

Erika Thalita Nunes Costa¹;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Suane Maria Marinho Sá Souza²;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Ana Karina Castro Souza Braga³;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Amanda Castro Barroso Pinheiro⁴;

Hospital Dr. Carlos Macieira

Francisca Jessica Lima Dos Santos Costa⁵;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Talga Monique Naiva Coelho Marques⁶;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Jefferson Teodoro De Assis⁷;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Valdemir Maciel De Assunção Neto⁸;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Germano Silva Moura⁹;

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Marta Leticia Santos Pinto Maia¹⁰.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um arranjo de cuidados de pessoas para pessoas. Desde sua criação é responsável pela ordenação e formação de recursos na área da saúde, conforme a Constituição Federal de 1988. Com a promulgação da lei nº 8.080, as três esferas do governo ficaram sob a responsabilidade de participar efetivamente na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em todos os níveis de ensino, desde aperfeiçoamentos até a pós-graduação, caminhando com o sistema educacional 2.

Portanto, há inúmeras práticas educacionais responsáveis pela continuidade educacional dos atores do SUS. Uma dessas práticas são as residências médicas e multiprofissionais.

Historicamente, como relata Martins (2016), a primeira residência no Brasil foi em Medicina na USP em 1945. Somente em 2005, através da Lei nº 11.129, foi criado o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), onde foram regulamentados os programas e residências multiprofissionais em saúde (RMS) como Programa de Pós-Graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço com incentivo financeiro financiados pelos Ministérios da Saúde e da Educação, havendo então mais de 50 anos entre a criação de residência médica e multiprofissional. Em 2007, foi criada uma Portaria interministerial nº 45/2007 que dispôs sobre princípios e diretrizes das RMS e criou, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), que coordena as ações de credenciamento dos Programas de Residência.

Estes programas, por meio de estratégias governamentais que se desenvolveram ao longo dos anos, fazem uma conexão que proporcionam a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Eles inserem jovens qualificados no mercado de trabalho, norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir de necessidades e realidades locais e regionais. Essas Residências Multiprofissionais têm como finalidade a formação coletiva em equipe no serviço, interagindo com as residências uniprofissionais e médicas (MARTINS, 2016).

Nesse contexto histórico de evolução, a Universidade Federal do Maranhão, tem uma trajetória de compromisso e dedicação apresentada em décadas de trabalho para o desenvolvimento do ensino, formação e pesquisa, contribuindo de forma ampla e diversificada, formando profissionais capacitados nas diferentes áreas de conhecimento em nível de graduação e pós-graduação. Para os programas de residência a UFMA, conta com hospitais de grande credibilidade e aparato tecnológico, além de condução dos serviços por profissionais renomados, a saber os Hospitais Universitários Presidente Dutra e Materno Infantil (HUPD e HUMI), considerados referência regional na rede EBSEH, a qual pertencem e onde foi aplicado o projeto de intervenção.

Para o fortalecimento da capacitação de preceptores e gestores e consequente formação de recursos humanos no SUS foi criado o DGPSUS- Projeto de desenvolvimento da Gestão de residência e da preceptoria no Sistema único de Saúde, que integra o Programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Hospital Sírio-Libanês (HSL) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), bem como com a participação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O DGPSUS visa contribuir com a capacitação de profissionais – gestores de programas de residência e preceptores – inseridos no processo de ensino-serviço-comunidade em saúde, na expansão e na qualificação das residências por meio da oferta dos cursos:

Especialização em Gestão de Programas de Residência em Saúde do SUS (GPRS), Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS (PSUS) e Especialização em Qualidade e Segurança do Cuidado em Saúde para Preceptores no SUS (QSUS). Essas iniciativas educacionais são orientadas para o apoio à implementação de políticas de saúde, à articulação ensino-serviço-comunidade, ao fortalecimento de instâncias regionais e de redes de atenção e educação comprometidas com a transformação da realidade.

Os participantes da pós-graduação foram indicados em seus locais de atuação profissional, se envolvendo em seguida em um profundo universo do pensar durante todo o transcorrer do mesmo, objetivando o alcance de um perfil de competência junto com seus pares.

Esta produção trata-se de um trabalho de conclusão de pós-graduação, materializando ideias e aquisições de forma sucintas que foram apreendidas no decorrer da caminhada da realização de toda a especialização. Foram 22 meses de dedicação com encontros mensais densos que duravam três dias, em que aprimoramos qualidades e habilidades para preceptoria, ações de humanização, ações de integração em saúde, integralidade, gestão e tantas outras que enriqueceram a vida dos especializandos.

Este trabalho de conclusão discorreu sobre o percurso educacional da graduanda, sobre seu crescimento reflexivo mencionando, sobretudo as metodologias ativas que mais a impulsionaram neste processo, bem como a execução do projeto de intervenção aplicado em sua unidade de exercício.

O texto presente também pretende tirar o foco que em muito se observa o SUS, sempre pontuando leis, princípios e diretrizes, que são habitualmente muito lidos, estudados e falados, porém poucas produções se debruçam sobre o poder da reflexão em aprendizagem e na sua importância para o emprego de políticas públicas de saúde humanizadas

AS POTENCIALIDADES DA METODOLOGIA ATIVA

Conforme Mitre (2008), os modelos tradicionais de educação se baseiam no comportamentalismo tratando-se sucintamente de teorias de estímulos e respostas, aprendizagem desenvolvida em torno da descoberta dos fatos e das explicações e em ações mecânicas, aprendizagem por repetição ou reprodução sem processamentos reflexivos.

Como desvantagens desse modelo tradicional, pode-se citar: ensino transmissivo, centrado no conhecimento do professor; falta de envolvimento, desinteresse dos educandos; modelo de aula predominantemente oral e escrito; educandos que continuam a receber o conteúdo passivamente mesmo com a inserção de filmes, vídeos e apresentações gráficas com projetores multimídia (MITRE, 2008).

Mitre (2018) ainda menciona que o construtivismo em educação diverge da transmissão de conhecimentos e caracteriza-se pelo processo de construção dos saberes, desaprovando a rigidez dos procedimentos arcaicos de ensino, avaliações padronizadas e materiais didáticos alheios a realidade do aprendiz.

A teoria interacionista da educação diz que o fenômeno da educação se dá pela interação entre os sujeitos e o mundo. Esta interação constrói razão e afetividade, aspectos que são indissociáveis. Entretanto autores modernos atribuem à nossa cultura o fato de aspectos racionais serem mais valorizados que os emocionais (MITRE, 2008).

Para Mitre (2008), o ensinar construtivista respeita a autonomia do sujeito para uma educação que leva em consideração o indivíduo como um ser que constrói a própria história. As metodologias ativas entram neste modelo moderno estimulando o princípio teórico da autonomia, salientando que para haver aprendizado, deve ocorrer auto iniciativa, almejando dimensões afetivas e intelectuais, proporcionando uma aprendizagem mais duradoura e sólida.

A problematização é a estratégia utilizada na aplicação das metodologias ativas. Seu objetivo é alcançar o que motiva o aprendiz. Quando ele se depara com um problema que o afeta, ele pode examinar, refletir, relacionar o que já sabe com o problema envolvido, ressignificar e agregar novos ensinamentos. Problematizar envolve refletir sobre uma realidade concreta com toda dinâmica envolvida na questão (MITRE, 2008). Com a mudança das políticas públicas houve ampliação do papel do SUS nos processos de formação que buscam favorecer a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências, aprendendo a partir de problemas, valorizando o conhecimento profissional, incentivando a atitude crítico reflexiva de modo a transformar a realidade.

Diante da constante busca por melhora dos processos educacionais, entende-se que cada situação profissional é única e exige de sua parte uma reflexão sobre a ação, para dar sentido e uma prática mais autônoma que contribuirá para transformação do contexto. Precisa, assim, alcançar e desenvolver uma capacidade reflexiva, o que lhe permite realizar um processo de aprendizagem contínuo que representa uma das características mais importantes e determinantes da prática profissional. Assim, as pessoas podem aprender a refletir sobre a prática mediante três situações: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Desta forma, a prática se transforma num processo de aprendizagem que contribui para a formação do profissional reflexivo (MITRE, 2008).

AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS ABORDADAS DURANTE A ESPECIALIZAÇÃO

Viagem educacional

A palavra viagem vem do Latim *viaticum*, que significa jornada, derivado de *via* ou *caminho*. Quando se fala em viagem educacional, retoma-se que é um caminho a ser

percorrido com resultado educacional.

A viagem educacional (VE) é uma metodologia agregadora no processo de ensino-aprendizagem. Ela é pautada na transmissão de algum conteúdo áudio visual (vídeos, músicas, textos ou até apresentação de objetos pessoais que tragam algum significado) com transmissão de conteúdos potentes no intuito de despertar os sentimentos dos aprendizes, por meio de reflexão, exposição de ideias após maturação das mesmas e sobretudo aprendizagem da visão dos pares, onde cada educando traz sua carga emocional e a expõe diante do grupo (MATOS, 2018).

Pode-se dizer que o principal papel da viagem educacional é fazer acontecer o diálogo entre emoção e razão com o perfil de competência requerido dos educandos. Este termo foi escolhido porque ele potencializa o aspecto individual de cada pessoa que perpassa por ele (MOURTHE, LIMA E PADILHA, 2018).

Matos (2018) diz que esta ferramenta, assim como várias outras, conta com a presença de um facilitador para incitar e direcionar as discussões acerca do conhecimento proposto. As produções artísticas tornam-se um potente instrumento de aproximação com a realidade atraindo os aprendizes, com um estímulo potente da reflexão.

Para Mourthe, Lima e Padilha (2018), esta estratégia acontece em dois momentos principais: o primeiro em um grupo maior, quando há exposição à vivência, onde o foco é mobilizar as emoções. No segundo momento, que acontece em grupos menores, se volta para sentimentos que permeiam a percepção e interpretação das emoções que foram fisicamente expressadas no momento anterior.

A prática é exercida em pequenos grupos para que haja interação de todos, sempre levando em conta um ambiente protegido para que haja compartilhamento de emoções. Este ambiente protegido é previamente pactuado entre os educandos. Após a explanação do conteúdo áudio visual, o facilitador solicita aos aprendizes que registrem em tarjetas ou folhas de papel uma palavra ou alguma pequena expressão que surgiram na sequência do disparo do conteúdo. Após este registro físico há a verbalização de suas emoções representadas pelas palavras registradas (MOURTHE, LIMA E PADILHA, 2018).

Autores como Mourthe, Lima e Padilha (2018), relatam que geralmente as emoções são colocadas em segundo plano em detrimento da razão ou pensamento lógico, porém, fisiologicamente as emoções surgem das partes mais baixas do cérebro- o sistema límbico- e somente então o raciocínio é formado pelo neocórtex que não sobrepõe o sistema límbico. Ou seja, a emoção é indissociável da razão, como fala a neurociência.

O processo conversacional tensiona o que o aprendiz já sabe e impulsiona a emergência de novas concepções, pois mobiliza capacidades de enfrentar, de forma contextualizada, os problemas reais da prática, pois os desafios educacionais devem ser apresentados do modo como se apresentam no cotidiano. Estas estratégias que envolvem metacognição favorecem reconhecimento individual de potencialidades e fragilidades, que

são sequência de um processo reflexivo, o que permite uma abordagem singularizada dos educandos (MOURTHE, LIMA E PADILHA, 2018).

Ficou muito claro durante o transcorrer da especialização a maturação da reflexão dos educandos, pois estes se expressavam de forma mais íntima, sincera, desprovida de temor de julgamentos, momentos estes sempre bem manejados pela facilitadora da pós-graduação.

Essa metodologia me encantou, pois em cursos tradicionais, pouco se considera os sentimentos e afetos dos educandos. Durante a VE permite-se que o educando traga sua bagagem emocional, suas lembranças, afetos e desafetos, compartilhados com seus colegas. Quando os educandos se expressam e ouvem as expressões dos demais colegas, eles podem se conhecer, se reconhecer, se contextualizar no ambiente que estão inseridos e que potencial de aprendizagem podem alcançar.

As práticas de saúde foram se tornando cada vez mais técnicas ao longo do tempo. Buscou-se um distanciamento das pessoas e aproximação com a doença. Hoje vemos o qual o indivíduo é o centro desse processo de saúde/doença. Seus desejos, crenças, compreensões, cultura, emoções, tudo isso deve ser levando em conta em estabelecimentos de saúde. E a VE é um recurso que aproxima o profissional de saúde, as vezes tão inacessível, às pessoas em suas subjetividades.

Espiral construtivista

A espiral construtivista é uma metodologia ativa problematizadora, que se baseia na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), considerando uma concepção construtivista da educação. Viabiliza uma simbiose do conhecimento prévio com o novo adquirido, num profundo movimento crítico-reflexivo, podendo levar a outros novos conceitos, o que consequentemente exigirá essa mesma união de conhecimentos .

Segundo Lima(2017), a ABP, utilizada inicialmente em cursos de graduação de medicina, teve sua origem no Canadá, na década de 1960. Ela utiliza problemas em pequenos grupos, e se caracteriza pelo papel ativo dos educandos. No Brasil, a ABP foi introduzida em 1993, em cursos da pós-graduação, e, em 1997, na graduação.

Já a Espiral Construtivista (EC), foi utilizada inicialmente por volta de 2004 numa especialização de nível nacional sendo expandida por volta de 2009 em capacitações para profissionais do SUS. Essa metodologia ativa é realizada em grupos de preferencialmente até dez participantes. O diferencial da espiral construtivista é que ela usa disparadores ou narrativas que problematizam o meio, onde os aprendizes transbordam suas interpretações subjetivas sobre o mundo em que estão inseridos o que aproxima a apreensão de novos conhecimentos de suas realidades (LIMA, 2017).

Ela é dividida em duas etapas maiores que por sua vez se subdividem em mais três etapas cada uma. A etapa inicial se chama síntese provisória que se subdivide em identificação dos problemas - esta etapa explicita o conhecimento prévio dos aprendizes juntamente com seus sentimentos, valores e percepções. Os problemas levantados durante esta fase são resultados de diferentes perspectivas e interpretações. A subfase seguinte é a formulações de explicações ou hipóteses - após o levantamento de problemas coletados da narrativa, há formulação de hipóteses que possam justificá-los. Em seguida realiza-se a elaboração de questões de aprendizagem - momento coletivo onde são pactuadas e criadas questões que testem as hipóteses que foram formuladas por meio da leitura da narrativa problematizadora. Há ainda o momento de avaliação. Esta se inicia com autoavaliação, tendo como a avaliação dos colegas e por fim avaliação do facilitador do processo (LIMA, 2017).

A segunda fase chama-se nova síntese, que se subdivide em busca de novas informações, único momento individual da espiral onde cada educando vai realizar pesquisas científicas em bancos de dados confiáveis e relevantes para elucidar as questões levantadas ainda na primeira fase. Em seguida, novamente em grupo, há a construção de novos significados - que é o confronto entre os saberes prévios e os novos recém capturados pelos aprendizes durante a busca de informações, ela traz o rubor do conhecimento científico recentemente apreendido durante as pesquisas individuais 8.

A última fase da espiral chama-se avaliação de processos e produtos, com caráter formativo, deve ser realizada de forma verbal e ao final de cada momento da espiral. Os aprendizes devem começar este momento com a autoavaliação, onde priorizam a metacognição trazendo consciência e honestidade sobre suas ações e reflexões, explicitando suas potencialidades e dificuldades no processo de aprendizagem. Em seguida, fazem uma avaliação dos seus pares e do facilitador do grupo, sendo que o facilitador também deve dar um feedback sobre os desempenhos individuais e do grupo como todo (BOLLELA et al., 2014).

O grupo que realizou a especialização teve alguns encontros para explorar a espiral construtivista. A princípio o grupo teve dificuldades por ser uma metodologia desconhecida pela maioria. Entre fases de não envolvimento e não realização de novas pesquisas. Pessoalmente posso dizer que foi a metodologia que tive maior fragilidade em executar. Os momentos iniciais da espiral, formação de hipóteses, formulação de questões de aprendizagem eram um desafio em tanto pelo nível de concentração exigida e pelo não entendimento pleno a princípio. No transcorrer do tempo fui me envolvendo e me apropriado das etapas e realizando pesquisas mais valorosas para realizar a nova síntese.

TEAM-BASED LEARNING –TBL

A sigla que vem do termo em inglês Team-Based Learning (TBL), que se traduz em Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE). Esta metodologia permite interação e

aprendizagem ativa que pode ser usada com grandes grupos de aprendizes divididos em grupos de cinco a sete participantes. Tem como ideia central a autor responsabilização dos participantes por seu aprendizado e de seus colegas (LIMA, 2017).

Conforme Lima, 2017 o TBL foi criado no fim da década de 70 por Larry Michaelsen nos EUA, destinando-se a otimizar aprendizagem por meio de trabalho colaborativo, com estímulo ao gerenciamento de equipes de aprendizagem, preparação e aplicação de conceitos, feedback constante e avaliação entre os pares.

O TBL é iniciado com a criação de pequenos grupos de aprendizes. O grupo geral pode e deve ser preparado com antecedência, por meio da leitura prévia do assunto abordado durante a atividade. Após a formação dos grupos, individualmente, os aprendizes são incentivados a responderem a questões do assunto abordado em um tempo curto como 10 a 15 minutos, teste este com questões de múltiplas escolhas com preenchimento de gabarito também individual (LIMA, 2017).

Após este momento, os aprendizes vão discutir em seu pequeno grupo suas escolhas de respostas, defendendo seu ponto de vista diante de cada questão, até que o grupo todo entra em consenso e escolhe apenas uma resposta para cada questão do teste. Em seguida, o facilitador aborda as múltiplas opções, discutindo uma a uma, incitando a reflexão e observando seus detalhes, procurando sempre a opção mais correta (LIMA, 2017).

O poder da reflexão na assistência prestada em saúde pelo SUS

Muito se questiona sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. A forma de atendimento prestada pelos profissionais, sua capacidade de compreender suas demandas e expectativas são muito valorizados pelos usuários. As altas tecnologias e sistemas organizacionais, por melhores que sejam, só exercem sua funcionalidade com a influência da qualidade do fator humano (OLIVEIRA et al., 2018).

Segundo Oliveira et al. (2018) bons resultados em saúde dependem de um atendimento humanizado, cuidado com as próprias equipes em saúde. Além de melhorias físicas, é imprescindível o enfoque de profissionais humanizados e é no processo de formação que podem ser enraizados valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma cultura de bom atendimento à saúde.

A humanização no SUS está intimamente ligado com a abordagem integral do usuário. O ambiente que o usuário é atendido deve ser utilizado como encontro de culturas, onde não apenas as queixas são valorizadas. Deve-se aos profissionais de saúde e preceptores encararem o usuário como pessoas, que carregam em suas histórias dores e sabores, e não apenas como indivíduos que sejam nomeados com algum diagnóstico. Os encontros em saúde devem ser marcados pela singularidade e subjetividade dos indivíduos, de modo que as práticas pedagógicas se façam presentes nos saberes e fazeres (BRASIL, 2010).

Por outro lado, atores em saúde, profissionais em sua maioria com formação técnica, muitas vezes submetidos a processos de trabalhos mecanizados que tornam suas práticas menos críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria. Percebe-se esta constante busca pela sensibilização destes atores (BARBOSA, et al., 2013).

Os serviços de saúde priorizam mais a padronização de condutas por meio da sistematização das mesmas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços em detrimento ao acolhimento e integralidade do cuidado. Para a Política Nacional de Humanização é necessário formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, mas que agreguem postura ética, com respeito a necessidade e singularidade de cada usuário (BRASIL, 2010).

Na trajetória do SUS, várias estratégias foram performadas e têm sido usadas pelas equipes em saúde no âmbito da humanização e integralidade, tais como projeto terapêutico singular (PTS), clínica ampliada, dentre outras. Essas estratégias priorizam a singularização dos atendimentos, a escuta qualificada, o respeito pela autonomia do paciente em deliberar sobre seu tratamento, seu autocuidado. Elas envolvem gestão participativa, interdisciplinaridade, priorizam alta responsável do ambiente hospitalar. Tentando fugir do modelo biomédico, fala-se ainda em neo artesanato em saúde (BRASIL, 2010).

Todo caráter reflexivo e emocional, acompanhado de boas práticas em saúde, devem ser trabalhados desde a graduação, bem como programas de educação permanente e continuada em saúde, potencializando ações de humanização do SUS (BRASIL, 2010).

As práticas em saúde enfrentam muitos obstáculos, como questões de gestão, de ordens financeira e política, questões éticas, mas onde fica a qualidade do cuidado? Do que adianta aplicação de e tecnologias duras, saberes e encontros, se os profissionais não olharem para o centro do cuidado, o usuário que sofre algum mal naquele momento? (BARBOSA, et all 2013).

De que adianta cobrar práticas humanizadas de profissionais que não receberam este enfoque em sua formação acadêmica? Que competência e desempenhos são cobrados desses profissionais? É necessário saber-saber - carregar o saber científico; saber-fazer - saber executar ações de saúde adequadas; e, saber-ser – desempenho com ações éticas, reflexivas que coloquem o usuário no centro do cuidado, como ser autônomo e legítimo, envolvido nele, entendendo os processos envolvidos e sendo capaz de opinar sobre o esse cuidado prestado (BARBOSA, et al., 2013).

Neste sentido, o PSUS alcançou seu objetivo, pois constantemente lançou ferramentas em busca da reflexão em ações de educação e assistência em saúde. Todos os envolvidos saem desta profunda imersão mais sensibilizados, buscando atitudes éticas, explorando suas potencialidades e buscando fortalecer suas fragilidades enquanto atores em saúde do SUS e preceptores das unidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este percurso educacional foi valoroso e explorou as potencialidades dos especializados, como também apontou suas fragilidades, de modo a também serem levadas em conta no seu processo educacional.

Foi uma viagem que começou internamente, na busca pelas emoções ligadas sempre a razão e pautadas em problemas reais do cotidiano. Foi algo memorável e diferente de todos os cursos que realizamos anteriormente. Somos profissionais intimamente ligados ao SUS e tivemos uma formação tecnicista, pouco voltada para sentimentos e sensações. Esta foi uma oportunidade de grande valor na nossa jornada educacional.

Fica claro o quão é importante retornar ao ser, às sensações e sensibilidades que emergem da reflexão, antes da razão e resultam em ações de saúde valorosas e humanizadas. Ressalto ainda o quão importante é continuar formando e aperfeiçoando os colaboradores do SUS, que são responsáveis pela prestação de serviços à grande massa populacional do país.

REFERENCIAS

BARBOSA, G. C. et al.. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123–127, jan. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Caderno do projeto: desenvolvimento da gestão e da preceptoría no SUS - DGPSUS 2021-2023. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês;

GOULART, B. N. G. DE .; CHIARI, B. M.. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 255–268, jan. 2010

LIMA, V. V.. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 61, p. 421–434, abr. 2017.

MARTINS, G. D. M. et al.. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. 3, p. e57046, 2016.

MATTOS, Mússio Pirajá. Viagem educacional e oficinas temáticas como ferramentas de formação construtivista em psicofarmacologia clínica. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 12, n. 4, 2018. DOI: 10.29397/reciis.v12i4.1448. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1448>. Acesso em: 13 maio. 2024.

MITRE, S. M. et al.. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 2133–2144, dez. 2008

MOURTHÉ JUNIOR, C. A.; LIMA, V. V.; PADILHA, R. DE Q.. Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 577–588, abr. 2018

OLIVEIRA, B. L. C. A. DE . et al.. Team-Based Learning como Forma de Aprendizagem Colaborativa e Sala de Aula Invertida com Centralidade nos Estudantes no Processo Ensino-Aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 4, p. 86–95, out. 2018.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 1990 set 20.