¹ Mestre, Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. ² Professora Adjunta, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. ³ Professora Associada, Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade e do Mestrado Profissional em Ensino da Saúde, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A residência é considerada uma modalidade de treinamento em serviço, tendo como base a aprendizagem pela prática cotidiana. Essa prática se caracteriza pela aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, fundamentais no desenvolvimento do profissional aprendiz, através da exposição a situações próprias para a formação, não artificiais e nem artificializadas, mas que representam momentos do dia a dia pensados para serem didáticos⁽¹⁾.

A reflexão crítica sobre os processos de trabalho – mesmo em condições de alienação e de subordinação a uma lógica que dificulta o exercício profissional como prática criadora e capaz de dotar os sujeitos de satisfação – é uma condição necessária para ampliar as dimensões realizadoras do trabalho na saúde. Nesse cenário é importante compreender que as principais questões contemporâneas sobre educação estão profundamente relacionadas às novas demandas do processo de trabalho, motivadas pelas mudanças na produção e difusão de bens e conhecimentos gerados pelos avanços científico-tecnológicos em nossa sociedade⁽²⁾.

Este estudo tem foco em uma residência multiprofissional que busca formar profissionais de saúde críticos e reflexivos, preparados para atuar de forma integral e interdisciplinar na Atenção Oncológica, em diferentes modalidades: promoção da saúde, prevenção de agravos, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Para tanto, foi necessário adequar todo o processo de formação profissional à diversidade e à complexidade do cotidiano de prática em uma instituição oncológica. O Ministério da Saúde aponta que tal disposição implica o enfrentamento de alguns desafios, tais como⁽³⁾: a substituição do modelo de ensino focado no professor por atividades de aprendizagem centradas na reflexão sobre a realidade, de maneira a articular teoria e prática; a superação do modelo disciplinar fragmentado pela construção de um currículo interdisciplinar, no qual o eixo da formação articula processos de ensino, pesquisa, gestão e assistência em equipe multiprofissional, tendo a integralidade do cuidado como tema transversal; o rompimento com a polarização individual *versus* coletivo e biológico *versus* social; a transformação da concepção de avaliação como processo punitivo para uma avaliação inclusiva, diagnóstica e processual.

Tal desafio pressupõe domínio teórico-metodológico da concepção de educação problematizadora por parte dos atores envolvidos no panorama da residência: gestão, docência, preceptoria, tutoria.

Nesse sentido, há tempos são reconhecidos métodos de aprendizagem ativa, organizados a partir de situações-problema que valorizam o aprender a aprender. A reflexão sobre problemas cotidianos desencadeia a busca de fatores

explicativos e a proposição de soluções. Os conteúdos são reconstruídos pelo aprendiz que reorganiza e adapta o conteúdo à sua estrutura cognitiva prévia, descobrindo relações, leis ou conceitos que precisará assimilar⁽⁴⁾.

A Metodologia da Problematização (MP), enquanto proposta educacional ativa e crítica de trabalho pedagógico, encontra fundamentação e respaldo na Filosofia da Práxis de Adolfo Sánchez Vásquez e na Pedagogia Libertadora/Problematizadora de Paulo Freire com inspiração nos princípios do Materialismo Histórico Dialético⁽⁵⁾.

Este artigo tem com o objetivo aprofundar o conhecimento sobre o ensino prático em uma residência oncológica multiprofissional, advindo da aplicação da metodologia da problematização com residentes de enfermagem.

MÉTODO

A pesquisa descritiva de abordagem qualitativa foi desenvolvida durante o ano de 2012 em um hospital-ensino da rede pública do Rio de Janeiro, que oferece o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia (PRMO).

O estudo envolveu residentes de Enfermagem do 1º ano do PRMO, ingressos em 2012. Os participantes da pesquisa compuseram um grupo jovem (23 a 29 anos), com no máximo dois anos de formados, sendo a maioria mulheres solteiras e naturais de outros estados, totalizando nove sujeitos.

O método da pesquisa está embasado na MP e em suas etapas, representadas pelo Arco de Maguerez (Figura 1).

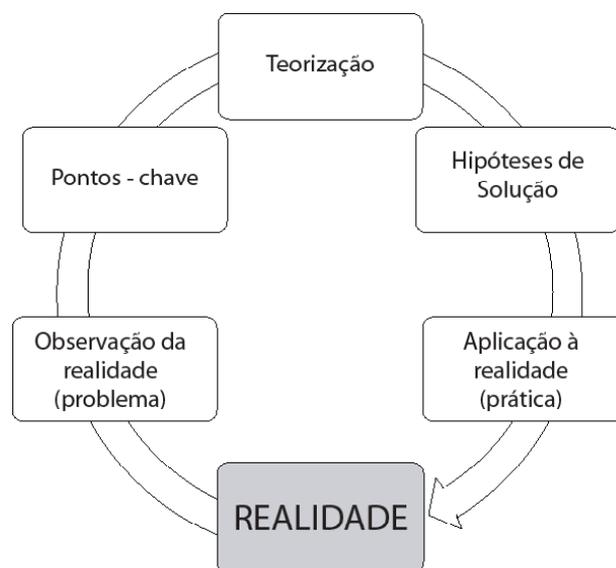


Figura 1 – Arco de Maguerez utilizado por Berbel, a partir de Bordenave e Pereira⁽⁶⁾

O arco de Maguerez tem como base a realidade vivida, na qual se procura trabalhar a vida real, ou seja, a realidade como ponto de partida. O estudo processa-se em

cinco fases: observação da realidade → pontos-chave → teorização → hipóteses de solução → aplicação à realidade, voltando para essa mesma realidade, na intenção de transformá-la em algum nível⁽⁶⁾.

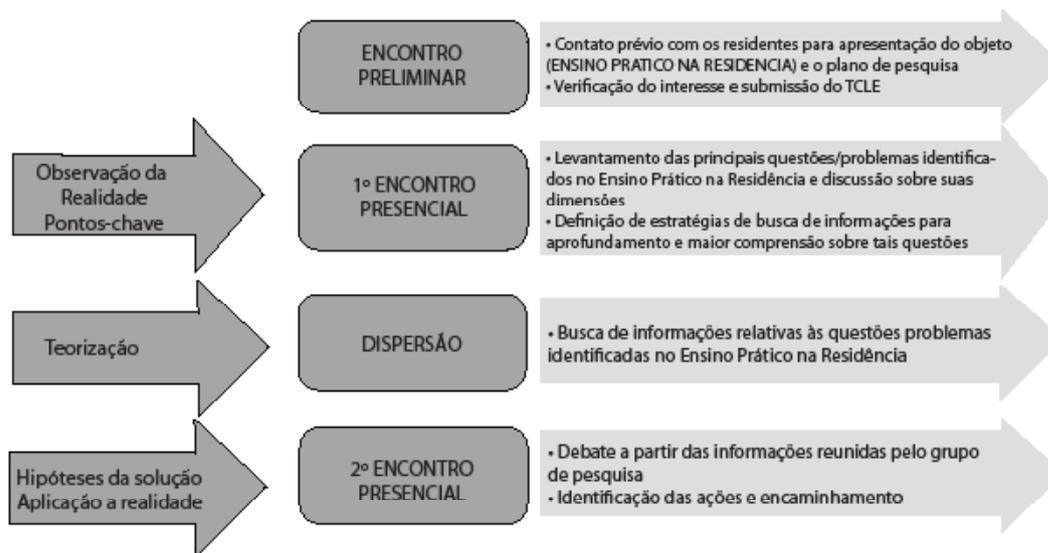


Figura 2 – Esquema de coleta de dados, elaborado pelos pesquisadores – Rio de Janeiro, Brasil, 2013

No **1º encontro** os residentes, pela **observação da realidade**, identificaram em seu ambiente profissional possíveis situações-problema relacionadas à residência. Nesta etapa, a pesquisadora buscou instigar, motivar e debater as principais situações, questões ou problemas de cunho teórico ou prático vivenciados pelos residentes. Na sequência, o grupo selecionou uma situação-problema principal que atendia de maneira geral aos seus anseios, refletindo e expressando individualmente seu entendimento quanto às possíveis razões e dimensões para a existência e manutenção do problema destacado, listando seus questionamentos (**pontos-chave**). No próximo passo da coleta (dispersão), os residentes tiveram quinze dias para buscar, individualmente ou em grupo, dados e informações para fundamentação das dimensões/razões da situação-problema – **teorização** – e, assim, levantaram as **hipóteses de soluções**. No **2º encontro**, a pesquisadora retomou a situação-problema principal, questionando quais as estratégias de busca utilizadas pelos participantes. Posteriormente, foram apresentadas e debatidas as informações trazidas por estes, gerando uma síntese com sua percepção individual sobre o problema, fatores potencializadores e limitantes, suas causas/dimensões e se houve mudança em seu grau de conhecimento. Imediatamente, os residentes expuseram possíveis soluções, compromissos, encaminhamentos e novas ações práticas aplicáveis para a problemática em questão, findando com a elaboração de um protocolo de ensino prático – **aplicação à realidade**.

Durante cada um dos encontros, as pesquisadoras mediaram as discussões do grupo, digitando e projetando em data show simultaneamente as sínteses para garantir visualização e análise coletiva. Após as sessões, foram solicitadas

Logo, os dados foram obtidos por meio de observação participante e registros em diário de campo, a partir de encontros com os residentes participantes da pesquisa, conduzidos e baseados nas etapas do Arco de Maguerez e MP, e detalhados na Figura 2.

análises individuais dos participantes e efetuados registros em diário de campo, resultantes da observação participante das pesquisadoras. Os registros individuais foram digitados, identificando-se os participantes através de letras de A a I.

Para tratamento dos dados foi adotada a técnica de Análise de Conteúdo⁽⁷⁾, seguindo três etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados e interpretação. Assim, o material de pesquisa oriundo dos registros do diário de campo e das sínteses foi reunido e organizado a partir da leitura flutuante. Num segundo momento, os dados foram codificados a partir das unidades de registro e, na sequência, foram categorizados, classificando os elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns⁽⁷⁾.

Ressalta-se que o projeto foi aprovado por um Comitê de Ética sob registro CAAE/03454912.0.0000.5243, atendendo aos princípios éticos da Resolução 466/2012⁽⁸⁾.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu identificar fatores potencializadores e limitantes do ensino prático no PRMO que permearam todo o processo de pesquisa. Foram considerados elementos potencializadores: o avançado aporte de recursos tecnológicos; e a estrutura física/equipamentos à disposição do PRMO, que são apropriados para as atividades de ensino, pesquisa e assistência, possibilitando o aprimoramento do conhecimento científico e tecnológico em saúde pelos residentes. Quanto aos fatores limitantes, foram identificados: a (pouca) percepção do preceptor

sobre seu papel educativo; a dissociação entre teoria e prática; e a inadequação dos processos de supervisão e avaliação das atividades dos residentes.

Assim, tendo como pressupostos os fatores limitantes, foram identificadas categorias ligadas ao ensino prático na referida residência, a saber: 1) a estruturação de uma sistemática de acolhimento e ambiência para novos residentes; 2) o planejamento e a implementação dos cuidados

de Enfermagem a partir de situações-problema; e 3) a reorganização do processo de avaliação. Partindo da análise destas categorias, pôde-se desenhar um *Protocolo de Ensino Prático*. Este foi proposto pelo grupo participante da pesquisa, na perspectiva de orientar ações educativas fundamentais a serem desempenhadas pelos diversos profissionais envolvidos com o PMRO, conectando os responsáveis e suas ações, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Protocolo de Ensino Prático, com seus respectivos responsáveis e ações - Rio de Janeiro, Brasil, 2013

PROTOCOLO DE ENSINO PRÁTICO	
I - Acolhimento e Ambiência	
RESPONSÁVEIS	AÇÕES
Coordenação Geral de Ensino	Planejar, implantar e coordenar os cursos e programas oferecidos pela instituição; Promover e divulgar a produção de conhecimentos científicos; Recepção e direcionamento para a roda de conversa.
Coordenação da Área Multiprofissional	Apresentar a legislação específica que rege o PRMO e documentação afim; Planejar os conteúdos programáticos e as atividades do eixo transversal (comum a todas as categorias).
Coordenação da Área de Enfermagem	Apresentar a dinâmica da unidade, escala de serviço, atividades esperadas, atribuições e formulários de avaliação; Visitar as unidades e chefes de departamentos; Apresentar os residentes ao tutor.
Tutor	Recepcionar o residente com cordialidade, colocando-se à disposição para quaisquer esclarecimentos, sugestões e/ou queixas; Apresentar o serviço: equipe, dinâmica do serviço, localização de materiais e insumos, impressos, formulários e sistemas pertinentes à assistência; Apresentar o novo residente ao preceptor.
Preceptor	Reapresentar o ambiente de trabalho e equipe; Esclarecer e repassar as atribuições teóricas e práticas do residente, além da dinâmica e operacionalidade da clínica em questão, rotina institucional e assistencial; Acompanhar e facilitar o cotidiano do residente na prática.
II - Cuidados de Enfermagem a partir de situações-problema	
RESPONSÁVEIS	AÇÕES
Coordenação da Área de Enfermagem	Planejar os conteúdos programáticos e as atividades do eixo específico, assim como os objetivos de aprendizagem; Fornecer suporte técnico-científico ao corpo docente e assistencial de preceptores; Organizar e selecionar o grupo de orientadores para acompanhamento e contribuição na elaboração do trabalho de Conclusão de Curso;
Tutor	Organizar, promover e divulgar eventos científicos. Implementar estratégias pedagógicas integradoras entre teoria e prática, articulando ensino-serviço; Promover capacitação pedagógica e educação permanente aos preceptores; Planejar e promover grupos de estudos e sessões clínicas multiprofissionais; Avaliar continuamente o desenvolvimento acadêmico-assistencial dos residentes.
Preceptor	Instigar o levantamento de questionamentos pelo residente, despertando seu interesse; Motivar a participação do residente na tomada de decisões, envolvendo-o em todo o processo assistencial, e não somente na realização de técnicas; Acompanhar, supervisionar e orientar o cotidiano do residente na prática; Trabalhar os conceitos, tratamentos disponíveis e cuidados em oncologia, a partir de situações vivenciadas em sua prática e da vivência dos residentes, a fim de aproximá-los dessa realidade e experiência com clientes oncológicos; Fornecer aporte teórico e possíveis bases de pesquisa, para aprofundamento quanto ao histórico clínico do paciente e/ou caso, exame físico, diagnóstico e tratamento oncológico; Promover/facilitar o entrosamento multidisciplinar, aproximando os residentes de Enfermagem dos demais profissionais, primando pela qualidade da assistência; Articular integração teoria-prática, colaborar e ajudar na aplicação e/ou no suporte do tratamento proposto, com elaboração de um plano de cuidados; Oportunizar e destacar procedimentos e técnicas específicas de cada clínica, além de orientar e supervisionar sua realização.

Continua...

Continuação...

PROTOCOLO DE ENSINO PRÁTICO	
III - Processo de Avaliação	
RESPONSÁVEIS	AÇÕES
Coordenação Geral de Ensino	Elaboração e definição dos critérios de avaliação.
Coordenação da Área de Enfermagem	Confecção de instrumentos de avaliação de acordo com os objetivos de aprendizagem.
Tutor	Realizar avaliação do preceptor, considerando os apontamentos dos residentes e do próprio preceptor avaliado; Reunir todos ou pelo menos um dos preceptores que acompanharam o residente a ser avaliado, ouvindo suas opiniões quanto ao aprendizado e desempenho deste, reduzindo assim o viés provocado pela empatia ou antipatia entre preceptor/residente.
Preceptor	Avaliar processualmente o residente, com etapa inicial, parcial e final, durante a permanência do residente no serviço, com feedback imediato, escutando as dificuldades e facilidades enfrentadas por este, pontuando também suas expectativas enquanto preceptor; Expor e discutir com o residente os formulários de avaliação já desenvolvidos pelo programa, dando a ele a oportunidade de fala, apontando sugestões e críticas; Apresentar ao residente sua avaliação, facultando a este o direito de questionar e/ou justificar qualquer ponto avaliado; Apreciar o residente, de acordo com sua conduta profissional, e conforme os critérios de aprendizado estabelecidos pelo programa.

Cabe lembrar que tais atores no cenário da residência multiprofissional desempenham papéis distintos em diferentes momentos, a saber: coordenação geral de ensino (coordenador designado pelo diretor-geral do instituto), coordenação da área de ensino multiprofissional e coordenador específico da área de Enfermagem (coordenadores indicados pela comissão de ensino e homologados pelo coordenador geral), tutoria (líder do serviço – enfermeiro administrativo do setor e/ou supervisor, gerente de Enfermagem), docentes (profissionais vinculados à área educacional da instituição e profissionais gerenciais/assistenciais com expertise nas áreas trabalhadas), preceptoria (enfermeiros assistenciais) e comissão de ensino (comissão formada pela participação do coordenador da área de ensino, membro da coordenação do curso/programa, representante de cada unidade do instituto, representante docente e discente).

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados remete aos apontamentos do Protocolo de Ensino Prático, detalhado no Quadro 1.

Estruturação de uma Sistemática de Acolhimento e Ambiência

O dicionário Aurélio descreve *acolhimento* como *ato ou feito de acolher; recepção; refúgio, guarida*⁽⁹⁾. Já a Política Nacional de Humanização define acolhimento como

recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário⁽¹⁰⁾.

O outro ponto, a *ambiência* para a Enfermagem, é tida como uma preocupação há tempos. Florence Nightingale idealizou a Teoria de Ambientes, afirmando que o indivíduo tem suas defesas naturais influenciadas por um ambiente saudável ou não, um ambiente com condições externas capaz de prevenir doenças, suprimi-las ou agravá-las⁽¹⁰⁾. Assim, cabe à Enfermagem, enquanto profissão de contato com o paciente, modificar os aspectos não saudáveis da atmosfera, promovendo melhores condições para a natureza agir. Florence referia-se a este ambiente como terapêutico, favorável ao processo reparativo mediante o uso do ar puro, da luz e do calor, da limpeza, do repouso, com o mínimo dispêndio das energias vitais do paciente⁽¹¹⁾.

Acolhimento e ambiência são dois conceitos que na ótica da saúde referem-se ao paciente ou usuário dos serviços. Porém, tais definições podem perfeitamente ser aplicadas a profissionais e residentes. Uma instituição de saúde que se propõe a formar trabalhadores, precisa recebê-los com cuidado, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por eles, ouvindo suas expectativas, permitindo que estes expressem suas preocupações, dúvidas, integrando-os a uma equipe de saúde multiprofissional, supervisionando suas atividades, além de promover um espaço tranquilo e propício ao aprendizado.

Dentre os responsáveis institucionais pelo ensino do residente, predomina a figura do preceptor, visto sua atuação direta com este, ao assumir inúmeras funções. Algumas vezes mostra o caminho, serve como guia, outras vezes estimula o raciocínio e a postura ativa do residente. Muitas vezes planeja, controla o processo de aprendizagem e analisa o desempenho. Mas também aconselha, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem aprendiz⁽¹²⁾.

A interação entre preceptor e residente é permeada por relações, seja profissionais ou pessoais, advindas do

convívio diário no âmbito do trabalho, onde trabalhadores especialistas compartilham saberes e vivências com enfermeiros residentes, em sua maioria, recém-formados e inexperientes. Para dar início a uma relação produtiva, é essencial que os envolvidos se interessem e aceitem suas atribuições no contexto em questão. As falas abaixo representam a interpretação dos enfermeiros residentes frente a sua recepção, seu acolhimento e sua ambientação na residência.

As possíveis causas para este problema são: falta de tempo da parte dos preceptores para com os residentes; falta de interesse em querer ensinar da parte do preceptor escolhido, que, por sua vez, não aceita o cargo (Fala registrada em diário de campo).

Os preceptores não são preparados/capacitados para tal, não têm perfil, não gostam de ensinar, consideram o residente trabalho em dobro (Fala registrada em diário de campo).

Planejamento e Implementação dos Cuidados de Enfermagem a partir de Situações-Problema

Historicamente, o ensino na saúde tem sido pautado no uso de métodos tradicionais, oriundos do padrão mecanicista, cartesiano, flexneriano. Nesse modelo conservador de ensino-aprendizagem, o professor é colocado no centro do processo educativo como transmissor de conteúdos, enquanto cabe ao aluno ser um mero expectador, passivo e repetidor⁽¹³⁾.

Paralelamente, o mercado de trabalho tem exigências crescentes de produtividade e de qualidade, com competências para além da destreza técnico-instrumental, requerendo também a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços. Consequentemente, o trabalho não qualificado, fragmentado, repetitivo e rotineiro é substituído por novas formas de organização, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia⁽¹⁴⁾.

Tradicionalmente a formação em saúde, e na Enfermagem, está centrada na reiteração rígida de tarefas, normas e rotinas distantes da realidade, realizadas sem reflexão prévia, gerando profissionais submissos, alienados e acrílicos. Decorre daí a necessidade de mudanças no campo educacional desde a graduação, com a adesão de métodos pedagógicos alternativos, como a problematização da realidade, almejando a formação de profissionais ativos e capazes de intervir na realidade em questão. Além disso, a mudança é paradigmática, com necessidades explícitas de incorporação de novas tecnologias que contemplem a integralidade, a diversidade, a globalização e a incerteza do cotidiano dos trabalhadores da saúde⁽¹⁵⁾.

Considerando a constante transformação na instrução do docente de Enfermagem quanto à evolução no ensino,

proveniente da mutabilidade da saúde, esta deve trazer consigo a perspectiva de um aprender reflexivo, uma formação crítica, que construa autonomia e criatividade⁽¹⁶⁾.

Dentre as atribuições do enfermeiro com o cuidar, está o processo de Enfermagem, um movimento de identificação do problema/necessidade do cliente assistido, operacionalizando-se em etapas, como a coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem. Portanto, trata-se de uma sistemática dinâmica, que requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautados no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que o transcurso do diagnóstico de Enfermagem consiste numa gama de atividades cognitivas e perceptivas em que as observações conduzem às inferências que, por sua vez, conduzem a mais observações, tornando-se um método cíclico. Deste modo, entende-se que esse conjunto de atividades exige diversas competências, como o pensamento crítico para a assimilação e categorização das informações obtidas, na expectativa de se compreender a heterogeneidade e complexidade das respostas humanas aos problemas de saúde ou situações de vida. Frente a esse contexto, acredita-se que a tomada de decisão do enfermeiro deverá ser pautada na avaliação criteriosa de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, na compreensão de suas relações, e na relevância para o cuidado. Assim sendo, salienta-se a necessidade de utilização de estratégias que desenvolvam habilidades de pensamento crítico, tanto no ensino como na prática clínica de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Para o aprendizado do sujeito, é fundamental que este assimilar e compreender estejam articulados com a realidade do aprendiz, partindo de seu contexto e valorizando seus conhecimentos empíricos, ou seja, seus saberes construídos além do mérito do ensino propriamente dito. Inexiste ensinar sem aprender, exigindo a existência de quem ensina e de quem aprende⁽¹⁹⁾. Assim se consolida uma aprendizagem significativa, baseada na experiência ancorada em conhecimentos prévios dos alunos. Novas informações adquiridas lhe dão sentido e não representam somente simples memorização.

Ensino é o processo pelo qual o aprender é facilitado por outra pessoa, possibilitando que o educando vivencie situações com potencial de modificações na vida concreta. Este progresso é baseado fundamentalmente em três componentes: alguém que ensina e alguém que aprende, e algo que o primeiro ensina ao segundo. Aprender é reflexo manifesto da experiência do aluno ao ensino dos conhecimentos específicos facilitados pela instrução do professor, e se baseia em determinadas táticas propostas pela formação que se anseia, contribuindo com a vivência do educando antes de tudo como ser no mundo⁽²⁰⁾.

É amplamente aceito que estratégias de aprendizado que incluem uma aproximação integradora ao conhecimento proporcionam melhores resultados do que uma aproximação superficial (ou reprodutora) baseada na memorização, em que a motivação advém do medo de falhar associado com a alta demanda de trabalho. O aprendizado obtido sofre fortes influências de motivação para tal e estratégias que despertem essa motivação são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece, assim, almeja-se com a MP, uma aproximação profunda e motivada pelo desejo intrínseco de aprender, que resulte num entendimento integrado e pessoal⁽²¹⁾.

A fala de um dos participantes da pesquisa sintetiza a angústia do grupo, por não se considerarem ativos em seu próprio processo de ensino-aprendizagem.

Alguns preceptores não dão relevância à opinião, considerações teóricas e até práticas apontadas pelos residentes. Muitos, sequer ouvem, outros nem sequer discutem (Fala registrada em diário de campo).

Tal discurso reforça a ideia trabalhada em um estudo⁽²²⁾, segundo o qual o educador necessita, neste processo de ensino-aprendizagem fundamentado nos pressupostos da MP, oferecer oportunidades de cuidado, ter a sensibilidade para selecionar as situações da realidade consideradas problemáticas e reconhecer as potencialidades e dificuldades dos estudantes, valorizando experiências anteriores e saberes prévios, sendo uma força motivadora para a construção coletiva dos conhecimentos. Isso para que os conteúdos possam emergir da realidade vivida pelos educandos e educador, a partir do contexto de cuidado da clientela.

A ação pedagógica precisa levar em conta as potencialidades dos alunos, contribuindo para a formação de profissionais mais bem qualificados e mais humanos; oportunizando o resgate de suas necessidades e valorizando seu contexto e individualidade, minimizando as falhas e desigualdades das políticas de saúde e educação de nosso país⁽²³⁾.

Reorganização do Processo de Avaliação

Na problematização, professores e estudantes são mediados pela realidade que aprendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, a fim de atuarem nela, possibilitando a transformação social. Portanto, o que é aprendido não decorre da imposição ou da memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica⁽²⁴⁾. Assim, a MP constitui uma estratégia de ensino que vislumbra a formação de profissionais mais atuantes, meditativos e questionadores, capazes de trabalhar em equipe e de aprender juntos.

Ao final do processo de ensino, o professor e aluno realizam uma avaliação. Particularmente na problematização, o professor avalia seu trabalho e o de cada aluno. Os estudantes também se autoavaliam e avaliam seus pares

e o professor. Esta etapa torna-se parte constituinte na construção do próprio conhecimento e requer habilidades e posturas diferenciadas de professores e de estudantes. É um rico momento de compreensão sobre si e sobre o outro⁽²⁵⁾.

Avaliar vem do latim *a + valere*, que significa atribuir valor e mérito ao objeto em estudo⁽²⁵⁾. Portanto, avaliar é atribuir um juízo de valor sobre a propriedade de um processo para a aferição da qualidade do seu resultado. A partir desse conceito é possível entender que a verificação pode não ser o único propósito da apreciação, assim, o objetivo da aferição do desenvolvimento do ensino poderá não ser a aprovação ou reprovação do aluno, mas o direcionamento da sua aprendizagem e seu consequente desenvolvimento⁽²⁵⁾.

O processo avaliativo do residente deve compreender sua formação na dimensão teórica, científica, na capacidade de reflexão, arguição e decisão, além dos aspectos práticos, técnicos, destreza e habilidades manuais. Considera o aprendizado adquirido pelo residente através da troca de experiências vividas no trabalho, na criação do novo saber e prática, obtidos pela reflexão no fazer e vivência do processo. Deste modo, ao se lidar com estratégias pedagógicas inovadoras e críticas, é imprescindível que a avaliação também seja inovadora, considerando não apenas pontos quantitativos, mas o desenvolvimento qualitativo e crescimento profissional do residente.

Posto isto, a avaliação é a propulsão de todo o ciclo de ensino-aprendizagem, visto ser por meio desta que diagnosticamos as fragilidades e potencialidades, traçamos e executamos o planejamento do que deve orientar os processos de mudança e acompanhamos os resultados⁽²⁶⁾.

As críticas feitas pelos residentes aos preceptores não são levadas de fato em consideração. Não é dado o real valor à opinião do residente (Fala registrada em diário de campo).

(...) falta uma avaliação clara para pontuar a atuação de cada um e assim ter um feedback entre as mesmas (Residente A).

CONCLUSÃO

O ensino em saúde é tarefa complexa e requer dos implicados no contexto, um olhar diferenciado e sensível à dinamicidade deste processo, que exige escuta, flexibilidade, sensatez, disponibilidade e pró-atividade. Considerando o panorama da residência, o profissional de saúde/enfermeiro/preceptor é fundamentalmente um educador e sua atuação envolve não apenas o residente, mas a equipe multiprofissional, o paciente e os familiares/cuidadores. Dessa forma, deve haver comprometimento com um aprendizado crítico e libertador. No entanto, na atividade laboral os métodos educativos convencionais ainda são hegemônicos, priorizando o repasse de informações,

a individualidade e a prática repetitiva. A ausência de uma sistematização do ensino prático na residência, principalmente oncológica, com toda a carga emocional associada, contribui para torná-la extenuante, aflitiva e estressante para os atores envolvidos.

Em contrapartida, a problematização se configura de maneira flexível, podendo ser adotada de maneira isolada em um conteúdo, seja teórico ou prático, ou ainda implementada em todo o currículo do programa em questão. Mas esta pedagogia inovadora requer de seus atores maior envolvimento, cabendo aos professores a tutoria do processo, habilidade em promoção e condução do diálogo, estimulando a autonomia dos alunos e a estes alunos compete a corresponsabilização por seu aprendizado.

Assim, o processo de pesquisa permitiu a construção de um protocolo de ensino prático no cenário da residência oncológica, oportunizando o estímulo à autonomia dos

sujeitos e aproximação do ensino à realidade. Os residentes foram *provocados* pela MP, que emergiu como uma tática pedagógica, ressignificando conceitos e valores.

A aplicação da problematização no ensino prático em saúde guarda o potencial de transformar o olhar curioso do senso comum em um ato contextualizado, avançando irreversivelmente e qualitativamente no processo de formação do profissional e do ser humano. Nesse movimento é preciso ter consciência de que novos processos pressupõem ações para além da prática, que implicam desacomodação e muitas vezes ruptura com o conhecido na direção de uma *assistência transformadora*. Esta, sim, capaz de elevar todos os sujeitos ao papel de protagonistas na superação de limitações e na construção de um indivíduo e trabalhador construtivo, criativo, questionador, interessado e ativo, atuante e transformador dos diversos cenários de sua realidade e empenhado na melhoria do cuidar em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Barbeiro FMS, Miranda LV, Souza SR. Nurse preceptors and nursing residents: interaction in the practice scenario. *Rev Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 25];2(3):1080-7. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/584/pdf_45
2. Jesus JCM, Ribeiro VMB. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 [citado 2012 ago. 02]; 36(2):153-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
4. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface Comum Saúde Educ* [Internet] 2010 [citado 2012 ago. 02];14(33):331-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a08v14n33.pdf>
5. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comum Saúde Educ*. 1998;2(2):139-54.
6. Berbel NAN, Gamboa SAS. A metodologia da problematização com o Arco de Magueres: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia Educ* [Internet]. 2011-2012 [citado 2014 abr. 08];3(2). Disponível em: <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/rfe/article/view/2363/2635>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012. [citado 2013 mar. 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio ilustrado. Curitiba: Positivo; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Humaniza/SUS [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 jun. 05]. Disponível em: www.redehumanizausus.net/glossary/3
11. Nightingale F. Anotações de enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Rideel; 2010.
12. Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na Residência Médica. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan. 26];21(1):65-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf>
13. Melo MC, Queluci GC. Problematization methodology in nursing of oncologic education: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov. 10];11(2 Suppl 1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3965>
14. Colenci R, Berti HW. Professional development and entering the labor market: the perceptions of nursing graduates. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan 26];46(1):158-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a22.pdf

15. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD, Gonzalez C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2010 Mar. [citado 2014 Jan 26];34(1):13-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a03v34n1.pdf>
16. Backes VMS, Moya JLM, Prado ML, Menegaz JC, Cunha AP, Francisco BS. Expressões do conhecimento didático do conteúdo de um professor experimentado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2013 out. 03];22(3):804-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a29.pdf>
17. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 05];45(4):953-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a23.pdf
18. Bittencourt GKD, Crossetti MGO. Critical thinking skills in the nursing diagnosis process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2013 Ago 04];47(2):341-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_10.pdf
19. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Nurses' perception of the teaching-learning process of leadership. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2013 Oct 03];22(2):468-75. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_10.pdf
20. Bordenave JD. A pedagogia da problematização na formação de profissionais de saúde [Internet]. [citado 2014 mar. 20]. Disponível em: <http://www.unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/PEDAGOGIA%20PROBLEMATIZADORA.doc>
21. Skare TL. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. *Rev Med Res* [Internet]. 2012 [citado 2013 mar. 10]; 4(2):116-20. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/251/241>
22. Schaurich D, Medeiros HM, Souza NS, Cartaia MHF. Metodologia da problematização no ensino do cuidado em enfermagem pediátrica. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2008 [citado 2013 mar. 05];2(4). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/335>
23. Prado ML, Velho MB, Espíndola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2014 jan 27];16(1):172-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf>
24. Tsuji H, Aguilar-da-Silva RH. Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico. São Paulo: Forte; 2010.
25. Aguilar-da-Silva RH, Scapin LT. Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem. *Est Aval Educ* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan. 26]; 22(50):537-52. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1665/1665.pdf>
26. Almeida MTC, Batista NA. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan. 26]; 35(4):468-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a05v35n4.pdf>

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo nº 1236/2010.