

O CURRÍCULO COMO PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL: ENFOQUE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Roseli Ferreira da Silva¹
Thaís Titon de Souza²
Daniele Stange Calente³
Klauren Mendonça Rezende Arantes⁴

RESUMO: Devido à alta prevalência de sofrimento psíquico dos estudantes nos Programas de Residência em Saúde e ao seu impacto direto na qualidade do cuidado prestado e na sustentabilidade do sistema de saúde, torna-se decisivo ter em mente a saúde mental dos residentes, o que passa pela promoção de um ambiente de formação saudável, mais humano, seguro e eficiente. O objetivo deste ensaio é desenvolver uma reflexão sobre o currículo integrado e orientado por competência adotado nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) de três instituições: a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC (SMS Florianópolis), a Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO (ESPP/SEMUS) e a Escola de Saúde Pública do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação/ES (ICEPi). Tais currículos contribuem para a saúde mental dos residentes ao transformar o ambiente de formação, migrando de um modelo de pressão e exaustão para um modelo de aprendizagem suportiva e reflexiva. Para tanto, adota-se um processo formativo humanístico com foco no desenvolvimento integral do indivíduo, que valoriza a autonomia, a empatia e a autoaceitação, além de ser crítico-reflexivo e metodologicamente coerente com o mundo atual, preparando os residentes para a vida profissional. Como resultado, essa formação profissional humanizada visa auxiliar o residente a superar a condição de mero objeto da formação para potencializar o seu desenvolvimento pleno, tanto técnico quanto humano.

Palavras-chave: Internato e residências. Saúde da família. Currículo. Saúde mental. Educação baseada em competências.

¹Doutora em Saúde Pública - ESP-USP. Docente aposentada do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. (obs. Nome para referência = Silva, R. F.) Rua Rio Grande 551, apto 133 A. Cep 04018-001- São Paulo.

²Doutora em Saúde Coletiva. Vice coordenadora e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SMS Florianópolis- SC. Rua Mediterrâneo, 312, apto 301, Córrego Grande - Florianópolis/SC. Cep 88.037-610.

³Mestre em Psicologia. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação- ICEPI.

⁴Especialista em Saúde da Família; Técnica junto ao Plano Integrado de Residências em Saúde, Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas -TO. Endereço: 205 sul Alameda 09 LT 01 Ed. Moriah apto 703 Plano Diretor Sul, Palmas - TO. 77015-258.

ABSTRACT: Due to the high prevalence of psychological distress among students in Health Residency Programs and its direct impact on the quality of care provided and the sustainability of the health system, it is crucial to consider the mental health of residents, which involves promoting a healthy, more humane, safe, and efficient training environment. The objective of this essay is to develop a reflection on the Integrated and Competency-Oriented Curriculum adopted in the Multiprofessional Residency Programs in Family and Community Health (PRMSFC) of three institutions: the Municipal Health Secretariat of Florianópolis/SC (SMS Florianópolis), the School of Public Health of the Municipal Health Secretariat of Palmas/TO (ESPP/SEMUS), and the School of Public Health of the Capixaba Institute of Teaching, Research and Innovation/ES (ICEPi). These curricula contribute to the mental health of residents by transforming the training environment, shifting from a model of pressure and exhaustion to a model of supportive and reflective learning. To this end, a humanistic training process is adopted, focusing on the integral development of the individual, which values autonomy, empathy, and self-acceptance, in addition to being critically reflective and methodologically coherent with the current world, preparing residents for professional life. As a result, this humanized professional training aims to help the resident overcome the condition of being a mere object of training to enhance their full development, both technically and humanly.

Keywords: Internship and residences. Family health. Curriculum. Mental health. Competency-based education.

I. INTRODUÇÃO

As Residências em Saúde são consideradas um período de intensa pressão e muitas exigências para os residentes, as quais perpassam as dimensões institucionais, o próprio processo formativo e os aspectos de ordem pessoal.

No âmbito das questões institucionais, estão aquelas relacionadas à carga de trabalho, às responsabilidades, à privação de sono (em caso de plantões), à exposição constante a situações de estresse e de sofrimento, à vulnerabilidade social dos pacientes e à organização precária dos serviços de saúde em muitos contextos. Nas especificidades relacionadas à formação, destaca-se a falta de preparo para a prática profissional como um importante gerador de estresse – cenário agravado pelo fato de que muitos cursos de graduação não preparam adequadamente os profissionais para o manejo de situações reais e complexas do cotidiano do trabalho. Por fim, as questões pessoais referem-se à necessidade de conciliar a carga horária da residência com o aprimoramento científico e pessoal, redução do lazer e de interações sociais e a baixa qualidade de vida^{1,2,3}. Todas estas variáveis podem afetar a saúde mental dos residentes, levando a sintomas como estresse, ansiedade, fadiga e até depressão⁴.

Devido à alta prevalência⁴ de sofrimento psíquico na Residência e ao seu impacto direto na qualidade do cuidado prestado e na sustentabilidade do sistema de saúde, é decisivo compreender que a saúde mental dos residentes é uma questão de saúde pública e de segurança do paciente, dada a alta vulnerabilidade desse grupo^{1,2,4}. Cuidar da saúde mental dos residentes é uma questão ética e de humanização do trabalho, mas também uma medida estratégica para garantir a eficiência e a segurança do sistema de saúde².

Essa conjuntura requer, por parte das instituições proponentes e executoras dos Programas e dos coordenadores de Residência, a compreensão desta situação e de seus fatores desencadeadores. O objetivo é promover um ambiente de formação mais humano, seguro e eficiente, estabelecendo-se um processo de aprendizagem dialógico. Ou seja, a educação “não é apenas um processo institucional e instrucional, seu lado visível, mas fundamentalmente um investimento formativo do humano, seja na particularidade da relação pedagógica pessoal, seja no âmbito da relação social coletiva”⁵ (p. 621), o que remete à Residência como espaço de educação entendida como processo de formação humana.

Promover a saúde mental dos residentes está em consonância com o humanismo na saúde, como prioridade defendida pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH)⁶. Esta política visa qualificar o cuidado e a atenção no SUS, valorizando a dimensão subjetiva e social da formação dos profissionais de saúde, além de buscar a valorização de usuários, trabalhadores e gestores do sistema ^{6,7,8}. A formação humanista consiste na construção de conhecimentos – cognitivo, habilidades e atitudes, que “propiciem ao residente realizar o cuidado na atenção à saúde, articulando, sempre, o saber técnico-científico à compreensão dos aspectos psicossociais e culturais dos indivíduos e da coletividade, com capacidade para estabelecer relações intersubjetivas” ⁹ (p. 173).

Vários estudos têm lançado luz sobre os problemas de saúde mental dos residentes nos últimos anos, assinalando suas causas, os fatores que afetam a saúde mental dos residentes, os impactos e as redes de suporte existentes, entre outros aspectos ^{1,3,4,5,6,10}. A problemática que trazemos neste ensaio, contudo, não se restringe ao suporte ou à criação de estratégias para cada uma das causas isoladas que levam aos problemas de saúde mental dos residentes. Nosso propósito é apontar, como recurso, um processo de formação humanístico, crítico-reflexivo e metodologicamente coerente com o mundo atual, preparando-os para a vida profissional, ou seja, para o enfrentamento das situações-problema recorrentes na atualidade e para a promoção da saúde mental dos residentes.

As experiências inovadoras de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade [5], trazidas neste ensaio orientam a educação com base no humanismo, a partir de currículos construídos em bases teóricas e metodológicas contemporâneas. Trata-se da operacionalização de currículos integrados orientados por competência, que se baseiam em uma concepção de aprendizagem dialógica e crítico-reflexiva, em metodologias ativas de ensino e aprendizagem e em um processo de avaliação mediadora-dialógica.

Nesses Programas, os coordenadores, tutores e preceptores são capacitados para compreender o escopo de suas atuações pedagógicas, preparando-os para lidar com as situações-problema decorrentes nas Residências em Saúde, o que se constitui como um pilar fundamental para os currículos contemporâneos. O Ministério da Saúde¹¹ enfatiza que a valorização e a qualificação do preceptor são indispensáveis para garantir a qualidade da formação dos residentes. Consideramos assim, que o papel docente é uma “mediação universal e insubstituível dessa formação, tendo-se em vista a condição da educabilidade do homem”².

O objetivo deste ensaio é desenvolver uma reflexão sobre como o currículo integrado e orientado por competência adotado nessas instituições, aliado ao seu processo humanista de aprendizagem dialógica e à adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, pode contribuir significativamente para a saúde mental dos residentes ao transformar o ambiente de formação de um modelo de pressão e exaustão para um modelo de aprendizagem suportiva e reflexiva.

4

2. A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE FORMAÇÃO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Bases educacionais para a formação dos residentes

Nos Programas em questão, a base de construção filosófica da formação é o humanismo, que foca no desenvolvimento integral do indivíduo, valorizando a autonomia, a empatia e a autoaceitação¹. Consideramos que a aplicação dessa base no currículo da Residência pode afetar diretamente na saúde mental do residente, uma vez que o sujeito é constantemente colocado no centro do processo de aprendizagem, buscando a integralidade do ser humano.

[5] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – PRMSFC da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC (SMS Florianópolis), da Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/TO (ESPP/SEMUS) e do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação/ES (ICEPi).

O humanismo procura compreender o homem e criar meios para a compreensão mútua¹². Assim, busca-se, neste processo, favorecer a compreensão, por parte do residente, acerca de seu comportamento, de suas percepções da realidade e da descoberta de condutas mais apropriadas para si¹³. Em suma, quando são utilizados os princípios do humanismo na formação, espera-se^{14,15}.

a) Ênfase na pessoa do residente: o processo de aprender passa a reconhecer o residente não apenas como um futuro especialista, mas como um indivíduo com necessidades, emoções e vida pessoal, diminuindo a despersonalização e o sentimento de ser apenas “força de trabalho”;

b) Fomento à empatia e escuta ativa: quando orientado a desenvolver ativamente a empatia, o residente desenvolve a capacidade de se conectar com o sofrimento do paciente, dos colegas e o seu próprio, criando uma rede de suporte mais forte e menos julgadora;

c) Desenvolvimento do autocuidado: com incentivo à autoavaliação e à autocompaixão, ajudando o residente a identificar seus próprios limites, procurar ajuda quando necessário e incorporar práticas de autocuidado de forma mais eficaz.

A humanização na educação na saúde requer profundas transformações das práticas pedagógicas, as quais passam por: (1) valorização de novos saberes; (2) alcance de uma postura mais dialógica - entre si, com tutores e receptores, a equipe de trabalho e com os usuários; (3) rediscussão do modelo excessivamente biológico da formação em saúde para um modelo do cuidado integral e biopsicossocial; e, 4) maior responsabilidade política e ideológica por parte dos gestores^{16,17}.

Para Freire^{18,19,20,21}, a humanização na educação, especialmente na formação profissional, é transformadora e se fundamenta em seus conceitos de educação libertadora, diálogo e práxis. Assim, a formação profissional humanizada pode auxiliar o residente a superar a condição de oprimido e objeto da formação para potencializar o desenvolvimento do seu potencial pleno, tanto técnico quanto humano.

Para tanto, os Programas de Residência em discussão adotam um processo de ensino e aprendizagem dialógico e uma concepção crítico-reflexiva da aprendizagem. Compreende-se que a adoção dos princípios da aprendizagem dialógica, sobretudo do diálogo igualitário e de um clima dialógico, consiste em um estímulo para que o residente se expresse de forma mais consciente, significativa e humanizada, tendo seus sentimentos e opiniões respeitados e contribuindo, desta forma, para sua saúde mental.

A reflexão crítica, em especial, coloca-se como conceito central para a promoção da saúde mental do residente, implicando a avaliação do que está sendo refletido de maneira que o residente passe a pensar por si próprio, em vez de agir somente a partir de conceitos, valores e sentimentos alheios. Isso exige uma postura crítica em relação a si mesmo, ao conhecimento e ao seu processo de aprendizagem ²².

Os processos reflexivos são promovidos na interação entre teoria e prática docente e profissional, resultando em ação-reflexão-ação ²³. Considera-se, com isso, que “só se aprende o que se pratica; mas não basta praticar, é preciso haver reconstrução consciente da experiência; aprende-se por associação; não se aprende nunca uma coisa só; e, que toda aprendizagem deve ser integrada à vida” ²⁴, o que é potencializado quando o processo de ensino e aprendizagem é visto como uma práxis, ou seja, a união inseparável entre ação e reflexão.

Na formação profissional, isso significa que: o conhecimento é construído através da reflexão crítica sobre a prática; a formação deve levar o residente a analisar as situações-limite (como dilemas éticos, falha no cuidado, ou sofrimento do paciente) e, através da reflexão crítica, intervir de forma mais humana e transformadora na realidade; torna-se possível refletir sobre si mesmo, em um processo de metacognição; e, por fim, que a práxis humanizada devolve o poder de agir e pensar ao profissional, tirando-o da condição de mero executor de protocolos técnicos ^{18,19,20,21}.

6

Dewey²⁵, sugere que o indivíduo se forma pelo diálogo estabelecido entre ele e o contexto. A educação precisa se iniciar a partir de suas demandas e se organizar de modo que os estudantes aprendam com suas ações - aprendam fazendo - e se enriqueçam com as experiências dos colegas. A experiência não está associada estritamente ao conhecimento, mas às vidas e ao modo de viver dos seres humanos. Viver é a interação entre indivíduos e seus meios, o que inclui a emoção, a estética e a ética²⁶.

Desta forma, consideramos os Programas de Residência em questão, como um processo humanizado e experiencial. Isso se mostra oposto aos processos históricos que consideravam que bastava colocar os residentes em serviço para, ao seguir o preceptor, com ele aprender. Ou, ainda, à lógica de “tocar serviço”, marcada pela concentração de atividades no puro fazer na Residência, o que não significa necessariamente tomar a atividade prática como experiência. A experiência pode ser transformada pelo pensamento, pela emoção ou pela ação ou por qualquer combinação delas²⁷.

Os Programas de Residência precisam transcender a mera repetição prática, cenário no qual frequentemente se vivenciam situações pautadas pela presunção do óbvio, o que pode não ser suficiente para uma aprendizagem significativa e satisfatória. “Como se as experiências não mudassem de uma para outra semelhante, mas precisa considerar que o mundo está mudando tão rapidamente que podemos nos referir a ele como líquido” (Jarvis, apud Illeris, p. 37)²⁸.

Em suma, um processo de ensino e aprendizagem humanizado, experienciado, dialógico e reflexivo constitui a base pedagógica e filosófica para um currículo que valoriza o residente como sujeito do seu próprio conhecimento e que enxerga o profissional de saúde como um agente de transformação social.

Organização do currículo nos Programas de Residência

Considerando que “o mundo do trabalho é o ponto de partida para a educação”^{29, p.64}, Nos três Programas de Residência, a concepção adotada define o currículo como configurador da prática, entendendo-o como uma práxis e não como um objeto estático em que se materializa a indissociação entre teoria e prática. Nessa perspectiva, a integração entre a formação e a práxis em saúde pressupõe uma organização curricular integrada, que se configura como um ato político e pedagógico, cujo propósito é deslocar o foco do “executar o serviço” para a centralidade da formação.

As Residências em Saúde no Brasil, com frequência, reproduzem o modelo tradicional de ensino e aprendizagem da graduação, centrado na transmissão de conhecimentos e estruturado em um currículo que separa a teoria da prática. Isso contrasta com o propósito fundamental da Residência, uma especialização que tem como escopo o ensino no serviço e o aprender fazendo, de forma reflexiva.

Em contrapartida, no contexto dos Programas em questão, o trabalho desenvolvido pelo residente toma um novo significado: as atividades assistenciais passam a se configurar como objetos ou disparadores de aprendizagem que, quando experienciadas e refletidas, conferem sentido para a construção da identidade profissional. Assim, para além de um conjunto sequencial de conteúdos, o currículo integrado baseia-se na totalidade das experiências pedagógicas vivenciadas pelo residente no percurso formativo, privilegiando a interação e a formação de vínculos nos espaços de prática³⁰. Essa articulação entre a formação e o trabalho materializa-se na medida em que o currículo se constitui por áreas de competência²⁹.

No desenho curricular destes Programas, estruturam-se diferentes áreas de competência, tais como: cuidado em saúde individual e coletivo; cuidado coletivo e gestão; gestão do trabalho e do cuidado; educação em saúde e na saúde; e, investigação em saúde. Essas áreas demonstram as ênfases dos Programas de Residência, sendo que cada uma delas se divide em subáreas e desempenhos esperados, os quais articulam os domínios cognitivos, as habilidades e as atitudes necessárias ao contexto da prática profissional.

A concepção de competência dialógica adotada é compreendida como o “desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, em contexto, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional”^{31, p. 372}. Assim, um conjunto de desempenhos agrupados em áreas de competência, conforma o campo da prática profissional, segundo contexto e padrões de excelência³¹. Le Boterf³² refere-se à competência no âmbito da formação profissional e circunscreve esse conceito para além do saber fazer. A competência, portanto, não significa apenas saber executar o prescrito, mas ir além dele.

Para a organização da matriz curricular, foram estruturadas Unidades Educacionais que correspondem e, em geral, são similares às áreas do perfil de competência. As Unidades foram construídas a partir do perfil estabelecido e da concepção de currículo orientado por competência que materializam a organização dos Programas. Essas Unidades não se limitam a divisões disciplinares, mas organizam-se de forma transdisciplinar e alinhada às áreas de competência, favorecendo o alcance dos desempenhos esperados na prática.

Tal estrutura considera as legislações vigentes, respeitando a distribuição de 20% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais “ditas” teóricas - mas que são construídas a partir de experiências baseadas ou simuladas a partir da prática profissional (equivalente a 12 horas semanais) - e 80% sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas (equivalente a 48 horas semanais). Desta forma, o currículo tem como eixo de construção as situações de cuidado, gestão, educação e investigação que estão no perfil de competência dos Programas e se apresentam no cotidiano do trabalho, seja nas atividades de tutoria ou de preceptoria, organizadas de forma articulada.

Portanto, sendo um elemento estruturante da formação em serviço, o currículo integrado e orientado por competência pode influenciar diretamente o desenvolvimento de capacidades e da subjetividade do residente³³. Além disso, funciona como um dispositivo de autonomia, possibilitando que o estudante se reconheça como sujeito ativo de sua aprendizagem e

compreenda a relevância social de sua atuação profissional e da atuação de outros núcleos profissionais, promovendo a interprofissionalidade na saúde³³. Capdeville³⁴, ao discutir a saúde mental de estudantes na área da saúde, afirma que enquanto formos capazes “de formar profissionais inquietos, se estará dando materialidade ao currículo integrado, fazendo viva a humanização dos sujeitos, a dialogicidade das relações e a saúde psíquica dos profissionais de saúde” (p. 261).

Assim, um currículo promotor de saúde mental nas Residências deve ir além do planejamento da agenda de atividades nos serviços de saúde e da organização da grade de disciplinas. É preciso focar na organização do trabalho e da aprendizagem de maneira que haja sentido na prática profissional promovendo a capacidade reflexiva do residente, sem desconsiderar as experiências de cada sujeito.

A formação nas Residências necessita, portanto, dialogar com as subjetividades e as trajetórias de vida de cada residente, relacionando-as com a estrutura e a cultura organizacional dos serviços de saúde e das redes de atenção. Com isso, busca-se evitar a despersonalização, que pode resultar da insuficiência de estratégias para superar fatores estressantes relacionados às atividades laborais e desencadear alterações psicossomáticas, dentre elas a Síndrome de Burnout³⁵.

Além da carga horária de 60 horas semanais, os residentes podem estar expostos a fatores estressores como o desrespeito às necessidades inerentes ao processo de aprendizagem, dificuldades em definir sua identidade profissional, ausência de preceptoria presente e ativo-reflexiva e insuficiência de momentos para estudo e descanso, dentre outros³⁵. A implantação de um currículo integrado e orientado por competência pode prevenir ou minimizar esses entraves ao não sobrecarregar o residente com conteúdos puramente teóricos, repetitivos e fragmentados.

Ao focar no que é necessário para formar o especialista, o currículo promove a integração entre teoria e prática, reduz a ansiedade gerada pela lacuna entre o que se estuda e o que se executa e disponibiliza tempo e promove espaços consistentes de reflexão sobre a prática entre residentes e corpo docente. Além disso, essa organização precisa favorecer a transição dos residentes para a vida profissional, promovendo espaços ou atividades para discussão sobre o papel profissional, reflexão sobre as angústias diante do sofrimento e das vulnerabilidades do outro e de si próprio no cuidado e o fortalecimento do residente enquanto sujeito ativo no processo de ensino e aprendizagem. Exemplos disso são os “grupos de reflexão”, dispositivos

curriculares que promovem acolhimento e validam o compartilhamento de vivências emocionais como parte indissociável da formação.

A instituição intencional de espaços de autogestão do processo de aprendizado também pode ser uma possibilidade de manejo curricular que contribui para a autorregulação da aprendizagem, à medida que permite ajustar a extensa carga horária a que o residente está submetido. Em atividades autodirigidas, o residente tem a possibilidade, por exemplo, de regular seu ritmo de estudo, realizar pesquisas e desenvolver seu portfólio reflexivo, o que viabiliza a autonomia e o distanciamento necessário para reflexão crítica da prática vivida. Nesse espaço, abre-se a oportunidade de realizar buscas e estudos relacionados diretamente às suas próprias questões de aprendizagem, constituindo-se como um momento necessário e importante para a construção do conhecimento ativo, reflexivo e de forma corresponsável com o processo de formação.

Novos caminhos para novas formas de entender, agir e resolver problemas podem se abrir, em um processo que não apenas fortalece a formação, como também favorece a expressão de sentimentos, a troca de dificuldades e a construção coletiva de estratégias para lidar com os desafios.

Nesse sentido, destaca-se também, a valorização do autocuidado como parte integrante do processo educativo - a exemplo da experiência desenvolvida na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Florianópolis³⁶ -, além da garantia de descanso após plantões. Um currículo promotor entende que o esgotamento é um dos principais inimigos da saúde mental dos residentes. Ao mesmo tempo, compreende-se que ambientes institucionais éticos, colaborativos e protetivos promovem, também, a qualidade do cuidado ofertado, a qual está intrinsecamente vinculada às condições subjetivas e organizacionais em que ele é produzido^{17,37,38}.

A partir dessa perspectiva, compreende-se que o currículo não apenas orienta os processos formativos, mas também contribui para transformar tanto a forma de produzir o cuidado quanto a maneira como ele é vivenciado pelos usuários. Ao favorecer a integração de saberes e práticas, possibilita o fortalecimento de abordagens mais integrais, humanizadas e centradas nas necessidades reais da população. Com isso, também colabora para a construção de ambientes formativos mais harmônicos e qualificados, promovendo condições que favorecem a saúde mental dos residentes^{39,40}.

Por fim, ao contrário de um Programa de Residência que pode gerar sofrimento, espera-se desenvolver uma formação baseada no cuidado. Um currículo inovador - integrado, orientado por competência e norteado por uma aprendizagem reflexiva, crítica, dialógica e humanista -, ao se distanciar de um modelo estritamente organizacional e focado na tarefa, pode contribuir significativamente para o bem-estar dos residentes, pois implica uma série de mudanças que enfrentam, diretamente, as situações de risco à saúde mental. Consideramos que só é possível humanizar o atendimento aos pacientes se o processo de formação do residente também for humanizado.

Metodologias e estratégias educacionais na construção de um currículo protetivo à saúde mental

Nesses Programas, a aprendizagem dialógica e crítico-reflexiva é favorecida pela adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem (MAEA) e pelo emprego de diferentes estratégias educacionais que suscitam o residente a construir, de forma coletiva e corresponsável, o seu próprio conhecimento, articulando os domínios cognitivos, atitudinais e de habilidades ^{24,41,42}. Além disso, os processos metodológicos possibilitam a articulação disciplinar, a indissociabilidade entre teoria e prática e a atuação interprofissional, desenvolvidos em cenários reais ou simulados da prática profissional. Com isso, tem-se a intenção pedagógica de colocar o residente como sujeito central do processo de aprendizagem, desenvolvendo sua autonomia a partir da problematização e da reflexão da realidade, bem como da organização das práticas mais adequadas ao contexto real do trabalho em saúde^{18,43}.

11

Os processos educacionais tradicionais, centrados na produtividade, tendem a reduzir os espaços de análise crítica e de elaboração subjetiva do trabalho. Nesse sentido, garantir momentos institucionais destinados ao diálogo e à construção coletiva do conhecimento constitui uma ação de gestão protetiva, capaz de favorecer ambientes mais saudáveis e coerentes com os princípios da formação humanizada em saúde ^{37,44}. Esse processo requer a utilização de metodologias educacionais que favoreçam o espaço dialógico e reflexivo e que possibilitem a ação-reflexão-ação, tais como as metodologias ativas de ensino e aprendizagem^{37,42,43,44}.

Nos Programas em questão, a consolidação da concepção de aprendizagem dialógica e crítico-reflexiva e do currículo integrado e orientado por competência foi viabilizada com a adoção das MAEA ^{42,43}. Para tanto, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)²⁴ configura-se como sua orientação metodológica, ressignificada pela proposta da Espiral Construtivista (EC)⁴³ - compreendida como uma estratégia educacional centrada na problematização da

realidade e na construção reflexiva do conhecimento a partir de experiências concretas do trabalho em saúde ^{41,43}.

A inclusão de momentos de acolhimento intencional e afetuoso aos residentes em diferentes atividades educacionais se constitui também como uma estratégia empregada, configurando-se como um espaço que pode proporcionar abertura para a aprendizagem e para o desenvolvimento socioemocional dos residentes, aumentando o senso de pertencimento. O acolhimento pode levar à percepção do residente de que ele "faz parte", o que impacta diretamente a motivação intrínseca, o engajamento com a aprendizagem e o desenvolvimento de tarefas. Na área da neurociência, estudos têm explicado que razão e emoção são processos interdependentes no processo de aprendizagem – demonstrando como a atenção, a memória e a tomada de decisão dependem fundamentalmente da emoção ^{45,46,47}.

Tal perspectiva pedagógica orienta-se pelo desenvolvimento da aprendizagem significativa, construída a partir das experiências reais vivenciadas no cotidiano dos serviços com articulação constante entre prática, reflexão e novas formas de agir ^{41,43}. Com isso, é favorecido o desenvolvimento das áreas propostas no perfil de competência das Residências ^{31,42}, de maneira que o processo formativo passa a reconhecer os serviços e os territórios como espaços privilegiados de aprendizagem. Neles, o residente participa e compõe um coletivo, sendo estimulado a assumir papel ativo na produção do conhecimento a fim de superar modelos tradicionais de formação, centrados apenas na transmissão de conteúdos disciplinares e conteudistas ^{24,48,49,50}.

Na Unidade Educacional de Prática Profissional, espaço da preceptoria, desenvolvida nesses Programas, por exemplo, os cenários de atuação e os territórios deixam de ser apenas espaços de reprodução das práticas em saúde e passam a ser espaços para sua qualificação e transformação. Ou seja, trata-se de espaços experienciados de integração prático-teórica, que permitem a construção significativa do conhecimento – dando, assim, mais sentido ao processo de aprender fazendo ^{42,49, 50}.

Sob essa perspectiva, o papel do preceptor no processo de aprendizagem dialógico e crítico-reflexivo dos residentes é ressignificado ^{49,50}. Para isso, precisam ser preparados para atuar a partir de estratégias educacionais com foco no cuidado, tais como a reflexão da prática clínica por meio do processamento de histórias clínicas e da construção de planos de cuidados pelos residentes ou pela problematização das práticas clínicas diárias ^{49,50}, e também, utilizando a proposta do Preceptor em um Minuto ⁵¹ podem fazer reflexões no cotidiano da residência.

Além disso, baseado em um processo de ação-reflexão-ação, o preceptor deve apoiar a formação nas diferentes áreas de competência dos Programas, incluindo a educação em e na saúde e a gestão do cuidado e do trabalho^{37,50,52,53}.

Em relação às atividades ditas exclusivamente teóricas nas Residências, nesses Programas, elas deram lugar a ações que proporcionam a integração teórico-prática. Ou seja, a partir das práticas reais dos cenários, são construídos processos educacionais que permitem essa integração. Com isso, foram formadas as Unidades Educacionais - interdisciplinares, como por exemplo, as de Cuidado, de Gestão e Saúde Coletiva e de Investigação em Saúde^{38,49,50}, nas quais o conhecimento é construído articulando saberes prévios e novos, a partir da reflexão e de buscas baseadas em evidências realizadas pelos residentes.

Como estratégia, os Programas de Residência, por exemplo, adotam-se a Espiral Construtivista⁴³, na Unidade Educacional de Cuidado à Saúde. Busca-se, assim, a integração da teoria com o mundo real da prática, complementada por outras estratégias - como a Oficina de Trabalho (OT), o Talk Show (TS) e o Team Based Learning (TBL), oportunidades que garantem momentos de interlocução com especialistas^{49, 54,55,56}.

Essa Unidade Educacional do Cuidado individual, que utiliza a EC ⁴³, é organizada por meio de encontros em pequenos grupos, operacionalizados na tutoria de núcleo, articulando a reflexão crítica da prática clínica a partir de histórias clínicas, situações-problema e/ou narrativas, o que proporciona uma discussão coletiva das atividades realizadas nos cenários de prática. O método clínico é utilizado como eixo estruturante para o ensino do cuidado as pessoas, permitindo que os residentes analisem necessidades de saúde, construam projetos terapêuticos e desenvolvam estratégias de cuidado fundamentadas na realidade vivenciada nos serviços^{41,43,49,56}.

Destaca-se que as estratégias de EC⁴³, OT⁵², TS⁵⁴ e TBL⁵⁵ possibilitam a criação de verdadeiras comunidades de aprendizagem, visto que permitem trocas de experiências e análise crítica do cotidiano do trabalho. Essas estratégias se tornam oportunidades para que os residentes participem ativamente do processo de aprendizagem, compartilhem dificuldades, construam soluções coletivas e desenvolvam um olhar mais reflexivo sobre suas práticas. Além de favorecer o desenvolvimento do pensamento crítico, a atuação interprofissional e a capacidade de articulação entre diferentes atores e serviços, pois tais dispositivos fortalecem o protagonismo dos residentes e a construção de intervenções mais integrais, humanizadas e contextualizadas às necessidades do território ^{18, 31,37,51,52,55}. Considera-se que o uso dessas

estratégias em processos formativos na saúde favorece ambientes mais acolhedores, participativos e reflexivos, potencializando o desenvolvimento crítico, a integração entre teoria e prática e a humanização das relações de aprendizagem^{18,41,44}.

A Unidade Educacional voltada à Gestão do Trabalho e Saúde Coletiva – que assume diferentes nomenclaturas a depender do desenho curricular de cada Programa - também é aplicada em pequenos grupos de maneira articulada aos cenários de prática e às demandas dos territórios^{44,52}. Entretanto, tem como eixo metodológico a epidemiologia e o planejamento em saúde, os quais permitem o reconhecimento do território pelos residentes, a identificação de necessidades coletivas em saúde e a construção e o monitoramento de projetos de intervenção, a partir da análise de indicadores e da reflexão sobre os processos de trabalho desenvolvidos nas Redes de Atenção à Saúde^{37,42, 44,48}.

Na Unidade Educacional de Investigação em Saúde, desenvolvida nas Residências, a pesquisa é compreendida como parte integrante do processo formativo, e não apenas como uma atividade acadêmica isolada das demais. Sua organização parte da compreensão de que a formação em saúde deve, antes de tudo, preparar sujeitos capazes de questionar a realidade, formular problemas e buscar respostas de maneira crítica e reflexiva. O desenvolvimento dessa área de competência ocorre com a vivência em práticas reais e contextualizadas que permitem, ao residente, identificar e formular problemas a serem investigados, ampliar sua compreensão sobre os mesmos e intervir em contexto real. Assim, o aprendizado se constrói em diálogo com os desafios concretos do cotidiano dos serviços e dos territórios^{44,52,53}.

Para isso, os residentes se organizam em pequenos grupos, de diferentes Programas de Residência nas Instituições, possibilitando diferentes olhares e propostas ao trabalho investigativo. A metodologia científica é o caminho utilizado para as etapas investigativas, que conduzem o residente desde a identificação e da análise crítica de um problema até a busca de evidências, construção de hipóteses, elaboração metodológica e proposição de intervenções aplicáveis à realidade. Essa Unidade Educacional favorece a articulação entre ensino, pesquisa e prática, estimulando os residentes a desenvolverem autonomia intelectual, pensamento crítico e capacidade de buscar soluções contextualizadas para os desafios encontrados no cotidiano profissional^{42,49,53}.

As Residências em Saúde precisam formar sujeitos capazes de formular perguntas, analisar criticamente os contextos e construir respostas a partir de práticas reais e contextualizadas, superando modelos centrados apenas na transmissão de conteúdo. Nesse

sentido, a Unidade de Investigação em Saúde fortalece uma perspectiva de pesquisa aplicada ao SUS, na qual os problemas investigados emergem das vivências territoriais, das necessidades dos usuários, dos processos de trabalho e dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde ^{48,49}.

Assim, mais do que produzir conhecimento científico, busca-se formar profissionais capazes de refletir criticamente sobre a realidade, construir intervenções contextualizadas e contribuir para a qualificação do cuidado, da gestão e da educação em saúde ^{44,48,49,50,53}. Nesse movimento, a pesquisa passa a assumir um caráter mais humano, reflexivo e comprometido socialmente, favorecendo não apenas o desenvolvimento da área de competência investigativa, mas também a construção de profissionais mais sensíveis, críticos e implicados com a transformação das práticas e com os princípios do SUS ^{44,48,49,50,53}.

Esses espaços desenvolvem verdadeiras comunidades de aprendizagem, nas quais residentes, preceptores, tutores e equipes compartilham experiências, constroem sentidos coletivos para o trabalho em saúde, e fortalecem práticas colaborativas e interprofissionais. Mais do que favorecer apenas o desenvolvimento de conhecimentos técnicos, esse currículo possibilita a reflexão crítica sobre as experiências vividas no cotidiano dos serviços, reconhecendo o trabalho em saúde também como espaço de produção de subjetividades, vínculos e cuidado de si e do outro ^{37,38,42,56}. Para além da qualificação técnico-profissional, as estratégias apresentadas colaboram para a construção de processos formativos mais sensíveis às dimensões subjetivas do trabalho em saúde, fortalecendo práticas de cuidado mais integral e contribuindo para a promoção do bem-estar e da saúde mental dos residentes ⁴⁹.

Avaliação como mecanismo protetivo dos Programas de Residência

A avaliação do residente, nesses currículos que se constituem como inovadores, necessariamente precisa se distanciar de um modelo cuja finalidade seja sentenciar, medir e comparar as pessoas, evitando apresentar caráter punitivista e ameaçador. Nos Programas de Residência em análise, a avaliação é tida como uma das tantas mediações “pela qual se encorajaria a reorganização do saber” ^{54, p.57}. Ela é assumida como um processo que cria espaços para a reflexão do próprio percurso de construção do conhecimento, de si e do grupo como um todo, bem como das práticas profissionais de saúde, oportunizando a identificação de fortalezas e fragilidades e a recondução das práticas e ações em diferentes níveis. Por isso, dialoga - e se opera -, nesses currículos, a concepção de avaliação mediadora que, segundo Hoffmann⁵⁵, assume uma função construtivista, comprometida em proporcionar a interação entre os sujeitos

envolvidos, utilizar instrumentos para registrar o desempenho e propor desafios frente ao objetivo a ser alcançado.

A concepção mediadora da avaliação pode contribuir para a qualidade do ensino, para o desenvolvimento máximo possível dos residentes e para a aprendizagem no seu sentido pleno, alcançada a partir das oportunidades ricas e desafiadoras que lhes são oferecidas por todo o corpo docente. Nela, o facilitador de aprendizagem, no papel de preceptor ou tutor, atua como um mediador que investiga as dificuldades dos residentes para oferecer novas oportunidades de aprendizagem.

Essa avaliação formativa mediadora, desenvolvida na interação entre tutor ou preceptor e residente, favorece a reflexão crítica sobre os desempenhos observados. Esse processo amplia a compreensão do residente acerca de si mesmo e de suas práticas, permitindo identificar potencialidades, lacunas e necessidades de aprendizagem. Além de promover um ambiente propício ao aprendizado significativo e ao aprimoramento contínuo, tal dinâmica contribui para maior segurança e satisfação dos residentes, fortalecendo um caminho de formação e avaliação mais saudável³⁶.

Busca-se, assim, a qualidade da aprendizagem por meio de um processo de avaliação dos domínios cognitivos, atitudinais, de habilidades e do desempenho do indivíduo quanto à sua própria capacidade de realização das tarefas propostas. Isto ocorre por meio da adoção de instrumentos para coleta de dados com padrões de desempenho e critérios definidos – a chamada avaliação critério referenciada. Supera-se, com isso, a utilização de escores que promovem a comparação entre os componentes do grupo e que indicam apenas se o indivíduo é mais ou menos capaz do que outros – a avaliação norma referenciada -, a qual não avalia a capacidade real para a realização das tarefas exigidas⁵⁶.

Além disso, torna-se relevante a adoção da medida critério-referenciada na avaliação pela oportunidade de considerar as diferenças individuais, enquanto o sistema tradicional considera os indivíduos indiferentemente, como grupos homogêneos, submetendo-os a um único tratamento na perspectiva de que todos alcançariam os mesmos resultados ao mesmo tempo⁵⁶.

Por meio da avaliação critério-referenciada, preceptores e tutores podem investigar e se aproximar dos dados referentes a cada residente, verificando as questões que precisam ser reavaliadas a respeito do desenvolvimento de cada um e de suas capacidades. Torna-se imprescindível, portanto, o fomento ao diálogo frente às dúvidas que possam surgir nos momentos da avaliação, sendo essencial o estabelecimento de uma relação de confiança mútua

e de reciprocidade entre o residente e o preceptor ou tutor, aspecto fundamental no desencadeamento dos processos de ensino e aprendizagem.

Nesses currículos inovadores, foram estabelecidos um conjunto de instrumentos de avaliação dos residentes que, somados aos demais instrumentos de avaliação do Programa, constituem o sistema de avaliação nas Residências em Saúde. Esses instrumentos estão estruturados em consonância com a intencionalidade de aprendizagem de cada Unidade Educacional e dos desempenhos esperados. Neles, constam os critérios de avaliação definidos, utilizados como referência para avaliar o desempenho no processo de ensino e aprendizagem, tornando-se parâmetros a serem utilizados no processo avaliativo. Os instrumentos se referem aos domínios cognitivos, de habilidades, atitudinais e de desempenho, este último compreendido como a combinação de todos os domínios anteriores.

Destaca-se, ainda, que, em todas as Unidades Educacionais, adota-se um instrumento de avaliação da dimensão atitudinal que visa verificar o desempenho do residente em relação a diferentes aspectos do profissionalismo, como o cumprimento dos contratos didáticos, a relação interpessoal, comunicação, o trabalho em equipe, o compromisso com a aprendizagem e a colaboração no processo, entre outros que fizerem parte do pacto de trabalho/pedagógico.

Na Unidade Educacional do Cuidado à Saúde, por exemplo, adota-se o portfólio reflexivo⁵⁷ como um produto a ser desenvolvido, avaliado a partir de critérios que refletem a capacidade cognitiva do residente. Já na Unidade Educacional de Gestão do Trabalho e Saúde Coletiva, avalia-se o projeto de intervenção e os desempenhos relacionados às práticas interprofissionais e colaborativas e ao trabalho em equipe. Na Unidade Educacional de Investigação em Saúde, por sua vez, ocorre a avaliação contínua do projeto de pesquisa e de sua execução, verificando-se o desenvolvimento dos desempenhos relacionados à pesquisa em saúde. Ao final da Residência, avalia-se também o trabalho de conclusão apresentado pelo residente para sua certificação.

Na Unidade de Prática Profissional, por sua vez, ainda se observa um desafio estrutural em termos de avaliação de desempenho decorrente da limitação logística e operacional dos Programas para sua execução plena. Dentre os nós críticos, destaca-se a necessidade de articulação mais coerente entre o perfil de competência e os instrumentos de avaliação, a inexistência de ambientes para avaliações de simulação, a não incorporação na preceptoria de construção de instrumentos de avaliação conjunta com preceptores e coordenação, e a necessidade de ampliação de momentos de formação de preceptores para realizarem a avaliação

de desempenhos e/ou de habilidades, em acordo com o perfil de competência do especialista em Saúde da Família.

Todas as avaliações são planejadas e realizadas em encontros de avaliação, que podem acontecer em grupo ou de forma individual, nos quais opera-se uma lógica em que o residente se autoavalia e é avaliado pelo preceptor e/ou pelo tutor, além de avaliá-los nesse processo. Vale destacar que, da mesma forma como avaliam, preceptores e tutores de cada Unidade Educacional são avaliados pelos residentes e, em alguns casos, entre pares. Essa avaliação faz parte do sistema avaliativo do Programa, sendo realizada a partir de instrumentos que também apresentam critérios previamente definidos, a partir dos desempenhos esperados para esses sujeitos.

Para a realização das avaliações, ao longo do ano letivo, são organizados ciclos avaliativos no calendário acadêmico, reservando espaços de diálogo entre residente e preceptor e entre residente e tutor. Para completar o processo avaliativo, ao final de cada ano letivo, realiza-se a avaliação somativa, que visa integrar as avaliações realizadas nas diferentes Unidades Educacionais para a tomada de decisão sobre a progressão do residente para o ano seguinte ou para sua certificação ao final da Residência. Todas as avaliações são registradas nos respectivos instrumentos.

Orientados, portanto, pelo perfil de competência, os processos de avaliação passam a ser compreendidos como uma prática cotidiana. Assim, estabelecem-se as abordagens de avaliação formativa e somativa. A avaliação de caráter formativo⁵⁸ tem como função pedagógica orientar as possibilidades de melhoria da aprendizagem e a construção de novos significados, em um processo contínuo; a avaliação de caráter somativo é orientada à progressão, ou seja, indicando a aprovação ou a reprovação no ano e no curso⁵⁹.

No processo de avaliação formativa do residente, incentiva-se que os sujeitos envolvidos se utilizem do feedback efetivo e contínuo, realizado a partir dos critérios estabelecidos, com o objetivo de promover a aprendizagem. Portanto, é crucial a orientação dos indivíduos para a melhoria de seu desempenho, seja ela relacionada aos domínios cognitivos, às habilidades ou às atitudes a serem desenvolvidas³⁶.

Tais processos avaliativos, aliados à construção de uma relação mediadora de qualidade entre preceptor/tutor e residente, produzem um efeito protetivo que se relaciona diretamente ao bem-estar do residente, bem como permite detectar precocemente problemas de desempenho que, muitas vezes, têm raízes em questões emocionais, viabilizando intervenções e suporte

antes do agravamento do quadro. Além disso, ao transformar registros avaliativos em acompanhamento pedagógico, o residente não sente o processo avaliativo como injusto, mas passa a percebê-lo como uma oportunidade de maior suporte, sendo um fator de proteção contra o desânimo e o esgotamento emocional.

Todavia, há de se destacar que, para além dos instrumentos de avaliação e do tempo protegido para a realização dos encontros de avaliação, a formação docente também é um fator crítico para o sucesso, a confiabilidade e a justiça dos processos avaliativos nas Residência em Saúde⁶⁰. Por isso, nesses Programas, há um investimento na formação permanente e continuada de preceptores e tutores, visando superar a concepção de avaliações punitivas, subjetivas ou baseadas apenas em "gostar ou não" do residente, buscando desenvolver competência para a avaliação formativa. Com isso, busca-se que tutores e preceptores sejam capazes de desempenhar uma pactuação clara de objetivos de aprendizagem com cada residente, a partir do uso adequado dos instrumentos de avaliação, do espaço dialógico e do acompanhamento individualizado dos estudantes.

Por fim, toda essa programação e cuidado com a avaliação podem ser considerados fatores protetivos à saúde mental dos residentes na medida em que apresentam uma oportunidade de aprendizagem, que favorece a autonomia discente, a reflexão e o protagonismo. Isso contribui para a construção de uma prática pedagógica mais inclusiva, equitativa e comprometida com o desenvolvimento integral do profissional em formação⁶¹.

19

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de residentes em saúde exige uma urgente mudança em direção a um paradigma mais contemporâneo. Esse ensaio mostrou que a transição de um modelo histórico - marcado pelo "tocar serviço", pela pressão e pela exaustão - para um ecossistema de aprendizagem suportiva e reflexiva é não apenas viável, mas indispensável para salvaguardar a saúde mental dos profissionais em formação.

Ao consolidar um ambiente de aprendizagem saudável, humano, seguro e eficiente, as instituições de ensino cumprem um papel duplo: elevam a qualidade do aprendizado e promovem o bem-estar psicossocial. O foco no desenvolvimento integral do indivíduo - sustentado pelos pilares da autonomia, da empatia e da autoaceitação - redefine a identidade profissional do residente, distanciando-o do esgotamento e aproximando-o de uma prática em saúde mais sensível e consciente.

O processo formativo humanístico e crítico-reflexivo, articulado às metodologias ativas, criativas e acolhedoras e ao processo de avaliação mediadora, está estreitamente alinhado às demandas do mundo atual. Preparar os residentes para a vida profissional vai além de transferir conteúdos teóricos e práticos; implica instrumentalizá-los pedagógica, emocional e criticamente para aprender a aprender, bem como para o enfrentamento e para a resolução de problemas complexos inerentes ao cuidado em saúde. Proteger a integridade psíquica de quem aprende é fundamental para qualificar o cuidado e fortalecer os princípios da integralidade e da humanização do Sistema Único de Saúde.

Um grande desafio para o bom funcionamento e a potência dos Currículos dos Programas de Residência reside na sua gestão. Esta exige um coordenador(a) ativamente presente, seja no desenho do Currículo Integrado Orientado por Competência, seja na articulação entre preceptoria e tutoria para as Unidades Educacionais. Além disso, cabe ao coordenador(a) estimular e propor a capacitação dos novos tutores e preceptores que ingressam anualmente nos programas, além de planejar e executar processos de educação permanente. É fundamental, ainda, adotar o processo avaliativo como um verdadeiro instrumento de gestão educacional. Assim, o perfil do coordenador precisa ser ressignificado pelas instituições, tornando-o mais profissional sob a ótica pedagógica e da gestão acadêmica.

20

Recomenda-se, por fim, que pesquisas futuras acompanhem os resultados e o impacto de longo prazo dessas transformações na qualidade da assistência prestada e na longevidade da carreira desses novos especialistas.

REFERÊNCIAS

1. Pereira, B. B. P.; Barbosa, M. C.; Rocha S. A.; Ribeiro C. D. A. L. Nível de estresse entre discentes do programa de residência multiprofissional em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. São Paulo, v. 25, n.5, e20339. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e20339>. 2025. Acesso em: 04 jan. 2026.
2. RIOS, I. C. Humanização: A essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. , p. 253- 26. 2009.
3. VIEIRA, A.; GOMES, G.C.; MOREIRA, L.R.; DECONTO J. D. A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 3, p 371-38. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i3.14419>

4. LIMA, M.C.P.; DOMINGUES, M.S.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. São Paulo: **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p 1035-41. 2016
5. SEVERINO, A. J. A busca do sentido da formação humana: tarefa da Filosofia da Educação. **Educ. Pesqui.** São Paulo. v.32, n. 3, p. 619-34. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022006000300013>.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos [Internet]. Brasília. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf%20acessado%20em%2025.nov.2025. Acessado: em 25 nov. 2025.
7. BRASIL. **Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, p. 2, 29 abr. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acessado em: 08 fev. 2026.
8. VILAS-BOAS, L.M.; DALTRO, M.R. Educação médica: desafio da humanização na formação. **Saúde em Redes**. Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 172-182. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051668/educacao-medica-desafio-da-humanizacao-na-formacao.pdf>.
9. MINAYO, M.C.S. Sobre o humanismo e a humanização. In: DESLANDES S.F (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 23-30. 21
10. KNABBEN, T. B.; LANGARO F.; GOMES, A.H. A saúde mental de médicos residentes: desafios e perspectivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise e Psicoterapia Humanista**. Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 109-122. 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000100010
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre Preceptoría**. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/preceptoría>. Acessado em: 25 Fev. 2026.
12. NOGARE, P. D. **Humanismo e anti-humanismo**: introdução à antropologia filosófica. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.
13. SIQUEIRA, T.C.B. **Psicologia Humanista**. Apontamentos sobre Psicologia Humanista. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/2166775/psicologia-humanista>. Acessado em: 26 Fev. 2026.
14. ARAUJO, E.S.C.; VIEIRA, V.M.O. Práticas docentes em Saúde: contribuições para uma reflexão a partir de Carl Rogers. São Paulo, **Psicol. Esc. Educ.** São Paulo, v. 17, n. 1, junho de

2013. P 97-104 . Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pee/a/9tbhZ84SfBrL7tV8P7THRDt/?lang=pt>. Acessado em: em:

15. ALMEIDA, P.; ABREU S. **Abraham Maslow**. Universidade Fernando Pessoa. PORTO
Dezembro 2014. Disponível em :
https://www.academia.edu/10242353/Universidade_Fernando_Pessoa_Faculdade_de_Ci%C3%A0ncias_Humanas_e_Sociais. Acessado em: 28.nov.2025.

16. FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO, K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Physis: revista de Saúde Coletiva**. 2002; v.12, n. 1:59-76. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/wWYGckrVtjWq3n4HMhVx3WM/?lang=pt>

17. REGO S., GOMES A. P., SIQUEIRA-BATISTA R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Rev. bras. educ. med.** São Paulo, v. 32, n. 4. Dez 2008.

18. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 35.ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

19. _____. **Pedagogia do Oprimido**. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

20. _____. **Educação como Prática da Liberdade**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

21. _____. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

22. CLOSS, L. Q.; ANTONELLO, C. S. Teoria da aprendizagem transformadora: contribuições para uma educação gerencial voltada para a sustentabilidade. **Rev. Adm. Mackenzie**. São Paulo, v.15, n. 3, p. 221-52. 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ram/a/fWn5pzTzXThhxGbzzk3MZHf/?format=html&lang=pt> Acesso em 07 mar. 2026.

23. DORIGON, T. C.; ROMANOWSKI, J.P. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**. Curitiba, v. 3, n. 5, p.8-22. 2012. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/123>. Acesso em 7 abr 2026.

24. DIESEL, A; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**. Pelotas. v. 14(1):268-88. 2017. Disponível em <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/404/295>. Acesso em 7 abr 2026.

25. DEWEY, J. **A experiência e Educação**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2020.

26. Elkjaer, B. Pragmatismo: uma teoria da aprendizagem para o futuro. Apud, Illeris K. **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

27. JARVIS, P. Aprendizagem Humana: implícita e explícita. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 809-823, jul./set. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/edreal/a/YPB4XkfnKwXGzDTZ44zMZvt/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: Acesso em 7 abr 2026.

28. JARVIS, P. Aprendendo a ser uma pessoa na sociedade. Aprendendo a ser eu. Cap. 2. IN. Illeris K. **Teorias Contemporâneas da Aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

29. CHIRELLI, M. C.; NASSIF, J. V. O processo ensino-aprendizagem em metodologia ativa: visão do professor no currículo integrado e por competência dialógica. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 9, n. 3, p. 61-77, 2017. Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/pt/article/view/619/517>. Acesso em: 7 abr. 2026.

30. LEMOS, O. L.; TEIXEIRA, C. F.; VERAS, R. M. O currículo integrado e a formação em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 30, e025001, 2025. Disponível em: <https://submission.scielo.br/index.php/aval/article/view/274214/58516>. Acesso em: 7 abr. 2026.

31. LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 abr. 2026.

32. LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

33. NOGUEIRA, J. M. **Políticas de saúde mental no currículo educacional brasileiro: um estudo das legislações vigentes**. 2024. 163 f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/bitstream/handle/43894/1/Joyce%20Mesquita%20Nogueira.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2026.

34. CAPDEVILLE, E. N. Saúde mental de estudantes da área da saúde: um ensaio sobre currículo integrado, humanização e resiliência no ensino superior. In: GRILLO, R. M.; NAVARRO, E. R. (org.). **Psicologia: Desafios, Perspectivas e Possibilidades**. Guarujá: Editora Científica Digital, 2020. p. 255-263. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200400122.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2026.

35. SILVEIRA, L.; BEZ, C. N.; JUNIOR, E. G. *et al.* Síndrome de burnout em preceptores e residentes vinculados a Programas de Residência em Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e67248, 2020. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v25/1414-8536-ce-25-e67248.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2026.

36. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Florianópolis: SMS, 2026. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/11_03_2026_10.02.02.2629d1793746e06fd96ef4b44523382b.pdf. Acesso em: 7 abr. 2026.

37. PEDUZZI, M.; SILVA, J. A.; PRESTES, M.; ROCHA, D. M.; SANTOS, A. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2026.
38. VALE, J. H. O.; BICHARA, C. N. C.; FERREIRA, I. P.; VALE, M. G. M.; SENA, M. R. D.; FREITAS, J. J. S. *et al.* Currículo integrado em cursos da saúde: uma revisão integrativa com ênfase na formação interprofissional. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 7, e6002, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/6002/4585>. Acesso em: 5 jun. 2026.
39. TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183942/001064798.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2026.
40. GOMES, F.; PEDROZA CAVALCANTE, S.; DA PONTE NETO, A.; DE ARAÚJO DIAS, S.; OSAWA VASCONCELOS, I. Currículo integrado nos bacharelados na área da saúde: um estudo das evidências científicas. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 209-217, 2020. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4479/5658>. Acesso em: 5 jun. 2026.
- 41 BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>.
- 42 MITRE, S.M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.
- 43 LIMA, V.V. **Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem**. Interface (Botucatu), v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309472493_Espiral_construtivista_uma_metodologia_ativa_de_ensino-aprendizagem. Acesso em: 5 jun. 2026.
- 44 JANKE, N; TOZONI-REIS, M.F.C. **Produção coletiva de conhecimentos sobre qualidade de vida: por uma educação ambiental participativa e emancipatória**. Ciência & Educação, Bauru, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/6vw5Q3rWCRcZfjHHbQZzvmg/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2026.
45. IMMORDINO-YANG, M. H.; DAMASIO, A. We feel, therefore we learn: The relevance of affective and social neuroscience to education. **Mind, Brain, and Education**, v. 1, n.1, p. 3-10. DOI:10.1111/j.1751-228X.2007.00004.x

46. OSTERMAN, K. F. Students' need for belonging in the school community: Implications for science and practice. **Review of Educational Research**, 70(3), 323-367, 2000. DOI:10.3102/00346543070003323
47. ROORDA D. L.; KOOMEN H. M. Y.; SPILT J. L., Oort F. J. The influence of affective teacher-student relationships on students' school engagement and achievement: A meta-analysis. **Review of Educational Research**, v. 81, n. 4, p. 493-529, 2011. DOI:10.3102/0034654311421793
- 48 CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- 49 MARINS, J.J.N.; et al. (org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QDnybqfMSk8gVWfZHHPbPTF/?format=html&lang=pt> Acesso em: 5 jun. 2026.
- 51 VALE, J. H. O., BICHARA, C. N. C., FERREIRA, I. P., VALE, M. G. M. do, SENA, M. R. D., FREITAS, J. J. da S., NASCIMENTO JÚNIOR, J. C. M., & COELHO, H. R. (2024). Currículo integrado em cursos da saúde: uma revisão integrativa com ênfase na formação interprofissional. **Caderno Pedagógico**, 21(7), e6002. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n7-218>
- 52 CHEMELLO, D; MANFROI, W. C.; MACHADO, C.L.B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. **Rev. Bras. Educ. Med.** [online]. 2009, vol.33, n.04, pp.663-668. ISSN1981-5271. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712009000400018&lng=pt&nrm=iso.
- 53 MEDEIROS, R O, MASCARIM, A. M. N., BUENO, C. E., ZUTIN, T. L. M., FREGATTO, L. F., DONADAI, K. C. E. de V., SANTOS, J. P. dos, BARBOSA, J. P., GALHARDI, C. M., GIANINI, S. H. S., MEDEIROS, T. E. G., MARIN, N. S., ORSO, L. F., TOTTI, J. X., GAZETTA, G. H. A. K. (2024). Potencialidades do team based-learning (TBL) como estratégia de aprendizagem na graduação em medicina: revisão integrativa da literatura. **Caderno Pedagógico**, 21(12), e11131. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-220>
- 54 HOFFMANN, J.M.L. Avaliação: mito e desafio - uma perspectiva construtivista. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, 1991.
55. HOFFMANN, J.M.L. Avaliação Mediadora: uma relação dialógica na construção do conhecimento. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 51-59, jan./jun. 1993.
56. VIANNA, H.M.A Perspectiva das Medidas Diferenciadas a Critério. **Educação e Seleção**, São Paulo, n.2, p. 5-14, 1980.
57. COTTA, R.M.M.; COSTA, G.D.; MENDONÇA, É.T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n6/1847-1856/pt>. Acesso em: 1 jun. 2026.

58. CASEIRO, C.C.F.; GEBRAN, R.A. Avaliação formativa: concepção, práticas e dificuldades. **Nuances: Estudo sobre Educação**. Presidente Prudente. SP. Ano XIV, vol.15, n. 16. p. 141-161, jan/dez; 2008.
59. OLIVEIRA, R.G; MOTA, A.A; SOUSA, J.A. Avaliação educacional - uma breve análise das modalidades: diagnóstica, formativa e somativa. **Cadernos da Pedagogia**, v. 16, n. 34, p. 21-28, janeiro-abril/2022. <https://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1814/745>.
60. KUMAR, N.G. et al. Managing resident mental health: prevention is better than cure. **Journal of Surgical Education**, (s. l.), v. 80, n. 1, p. 11-14, jan. 2023. Disponível em: doi.org. Acesso em: 23 maio 2026.
61. ARRUDA, E. C.; SANTANA, G. S.; GUERRA, T. M. C. A avaliação formativa como instrumento de aprendizagem: práticas cotidianas na sala de aula em uma revisão bibliográfica. **Revista Tópicos**, Rio de Janeiro, 10 jan. 2026. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/generate/pdf_zenodo/pub_18204319.pdf. Acesso em: 17 maio 2026.