

Andréia Aparecida Henriques Carvalho¹
Maria Aparecida Rosa Herculano¹
Letícia de Souza Peyroton Ferreira¹

¹Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Juiz de Fora, MG, Brasil.

✉ **Andréia Aparecida Carvalho**

Av. Eugênio do Nascimento, s/n, Dom Bosco, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36073-234

📧 andreia.henriques@ebserh.gov.br

RESUMO

Introdução: A reflexão e identificação de fatores limitantes relacionados ao ensino prático em programas de residência multiprofissional é de suma importância para a proposição de intervenções e melhorias. A limitada percepção do preceptor sobre seu papel educativo, a dissociação entre teoria e prática e a inadequação dos processos de supervisão dos residentes são tópicos que devem ser abordados nesse cenário. **Objetivo:** Compartilhar a experiência das autoras no que tange à organização e execução de um plano de atividades para o residente de enfermagem nos serviços de diálise renal em um Hospital Universitário. **Material e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma intervenção realizada pelas autoras, enfermeiras, enquanto preceptoras de dois programas de residência multiprofissional em um Hospital Universitário, onde os residentes transitaram por campos de prática relacionados às Terapias Renais Substitutivas. **Relato de Experiência:** Foram identificados fatores limitantes dos programas, passíveis de intervenção e aprimoramento da prática cotidiana. As atividades desenvolvidas dizem respeito ao acolhimento e ambiência do novo residente; planejamento das atividades teóricas e práticas do residente, supervisão e direcionamento das ações; e, reflexões acerca da prática avaliativa preconizada pelos programas e em relação àquela que vem sendo utilizada pelas autoras, como a autoavaliação e o feedback imediato. **Conclusão:** Conclui-se que, a partir das ações realizadas, com delineamento prévio das atividades e envolvimento dos residentes, enfermeiros preceptores, tutores e equipe setorial em geral, percebeu-se maior segurança e proatividade para desenvolver as atribuições programadas, bem como maior estímulo à participação e compartilhamento de observações diárias.

Palavras-chave: Preceptoria; Residência Multiprofissional; Acolhimento; Avaliação.

ABSTRACT

Introduction: Reflection and identification of limiting factors related to practical teaching in multiprofessional residency programs is extremely important for proposing interventions and improvements. The preceptor's limited perception of their educational role, the dissociation between theory and practice and the inadequacy of resident supervision processes are topics that must be addressed in this scenario. **Objective:** To share the authors' experience regarding the organization and execution of a nursing resident's activity plan in renal dialysis services at a University Hospital. **Materials and Methods:** This is an experience report on an intervention carried out by the authors, nurses, as preceptors of two multiprofessional residency programs at a University Hospital, in which students go through fields of practice related to Renal Replacement Therapies. **Experience Report:** Limiting factors of the programs were identified, subject to intervention and improvement of daily practice. The activities developed concern the welcome and ambience of the new resident; planning the student's theoretical and practical activities, supervising and directing actions; and reflections on the evaluation practice recommended by the programs and that which has been used by the authors, considering self-evaluation and immediate feedback. **Conclusion:** It is concluded that from the actions carried out, with prior delineation of activities and involvement of resident students, preceptor nurses, tutors and sectoral team in general, greater security and proactivity was perceived to develop the programmed assignments, as well as greater stimulus participation and sharing of daily observations.

Key-words: Preceptorship; Multiprofessional Residency; Reception; Assessment.

Submetido: 13/11/2023

Aceito: 24/01/2024



INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais são regulamentadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), instituída pela Lei 11.129/2005. Constituem-se em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizadas por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, que visa a formar profissionais que integram a área da saúde.¹

De acordo com a resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da CNRMS, que dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e profissional de saúde, é importante a compreensão sobre o conceito, perfil e atribuições de um preceptor.²

A definição do preceptor como o profissional que assume o compromisso de ensinar, orientar, supervisionar e compartilhar experiências que melhorem a competência dos residentes e os ajudem a se adaptarem ao exercício da profissão vem sendo discutida desde a regulamentação das residências multiprofissionais.³ Em contrapartida, autores ressaltam que não há exigência de formação docente para o exercício da atividade de preceptoria e, normalmente, não há nenhum programa para capacitação, qualificação, formação pedagógica e didática, o que pode ser um desafio para a prática cotidiana.⁴

O presente trabalho vem apresentar a experiência das autoras, enquanto alunas da Especialização em Preceptoria em Saúde, atuantes como enfermeiras e preceptoras do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Após diversas reflexões propiciadas pelas discussões durante os módulos do curso, foi realizado um diagnóstico situacional dos programas de residência em que as autoras atuam, e pontuados alguns aspectos: fragilidade na formação pedagógica do preceptor; dificuldade de compreensão do papel do preceptor e do residente; ausência de estrutura física e carga horária de trabalho reservada para o planejamento das atividades de ensino em serviço; sobrecarga do trabalho assistencial dificultando o processo de ensino; dificuldade em consolidar o trabalho em equipe interprofissional; defasagem no conhecimento pedagógico para planejar e avaliar a prática e os educandos.

Diante dessas inquietações, elencou-se uma intervenção possível de ser realizada, no decorrer das atividades de preceptoria, que fosse capaz de auxiliar e aprimorar a prática dos residentes. Além de uma busca de literatura sobre fatores limitantes e possibilidades de atuação nesse contexto, foram realizados diálogos com os residentes, sendo pontuado por eles sobre a ausência de um plano de aprendizagem para que desenvolvessem no período de atuação, o que ajudaria na visualização dos objetivos a serem alcançados e no processo de avaliação.

Nessa perspectiva, autores refletiram que quan-

do da identificação de fatores limitantes relacionados ao ensino prático em um programa de residência, algumas situações eram mais evidentes, como: a (pouca) percepção do preceptor sobre seu papel educativo; a dissociação entre teoria e prática; a inadequação dos processos de supervisão dos residentes, bem como da avaliação das atividades dos residentes.⁵ As situações elencadas corroboram com as reflexões trazidas pelas autoras, uma vez que tal processo deve ser mediado, discutido e permitir reajustes tanto do educador-preceptor quanto do educando-residente.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é compartilhar a experiência das autoras no que tange à organização e execução de um plano de atividades do residente de enfermagem no serviço de hemodiálise do HU-UFJF, que subsidie as reflexões e intervenções no aprimoramento da formação e da prática dos residentes e da atuação dos preceptores.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, em que as autoras abordam a vivência de planejamento e execução de atividades, com a realização de um diagnóstico situacional centrado nos residentes que atuavam no local de desenvolvimento da ação. O HU-UFJF está localizado na zona da mata mineira, contando com três unidades de atendimento: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); unidade Santa Catarina; e unidade Dom Bosco - que é a responsável pelos atendimentos ambulatoriais de diversas especialidades e acesso às Terapias Renais Substitutivas (TRS).⁶

As TRS consistem em três modalidades: tratamento dialítico, hemodiálise e diálise peritoneal e transplante renal. Compreende-se a hemodiálise, como o processo de filtração e depuração do sangue de substâncias indesejáveis, como a creatinina e a ureia, realizado mediante um procedimento extracorpóreo, no qual a máquina de hemodiálise realiza a função dos rins. Por meio de um cateter, o sangue do indivíduo é conduzido para a máquina que realiza o processo de difusão, removendo o excesso de líquido e toxinas, devolvendo-o purificado ao paciente.⁷ A prescrição do tratamento é, em média, de três sessões semanais, por um período de três a cinco horas por sessão, dependendo das necessidades individuais.

Diferentemente da hemodiálise, a diálise peritoneal é realizada no interior do corpo do paciente, por meio do peritônio, sendo necessário implantar no abdome do paciente um cateter peritoneal, uma vez que é por intermédio deste que a solução de diálise será infundida e drenada.⁸ Nessa modalidade, é exigido do paciente e familiares que se envolvam no autocuidado, pois a terapia será realizada no próprio domicílio, após treinamento adequado oferecido por profissionais de saúde capacitados.

A aderência ao tratamento, principalmente,

em relação ao cumprimento do controle de peso interdialítico, obediência às restrições hídricas e dietéticas, frequência às sessões de hemodiálise e adesão ao tratamento medicamentoso, é considerado um fenômeno multidimensional, que consiste em fatores relacionados ao tratamento, à doença e ao paciente, determinados por questões socioeconômicas, pelo sistema e equipe de saúde.⁹

Dada toda essa complexidade, visualizou-se a importância de planejar a passagem do residente por essas modalidades de tratamento. Nos setores ligados às Terapias Renais Substitutivas, são recebidos residentes de dois programas de residência multiprofissional: Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar e Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas, que envolve atividades práticas multiprofissionais, principalmente, na atenção secundária e terciária.

As profissões que compõem esses programas são: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

As grades curriculares alternam e combinam sessões de tutoria, preceptoria, estudos autônomos, aulas expositivas e experimentais com sistematizações, análises e sínteses conceituais, estimulando a autonomia do residente para a aprendizagem e para o alcance de uma atitude construtiva, crítica e reflexiva, que o habilite para a tomada de decisões e o trabalho em equipe.

A experiência vivenciada envolve enfermeiras preceptoras e também residentes de enfermagem que passaram pelos setores de hemodiálise e diálise peritoneal, nos meses de março a setembro de 2023. Atualmente, tais setores têm recebido cerca de 8 residentes de enfermagem por ano, onde permanecem uma média de dois a quatro meses em cada setor.

As atividades foram pensadas para serem desenvolvidas desde o momento da admissão do residente ao programa de residência, até a finalização do seu rodízio na Unidade do Sistema Urinário. Dessa forma, três foram as intervenções:

- a) Estruturação de uma recepção para o acolhimento e a ambiência dos novos residentes;
- b) Planejamento das atividades teórico-práticas a serem desenvolvidas nos setores de atuação;
- c) Implementação de um modelo de avaliação

do residente, em complementariedade ao já utilizado pelo programa de residência.

Ao iniciar nos programas de residência do HU-UFJF, os novos residentes são recepcionados na Universidade Federal de Juiz de Fora e apresentados aos coordenadores e tutores dos respectivos programas, bem como aos demais programas existentes na instituição.

Os preceptores das áreas profissionais também são convidados para participarem desse momento de acolhida, porém nem sempre é possível tal conciliação devido ao horário das atividades de acolhimento e/ou liberação dos profissionais da assistência para as atividades que envolvem a preceptoria. Tendo em vista, portanto, a necessidade de um primeiro contato organizado e planejado, as autoras deste estudo, juntamente com outros preceptores da unidade Dom Bosco realizaram a recepção e o acolhimento da turma de 2023, em que convidaram os enfermeiros de todos os setores que recebem residentes nessa unidade, para a apresentação dos seus setores aos novos profissionais residentes.

Essa atividade foi realizada na primeira semana de inserção do residente no ambiente hospitalar, em que foi marcado data e horário específico para o encontro em um auditório, e envolveu a participação dos residentes e dos enfermeiros preceptores dos setores de rodízio, conforme apontado no Quadro 1.

Após esse primeiro momento de acolhimento do residente e apresentação mútua, houve a distribuição do cronograma de rodízio dos campos e preceptores de referência. A partir desse momento, o residente já possuía a referência de qual profissional procurar em cada setor, tendo noção da dinâmica de trabalho do referido local.

Nos dias posteriores, e de acordo com o cronograma elaborado, cada enfermeiro preceptor recebeu o residente no seu setor e apresentou a equipe, a dinâmica e o funcionamento do serviço, a localização de insumos, impressos, sistemas, registros e rotinas. Esse momento foi importante, para introduzir as atribuições teóricas e práticas do residente, bem como uma visão geral da rotina institucional e assistencial do enfermeiro nos setores de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Após o momento de explanação e apresentação das atividades, partiu-se para a pactuação do planejamento das atividades a serem desenvolvidas nas

Quadro 1: Atividade de recepção dos residentes.

| Atividade | Preceptores responsáveis | Ações desenvolvidas |
|---|---|---|
| Recepção para acolhimento e ambiência do novo residente | Enfermeiros dos setores/campos de prática do residente: ambulatório, endoscopia, imagem, hemodiálise/diálise peritoneal/transplante renal, hospital-dia, centro cirúrgico, Central de Materiais Esterilizados | Recepcionar os residentes com apresentação das suas experiências prévias e expectativas |
| | | Esclarecimento quanto à rotina assistencial de cada setor |
| | | Apresentação da equipe e do ambiente de trabalho de cada setor |

três modalidades de tratamento dialítico, sendo aplicado um pré-teste para averiguar o conhecimento. O teste foi aplicado no primeiro dia de prática do residente, em que constavam questões relacionadas às expectativas e ao desenvolvimento das tarefas no referido setor; e, conhecimentos e experiências prévias do residente dentro da temática específica de hemodiálise/diálise peritoneal/transplante renal – inclusive a doença renal crônica –, bem como o conteúdo da Portaria 2042 e a RDC 154, que estabelecem o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise.^{10,11}

A consideração pelo tempo de permanência no setor foi um fator primordial para o planejamento das tarefas, visto que por meio dessa delimitação foi acordado com o residente o que era possível apreender nesse intervalo, tendo o preceptor como referência para direcionar as atividades programadas.

A maioria dos residentes permanece por um período de dois meses no setor de Terapia Renal Substitutiva, no qual são definidos os conteúdos principais, as competências assistenciais, relacionais e gerenciais, bem como os profissionais de referência que acompanharão o residente em cada atividade.

Além das atividades práticas, foi necessário dispensar tempo para discussão da teoria, por tratar-se

de um setor com muitas especificidades. Foi realizada a distribuição das atividades a serem desenvolvidas pelo residente durante os dois meses de permanência no setor, conforme descrito no Quadro 2.

A cada semana, foram elencados pontos a serem trabalhados pelos residentes. A equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), responsáveis por direcionar as atividades, auxiliavam na aquisição de conhecimentos e na execução da prática, quando necessário.

Com a definição desse planejamento prévio de atividades, e sendo a avaliação uma das atividades previstas no processo de ensino-aprendizagem, foi feita uma reflexão sobre o instrumento utilizado pelo programa de residência. Na percepção das autoras, o processo de avaliação utilizando o instrumento preconizado não era o suficiente, uma vez que a avaliação do residente seria realizada apenas ao final do período de rodízio no setor. Assim, optou-se por realizar a avaliação processual do residente com a possibilidade de autoavaliação e *feedback* imediato durante toda a sua permanência no setor. Na oportunidade, foi compartilhado também com os tutores dos programas sobre o desempenho periódico dos residentes, de acordo com o Quadro 3.

Quadro 2: Programação das atividades e discussões de conteúdos.

| Datas | Conteúdo | Responsáveis |
|--------------|--|--------------------------------------|
| 1ª semana | Aplicação do pré-teste | Enfermeiros e técnicos de enfermagem |
| | Princípios básicos da anatomia e fisiologia renal | |
| | Terapias renais substitutivas | |
| | Princípios básicos em hemodiálise | |
| 2ª semana | Acessos vasculares: implante de CDL e confecção de FAV | |
| | Intercorrências dialíticas | |
| | Tratamento da água em hemodiálise | |
| 3ª semana | Reuso de dialisadores | |
| | Discussão sobre a Portaria 2042 e a RDC 154 | |
| 4ª semana | Segurança do paciente | |
| | Reuniões mensais da equipe multiprofissional | |
| | Infecções relacionadas à assistência à saúde | |
| 5ª semana | Indicadores | |
| | Diálise peritoneal | |
| 6ª semana | Transplante renal e soroteca | |
| | Vacinas do doente renal crônico | |
| 7ª semana | Exames periódicos | |
| | Biópsia renal | |
| | Medicamentos especiais | |
| 8ª semana | Escala de enfermagem/responsabilidade técnica | |
| | Prontuário físico e registros informatizados | |
| | Pós-teste | |
| | Avaliação final e fechamento | |

Quadro 3: Processo de avaliação.

| Instrumento utilizado pelo programa | Nova abordagem proposta para a avaliação |
|--|--|
| Tópicos avaliados: Frequência Pontualidade Dedicação e iniciativa Avaliação técnica e científica Apresentação pessoal | Avaliar o residente durante toda a sua permanência no setor com a realização de <i>feedback</i> imediato, sinalizando pontos fortes e de aperfeiçoamento, além de dar oportunidade ao residente para sugestões de melhorias para o preceptor/setor |
| Relacionamento com: Pacientes Colegas Preceptores Profissionais da área Funcionários | Expor e discutir com o residente o instrumento de avaliação utilizado pelo programa, dando-lhe espaço para sua autoavaliação |
| | Realizar reuniões mensais com tutores e demais preceptores dos programas de residência, para refletirem e dar-lhes <i>feedback</i> sobre o desempenho dos residentes |

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados remete aos apontamentos nos quadros expostos. O modelo tradicional de ensino, centrado no professor, vem sendo questionado e tem sido proposto um novo formato de ensino, o do aprendizado centrado no aluno. Nesse novo modelo, o aprendizado de um novo conhecimento depende da valorização do conhecimento prévio do aluno.¹²

Nessa experiência, o acolhimento promovido pelos preceptores levou em conta essa lógica, abrindo espaço para que os residentes expressassem suas expectativas e seus conhecimentos em relação ao campo de prática a ser explorado. O ato de receber o residente, apresentando o setor e envolvendo a equipe numa atitude acolhedora corrobora com outra experiência, na qual os autores evidenciaram ser imprescindível: que o preceptor acolha o residente e realize uma escuta ativa de seus medos, anseios e dificuldades, pois isso contribui para que adquiram segurança na execução de atividades relativas à prática de enfermagem hospitalar.¹³

O acolhimento ao novo residente, também denominado neste trabalho como ambiência, nada mais é do que o ato de realizar uma recepção desse residente em um novo cenário, que não faz parte da sua realidade, e fazer uma apresentação da realidade hospitalar, contextualizando cada setor de rodízio de atividades.

Em pesquisa realizada com residentes de três programas de residência que continham a área profissional de enfermagem, aqueles afirmaram que na maioria dos setores de rodízio em que passavam, não havia uma apresentação formal ou menção dos enfermeiros que seriam preceptores durante as atividades nos setores do hospital do estudo.¹⁴ Acrescentaram que a ausência dessa prática influenciava no desempenho geral dos seus processos de ensino-aprendizagem.

Vislumbrando a ótica de um primeiro contato entre residentes e preceptores e a importância deste no delineamento das atividades posteriores, pesquisa-

dores concordam que é papel da instituição de saúde a responsabilidade integral pela formação dos seus trabalhadores, no intuito de promover uma integração com a equipe multiprofissional, disponibilizando recursos e ambientes que propiciem o aprendizado conjunto.⁵

Com relação às competências clínicas e gerenciais, tem-se que as competências clínicas relacionam-se à dimensão assistencial do processo de trabalho do enfermeiro e envolvem a capacidade de realizar o cuidado integral e humanizado, os procedimentos técnicos e outras ações, bem como o conhecimento em relação às patologias e suas implicações nas condições do paciente.¹⁵ Já as competências gerenciais focam na organização e controle do processo de trabalho, visando criar e manter condições adequadas para a realização do cuidado.¹⁶

Tendo em vista que a aprendizagem significativa deve se consolidar baseada na experiência ancorada em conhecimentos prévios dos alunos, de forma que as novas informações lhes façam sentido e não representem uma mera memorização de conhecimentos, foi fundamental abordar os residentes com relação aos conhecimentos prévios e experiências/vivências sobre o tema, o que reforça, mais uma vez, a importância da aprendizagem centrada no aluno.

A aplicação do pré-teste na experiência das autoras teve o intuito de verificar os conhecimentos dos residentes em relação ao campo de prática, no qual esse momento se deu com a aplicação de um questionário com perguntas relacionadas ao tema "Nefrologia". Esta atividade está em consonância com a ideia de ensino centrado no residente, em que o conceito de aprendizagem ativa está atrelado à autonomia do aluno na busca pelo conhecimento. Nessa abordagem, o aluno passa a ser o centro dos estudos e não somente ouvinte, crítico ativo das informações que recebe, avaliando sua significância e aplicabilidade na realidade.¹⁷

O fornecimento de uma base teórica com a apresentação de materiais de referência na área, como

as portarias e resoluções dos serviços de diálise e a discussão de tópicos essenciais, relacionando teoria e prática, foi de suma importância no processo de assimilar/acomodar o conhecimento para absorver a realidade vivenciada.

Para além da prática assistencial e do desenvolvimento de competências, é fundamental que o residente consiga desenvolver o chamado raciocínio clínico, sendo uma das fragilidades identificadas em outras experiências.¹⁴

Em relação à avaliação, sabe-se que um sistema avaliativo periódico e bem pensado com *feedback* contínuo, é uma ferramenta bem efetiva para aprimorar o desempenho do residente e garantir uma boa qualificação.¹⁸ Para tanto, deve se dar em forma de diálogo, com o residente avaliando também o seu próprio desempenho. Este recurso mostrou-se bem efetivo entre os participantes e mais eficiente, tendo como comparação os métodos tradicionais, principalmente, quando trata-se da transparência do processo e da aceitação de críticas construtivas - as quais, contribuem potencialmente para o crescimento do residente.

A maioria dos métodos avaliativos de habilidades clínicas tem, como princípio básico, a observação direta do desempenho do residente em tarefas clínicas, em ambiente real ou simulado. Nesse sentido, deve permitir a realização do *feedback*, preferencialmente imediato (formativo), no qual consiste em descrever e discutir com o residente a sua performance em determinada atividade.¹⁹

Em estudo recentemente realizado,¹⁴ os autores assinalaram que parte dos residentes entrevistados, quando questionados sobre o processo avaliativo, informaram que, por vezes, era solicitado pelos residentes um *feedback* parcial do desempenho das atividades, mas que na maioria das vezes não recebiam retorno nos campos de prática pesquisados. Esses autores pontuam ainda a importância de não realizar avaliação somente ao final do período de vivência no setor, mas, ao contrário, que seja processual e permita rearranjos e aprimoramento das atividades do residente.

O *feedback* é conceituado como o substrato de uma avaliação formativa e uma ferramenta efetiva para melhorar o desempenho do estudante, principalmente, quando é feito de imediato, após a tarefa clínica.²⁰ Ressalta-se a concordância⁵ de que é importante expor e discutir com o residente os formulários de avaliação já desenvolvidos pelo programa, dando a ele oportunidade de fala, apontando sugestões e críticas para aprimoramento do processo avaliativo.

Ainda, para além dos momentos de oportunizar discussão entre residentes e preceptores, ocorreu também a realização de reuniões mensais com os tutores dos programas e demais preceptores, para compartilharem suas vivências no processo de ensino-aprendizagem, trocar percepções sobre os residentes e redirecionar o processo de ensino, quando necessário.

Traçando uma correlação com todos os processos descritos, envolvendo desde a execução do acolhimento, o planejamento das ações e até o processo de avaliação, concorda-se com Almeida e Batista,²¹ quando afirmam que "a avaliação é a propulsão de todo o ciclo de ensino-aprendizagem". É por meio da avaliação que são identificadas as fragilidades e as potencialidades, há o planejamento e a execução do que fora planejado para o alcance dos objetivos, podendo ser considerada, portanto, uma prática norteadora dos processos de mudança e acompanhamento dos resultados.

CONCLUSÃO

A intervenção realizada e descrita neste relato de experiência possibilitou a reflexão sobre pontos de melhorias no processo de ensino-aprendizagem do residente que vivencia a prática nos setores de atuação das autoras, em que houve a oportunidade de identificar os fatores limitantes e propiciar melhorias no processo de trabalho.

A partir das atividades realizadas, percebe-se que houve maior envolvimento não só dos preceptores e residentes em todo o processo de trabalho, mas também dos tutores e coordenadores dos programas de residência e da equipe assistencial no geral, uma vez que puderam também contribuir com o desempenho dos residentes.

Foi observado ainda, na prática cotidiana, maior proatividade e segurança dos residentes no desenvolvimento de suas atribuições, fossem elas clínicas ou gerenciais, pois foi permitido a eles um espaço para o aprimoramento de sua autonomia profissional. Sabe-se que a atuação como enfermeiro residente é um importante momento da trajetória profissional, sendo primordial o desenvolvimento de um trabalho em equipe. Nesse contexto, ter a oportunidade de favorecer um ambiente propício para essa prática foi de fundamental relevância para a preceptoria de enfermagem envolvida.

Nota-se que o primeiro contato com o residente no acolhimento foi imprescindível para a criação de vínculo e sensação de pertencimento e, a partir do planejamento prévio, o desenvolvimento de ações favoreceu o estímulo ao maior compartilhamento de reflexões de todos os atores envolvidos.

Toda essa vivência de observações diárias possibilitou às autoras a também externar uma inquietação quanto à prática avaliativa que vinha sendo realizada pelos programas. Foi possível considerar pontos cruciais no processo avaliativo, considerando a lógica processual, como a autoavaliação e o *feedback* imediato. Nesse contexto, esses dois fatores foram essenciais de serem considerados na prática cotidiana, uma vez que teve reflexos positivos para o aperfeiçoamento profissional dos residentes e preceptores implicados na experiência.

Destaca-se como um fator limitante na análise dessa vivência o curto período de tempo em que os re-

sidentes permaneceram nos setores referenciados, pois devido à complexidade de conhecimentos, a permanência por um período maior propiciaria melhor consolidação da aprendizagem pelos residentes.

Espera-se que tal experiência possa ser repetida com as próximas turmas de residentes e que essa seja refletida e aprimorada, inclusive com o compartilhamento de experiências futuras para o aperfeiçoamento da prática nesse cenário, oportunizando, assim, a autonomia dos sujeitos. E, caso necessário, tenha ajuste no planejamento de acordo com o tempo de permanência nos setores, de forma que o desenvolvimento das atividades não comprometa a qualidade da assistência e da prática da preceptoria.

Necessário sinalizar como resultado deste trabalho, o importante processo de reflexão, propiciado pela realização da Especialização em Preceptoria em Saúde, que contribuiu para a aplicação prática de uma intervenção, com consequente reflexos para todos os atores envolvidos.

A prática refletida leva à consciência de novos processos de formação profissional, em que há incentivo à busca e incorporação de novos conhecimentos e de ações cotidianas, de forma ativa e transformadora.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 [Internet]. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005 [citado em 2023 set. 07]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm.
2. Brasil. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 [Internet]. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. 2012 [citado em 2023 set. 07]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192.
3. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2008 [citado em 2023 set. 10]; 32(3):363-73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKfV9VMkyBdtqGfLYMv/>.
4. Santos EG, Ferreira RR, Mannarino VL, Leher EMT, Goldwasser RS, Bravo Neto GP. Avaliação da preceptoria na residência médica em cirurgia geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Internet]. 2012 [citado em 2023 dez. 02]; 39(6):547-52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/f9mSF3Zdwgkcy9SWYfKMTR/abstract/?lang=pt>.
5. Melo MC, Queluci GC, Gouvêa MV. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(4):706-14.
6. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Carta de serviços ao cidadão [Internet]: 2019. Juiz de Fora: Ebserh; 2019 [citado em 2023 set. 22]. Disponível em: https://www2.ufjf.br/ufjf/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/carta-de-servios-ao-cidado_17-07-19.pdf.
7. Bastos AJ, Ferreira LLO, Silva RA. Contribuição da fisioterapia intradialítica na reabilitação do paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise. Rev Liberum Accessum [Internet]. 2023 [citado em 2023 nov. 11]; 15(2):172-87. Disponível em: <http://revista.liberumaccesum.com.br/index.php/RLA/article/view/206>.
8. Matos JP, Fazenda J. Mecanismos da hemodiálise e diálise peritoneal. Research, Society and Development [Internet]. 2022 [citado em 2023 set. 11]; 11(14):p.e237111436213. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36213>.
9. Guimarães A, Queiroz P. Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. Health Residencies Journal. 2021; 2 (9):112-24.
10. Brasil. Portaria 2042, de 11 de outubro de 1996. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde e revoga a Portaria SAS n. 38, de 3 de março de 1994. Brasília: 1996.
11. Brasil. Resolução - RDC nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. Brasília: 2004.
12. Boscov C. O impacto do ensino centrado no aluno no processo de aprendizado. Revista de Auditoria, Governança e Contabilidade [Internet]. 2020 [citado em 2023 set. 20]; 8(36):79-93. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/2155>.
13. Silva TCM, Andrade PO, Costa AJ, Souza SR, Souza VR, Valente GSC et al. O papel do enfermeiro preceptor na residência de enfermagem em uma instituição militar. Research, Society and Development. 2021; 10(5):e16010514862.
14. Araújo MC, Peduzzi M, Mazzi NR, Souza CMS, Leonello VM. Contribuições da preceptoria para o desenvolvimento de competências clínicas e gerenciais na residência em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2023 [citado em 2023 out. 10]; 76(2):e20220510. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NSz3LvDVGs8wfjXn4KdZPVH/?format=pdf&lang=pt>.
15. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallai-

re C, Ribas EN. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado em 2023 set. 15]; 69(1):142-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>.

16. Freitas BTP, Sé ACS, Gonçalves RCS, Pereira GL. Contribuições e desafios da preceptoria nos programas de residência em Enfermagem. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado em 2023 out. 05]. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14996>.

17. Leitão LMBP, Vianna IC, Delmiro ALC, Cruz JPL, Motoyama PVP, Filho MST et al. Metodologias ativas de ensino em saúde e ambientes reais de prática: uma revisão. *Revista de Medicina* [Internet]. 2021 [citado em 2023 set. 27]; 100(4):358- 65. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/171229>.

18. Auto BSD, Vasconcelos MVL, Peixoto ALVA. Avaliação de habilidades clínicas e feedback na residência médica em Pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2021 [citado em 2023 set. 29]; 45(2):e098. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tGrRmMV57FsbLS6tcW9Sjxj/?format=pdf&lang=pt>.

19. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. *Cadernos ABEM*. 2007; 3:39-43.

20. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2012; 34(10):787-91.

21. Almeida MTC, Batista NA. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011 [citado em 2023 set. 10]; 35(4):468-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a05v35n4.pdf>.