Pedro Henrique Alves Silva

ENSINO DA ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PATOS – PB

2026

Pedro Henrique Alves Silva

ENSINO DA ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Projeto do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado ao Programa Residência Médica em Medicina de Família, da Prefeitura Municipal de Patos em parceira com o Centro Universitário de Patos (UNIFIP)

Orientador: Edmundo de Melo Xavier Neto

PATOS – PB

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Silva, Pedro Henrique Alves.
S586e Ensino da Abordagem em Saúde Mental na Atenção Primária: Desafios na Formação de Médicos de Família e Comunidade. / Pedro Henrique Alves Silva. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
14 fls.

Orientador (a): Prof. Me. Edmundo de Melo Xavier Neto.
TCR, Residência em Medicina de Família e Comunidade

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Saúde Mental.
3. Educação Médica. 4. Atenção Primária à Saúde.
I. Título. II. Centro Universitário - UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 614
Yasmim Caroline A. Nóbrega – Bibliotecário. CRB 15/1086

RESUMO

Resumo

Introdução: Os transtornos mentais representam 30% das demandas na atenção primária, porém a formação médica tradicional privilegia o modelo biomédico, deixando lacunas no desenvolvimento de competências para abordagem integral do sofrimento psíquico.

Objetivo: Discutir fundamentos teóricos e metodológicos para o ensino de saúde mental focada na atenção básica durante a residência em medicina de família e comunidade.

Métodos: Ensaio fundamentado em revisão sobre educação médica em saúde mental, integrando referencial teórico identificado no desenvolvimento de guia prático que articula condutas clínicas e psicoterapia médica.

Resultados: Ferramentas como genograma, ecomapa e Calgary-Cambridge funcionam como recursos pedagógicos quando integrados a metodologias ativas. Junto a isso, a dramatização, SNAPPS e Grupos Balint ampliam o repertório formativo. Ademais, o preceptor atua como modelo e facilitador, enfrentando desafios relacionados à própria formação, organização dos serviços e riscos de medicalização.

Conclusões: O ensino requer deslocamento do paradigma biomédico para perspectivas integradoras incluindo prevenção quaternária. Assim, a integração de ferramentas clínicas e metodologias ativas potencializa competências essenciais, demandando transformações na organização dos serviços e formação de educadores.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Saúde Mental; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Mental healh disorders represent 30% of demands in primary care, but traditional medical training privileges the biomedical model, leaving gaps in training for comprehensive approach to psychological distress.

Objective: To discuss theoretical and methodological foundations for mental health teaching in primary care during family and community medicine residency.

Methods: Theoretical-reflective essay based on narrative review about medical education in mental health, integrating the development of a practical guide articulating clinical management and medical psychotherapy.

Results: Tools such as genogram, ecomap and Calgary-Cambridge function as pedagogical resources when integrated with active methodologies. Role-play, SNAPPS, Balint Groups and medical psychotherapy expand the training repertoire. The preceptor acts as a model and facilitator, facing challenges related to their own training, service organization and risks of medicalization.

Conclusions: Teaching requires a shift from the biomedical paradigm to integrative perspectives including quaternary prevention. The integration of clinical tools and active methodologies enhances essential competencies, demanding transformations in service organization and educator training.

Keywords: Family Practice; Mental Health; Education, Medical; Primary Health Care.

Introdução

Os transtornos mentais constituem importante parcela das demandas atendidas na atenção primária à saúde. Nesse contexto, estudos epidemiológicos brasileiros demonstram que aproximadamente 30% das consultas na atenção primária envolvem queixas relacionadas ao sofrimento mental, seja como foco do atendimento ou indiretamente associada a outras questões de saude.[1] Esse fenômeno contrasta com a persistente lacuna de cuidado em saúde mental, um conceito referente à discrepância entre a proporção de pessoas que são devidamente tratados e a prevalência de transtornos mentais na população total.[2] Apesar dessa demanda expressiva, a formação médica historicamente privilegiou o modelo biomédico centrado na doença, com enfoque fragmentado que separa aspectos físicos e mentais da doença, revelando lacunas importantes na capacitação de profissionais para um manejo integral das situações de sofrimento mental encontradas no cotidiano da atenção primária.

Diante desse cenário, a residência em medicina de família e comunidade representa oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências específicas necessárias à abordagem contextualizada dos transtornos mentais. A Resolução CNRM nº 9 de 2020 estabeleceu matriz de competências que explicita a necessidade de o médico de família desenvolver habilidades para manejo de problemas prevalentes de saúde mental, integrar cuidado biopsicossocial e atuar na prevenção quaternária.[3] Diferente da formação especializada em psiquiatria, que foca no diagnóstico nosológico e o tratamento farmacológico em contextos ambulatoriais ou hospitalares especializados, a formação do médico de família deve preparar para compreender o sofrimento psíquico inserido na complexidade das relações familiares, diante de determinantes sociais e particularidades culturais de cada território. Tal perspectiva ampliada enfrenta desafios relacionados tanto aos conteúdos quanto às metodologias de ensino empregadas.

Assim, a lacuna formativa existente nesse campo está oficialmente reconhecida pelo Ministério da Saúde, que identifica "uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental", destacando que quando existe essa formação, ela ocorre predominantemente em ambiente hospitalar ou ambulatórios psiquiátricos especializados, sem apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na atenção primária.[4] Essa constatação institucional contextualiza o desafio enfrentado pelos programas de residência em medicina de família e comunidade, que

precisam desenvolver estratégias pedagógicas específicas para preparar profissionais capazes de manejar situações de sofrimento mental com competência técnica e sensibilidade relacional no contexto da atenção primária.

Nesse contexto, o presente ensaio propõe reflexão sobre estratégias pedagógicas que integrem ferramentas clínicas e metodologias ativas à abordagem centrada na pessoa, fundamentando-se no desenvolvimento de um guia prático que articula condutas clínicas e ferramentas de psicoterapia médica para o ensino de saúde mental na atenção primária, direcionado a preceptores e residentes de medicina de família e comunidade. O objetivo é discutir os fundamentos teóricos e as escolhas metodológicas que embasam essa proposta educacional, identificando desafios e perspectivas para a formação nessa área. Argumenta-se que a integração de instrumentos estruturados de comunicação clínica, ferramentas de abordagem familiar, estratégias de discussão de casos e espaços reflexivos grupais, quando incorporados através de metodologias ativas sob orientação de preceptores capacitados, pode potencializar o desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado integral em saúde mental no contexto da atenção primária.

Competências necessárias para abordagem de saúde mental na atenção primária e o desafio da prevenção quaternária

A prática da medicina de família e comunidade na abordagem de situações de saúde mental apresenta especificidades que a diferenciam substancialmente da prática psiquiátrica especializada. Enquanto esta última privilegia o raciocínio diagnóstico baseado em critérios nosológicos e a prescrição farmacológica como intervenção central, o médico de família precisa desenvolver competências para compreensão contextualizada do sofrimento psíquico, reconhecendo determinantes sociais, familiares e culturais que influenciam tanto a expressão quanto a experiência do adoecimento mental. A pobreza, o desemprego, a violência doméstica, o isolamento social e as rupturas nos vínculos comunitários não são meramente fatores de risco a serem catalogados na anamnese, mas dimensões constitutivas do próprio processo de adoecimento que demandam abordagem integrada.

Diante disso, a longitudinalidade característica da atenção primária transforma fundamentalmente a natureza do cuidado em saúde mental. Diferentemente da consulta especializada pontual, o acompanhamento ao longo do tempo permite que cada encontro seja compreendido como oportunidade terapêutica que transcende a prescrição medicamentosa, constituindo o vínculo estabelecido progressivamente entre profissional, paciente e família em si recurso terapêutico potente, possibilitando intervenções que levam em conta a história de vida, as potencialidades e os recursos disponíveis em cada situação singular.[5] Essa perspectiva exige do médico de família habilidades refinadas de comunicação, capacidade de escuta qualificada, competência para estabelecer relação de confiança e habilidade para articular recursos da rede de apoio social e dos serviços especializados quando necessário.

Nesse contexto, emerge com particular relevância o conceito de prevenção quaternária, formulado por Marc Jamoulle e desenvolvido especificamente para o campo da saúde mental por diversos autores brasileiros. A prevenção quaternária refere-se às ações tomadas para proteger pessoas de intervenções médicas excessivas ou desnecessárias, reconhecendo que a própria prática médica pode gerar iatrogenias quando não criticamente refletida.[6] Na abordagem de saúde mental na atenção primária, isso significa reconhecer os riscos da medicalização excessiva do sofrimento humano, da prescrição indiscriminada de psicofármacos para situações que demandariam

prioritariamente escuta e suporte social, e da patologização de reações adaptativas a contextos adversos.[7] Assim, o desenvolvimento dessa competência crítica, que permite ao profissional reconhecer quando não intervir farmacologicamente constitui a melhor intervenção, representa desafio formativo significativo em contexto onde a prescrição é frequentemente a resposta mais rápida e socialmente esperada.[8]

Diante desse cenário, o desenvolvimento dessas competências complexas não ocorre exclusivamente pela exposição a conteúdos teóricos sobre psicopatologia e psicofarmacologia. Embora o conhecimento técnico seja necessário, ele se mostra insuficiente diante da complexidade das situações reais, visto que a competência clínica em saúde mental na atenção primária articula conhecimentos, habilidades e atitudes que se desenvolvem através da prática supervisionada, da reflexão sobre essa prática e da construção progressiva de repertório experiencial.[9] Isso demanda metodologias de ensino-aprendizagem que privilegiem a imersão em situações reais, a discussão de casos complexos e a reflexão crítica sobre as escolhas terapêuticas, em contraposição a modelos tradicionais baseados prioritariamente em transmissão vertical de conhecimento.

Ferramentas clínicas e modelos de comunicação como recursos pedagógicos integrados

Instrumentos tradicionalmente empregados na prática clínica podem assumir função pedagógica quando intencionalmente incorporados ao processo de formação. O genograma e o ecomapa exemplificam essa possibilidade de dupla função, visto que na prática assistencial essas representações gráficas facilitam a compreensão da inserção do paciente em sua rede familiar e social, explicitando padrões relacionais, recursos disponíveis e áreas de vulnerabilidade que contextualizam o sofrimento psíquico.[10] Na dimensão pedagógica, a construção dessas ferramentas pelo residente sob supervisão do preceptor constitui exercício formativo que desenvolve o olhar sistêmico característico da abordagem familiar, permitindo que ao construir um genograma durante a discussão de um caso de depressão, por exemplo, o residente não apenas registre informações sobre a estrutura familiar, mas exercite ativamente o pensamento que transcende o indivíduo isolado para compreender o adoecimento inserido em contexto relacional.[11]

De forma complementar, o modelo Calgary-Cambridge oferece estrutura para desenvolvimento e avaliação sistemática de habilidades de comunicação clínica. Desenvolvido originalmente no Canadá e validado para o português brasileiro, esse guia de observação de 28 itens organiza o encontro clínico em cinco etapas: iniciar a sessão, coletar informações, construir o relacionamento, explicar e planejar, e encerrar a sessão.[12] Cada etapa desdobra-se em habilidades específicas observáveis que podem ser treinadas e avaliadas, sendo que enquanto ferramentas como o genograma e o ecomapa oferecem lente para compreender o contexto do paciente, o Calgary-Cambridge fornece roteiro para estruturar a própria interação.[13] Assim, a integração dessas abordagens mostra-se particularmente potente, permitindo que o residente aprenda simultaneamente o que explorar na história do paciente e como conduzir essa exploração de forma tecnicamente adequada e humanamente sensível.

Nesse contexto, abordagens estruturadas como o método PRACTICE oferecem roteiro que organiza sistematicamente o raciocínio clínico sem engessá-lo. Esse acrônimo, que orienta a exploração de diferentes dimensões da experiência do paciente (Problema apresentado, Papéis e estrutura familiar, Afeto, Comunicação, Tempo no ciclo de vida, Doença na família, Coping e Ecologia), funciona como andaime cognitivo durante a

formação.[14] O residente iniciante encontra nesse roteiro estrutura que o auxilia a não negligenciar aspectos importantes da avaliação, enquanto progressivamente desenvolve autonomia para adaptar a abordagem às particularidades de cada situação. A utilização sistemática desses métodos em discussões de caso, sob orientação do preceptor, permite que o conhecimento declarativo inicial transforme-se em conhecimento procedural e, eventualmente, em competência integrada que se manifesta naturalmente nos encontros clínicos, conforme descrito pela abordagem da medicina centrada na pessoa.[15]

Metodologias ativas: da dramatização aos Grupos Balint e o conceito de psicoterapia médica

O ensino da abordagem em saúde mental na atenção primária não pode se limitar a aulas expositivas sobre transtornos mentais e seus tratamentos, visto que a complexidade das situações reais, a singularidade de cada encontro clínico e a necessidade de integrar múltiplas dimensões do cuidado exigem metodologias que privilegiem a participação ativa do aprendiz. A dramatização ou role play constitui estratégia pedagógica que permite aos residentes exercitar habilidades de comunicação em ambiente protegido antes de aplicá-las em situações reais.[16] Nessa metodologia, residentes e preceptores assumem papéis de médico e paciente em cenários de consultas difíceis relacionadas a problemas de saúde mental, permitindo prática deliberada seguida de feedback estruturado, sendo que a possibilidade de pausar a interação, discutir alternativas de abordagem e retomar o exercício oferece oportunidades de aprendizagem que o atendimento real, com suas demandas de continuidade e resolução, não proporciona.[17]

Diante disso, a discussão de casos clínicos, quando estruturada através de metodologias como o SNAPPS (Summarize, Narrow, Analyze, Probe, Plan, Select), oferece framework que desenvolve sistematicamente o raciocínio clínico.[18] Nessa abordagem, o residente apresenta o caso resumindo a história e achados relevantes, propõe diagnósticos diferenciais estreitando as possibilidades, analisa comparando e contrastando as hipóteses, questiona o preceptor sobre incertezas específicas, desenvolve plano de manejo e seleciona tema para estudo autodirigido. Essa estrutura transforma discussões que poderiam ser passivas em exercícios ativos de elaboração do pensamento clínico, preparando o residente para autonomia progressiva conforme avançam as Atividades Profissionais Confiáveis que demarcam o desenvolvimento de competências ao longo da formação.[19]

Nesse contexto, os Grupos Balint representam metodologia singular que merece atenção especial no contexto do ensino de abordagem em saúde mental. Desenvolvidos por Michael Balint na década de 1950 e mantendo relevância contemporânea comprovada por meta-análises recentes que demonstram efeito robusto sobre desenvolvimento de empatia e prevenção de burnout, esses grupos constituem espaços reflexivos onde médicos discutem suas experiências emocionais no encontro com pacientes.[20,21] Diferentemente da discussão técnica de casos, o foco balintiano recai sobre a relação médico-paciente e as ressonâncias afetivas que essa relação provoca no profissional, reconhecendo que o médico constitui, ele próprio, instrumento terapêutico fundamental e que o desenvolvimento de autoconsciência sobre as próprias reações emocionais potencializa a capacidade de compreender e ajudar pacientes.[22] Assim, grupos compostos por 6 a 12 participantes reunindo-se regularmente sob coordenação experiente criam ambiente psicologicamente seguro onde dificuldades podem ser compartilhadas sem julgamento, erros podem ser discutidos construtivamente e pontos cegos podem ser identificados através da reflexão coletiva.[23]

Essa perspectiva conecta-se intimamente com o conceito de psicoterapia médica desenvolvido por Marco Aurélio Pascalicchio, que argumenta que a psicoterapia constitui parte indissociável do trabalho de todo médico, independentemente da natureza das queixas apresentadas.[24] A arte de conversar com o paciente, como denomina o autor, representa habilidade essencial que qualifica a comunicação e a compreensão dos fenômenos conscientes e inconscientes presentes em cada atendimento, reconhecendo que todo encontro clínico possui dimensão terapêutica potencial que transcende prescrições e procedimentos, situando a relação como elemento central do cuidado. Assim, a formação do médico de família, nessa perspectiva, deve incluir desenvolvimento de sensibilidade para reconhecer e utilizar construtivamente as dimensões relacionais e emocionais do encontro clínico.

Nesse contexto, o preceptor assume papel fundamental que transcende a transmissão de conhecimento técnico, funcionando simultaneamente como modelo de competência clínica, facilitador do processo de aprendizagem e provocador de reflexão crítica.[25] Na prática clínica compartilhada, o preceptor demonstra através de suas próprias ações as atitudes esperadas: o respeito ao sofrimento do paciente, a escuta qualificada, a negociação de planos terapêuticos, a articulação com a rede de apoio. Essas demonstrações práticas têm impacto formativo que nenhuma aula teórica consegue alcançar, pois permitem que o residente observe concretamente como os princípios abstratos da abordagem centrada na pessoa se materializam em interações reais, sendo que a discussão de casos conduzida pelo preceptor deve equilibrar direcionamento e abertura, utilizando perguntas provocativas que estimulam o raciocínio clínico ao invés de oferecer explicações prontas.

Diante disso, a consolidação dessas práticas pedagógicas enfrenta desafios significativos. Muitos preceptores não tiveram em sua própria formação exposição a metodologias ativas, à abordagem centrada na pessoa ou aos Grupos Balint, o que dificulta replicar essas práticas com seus residentes. Além disso, a organização dos serviços, com pressões por produtividade quantitativa e agendas sobrecarregadas, frequentemente não garante espaços protegidos para discussão de casos e supervisão qualificada.[26] Há ainda resistências culturais ao cuidado em saúde mental na atenção primária, com encaminhamentos precoces aos serviços especializados que privam residentes de oportunidades de aprendizagem e consolidam a fragmentação do cuidado, sendo que o risco de burnout entre preceptores que acumulam funções assistenciais, educacionais e administrativas sem reconhecimento institucional adequado compromete a sustentabilidade dessas iniciativas formativas.

Considerações Finais

O ensino da abordagem em saúde mental na atenção primária requer deslocamento do paradigma biomédico tradicional em direção a perspectivas que integrem dimensões biológicas, psicológicas e sociais do adoecimento. Ferramentas como genograma, ecomapa, modelo Calgary-Cambridge e métodos estruturados de abordagem não constituem meros instrumentos técnicos a serem dominados, mas recursos pedagógicos que educam o olhar do profissional em formação e estruturam seu raciocínio clínico. Assim, a incorporação dessas ferramentas através de metodologias ativas como dramatização, discussão estruturada de casos, Grupos Balint e desenvolvimento do conceito de psicoterapia médica, sob orientação de preceptores capacitados, potencializa o desenvolvimento de competências essenciais que incluem não apenas conhecimentos técnicos, mas também habilidades de comunicação e atitudes compatíveis com o cuidado integral e com a prevenção quaternária.

Diante disso, os desafios identificados ao longo desta reflexão apontam para a necessidade de transformações que transcendem o nível individual dos residentes ou preceptores. A efetivação de propostas educacionais inovadoras demanda mudanças na organização dos serviços, com proteção de espaços para ensino e supervisão, reconhecimento institucional da atividade de preceptoria e adequação das metas de produtividade. Exige também investimento na formação continuada dos educadores, muitos dos quais não tiveram em sua própria trajetória formativa exposição às abordagens que se espera que repliquem. Nesse contexto, a superação de resistências culturais ao cuidado em saúde mental na atenção primária constitui outro desafio que requer tanto sensibilização de profissionais quanto reorganização dos fluxos de encaminhamento na rede de atenção, sendo que o desenvolvimento progressivo de autonomia profissional, marcado pelas EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade, requer acompanhamento longitudinal que só se viabiliza quando preceptores dispõem de tempo, formação e apoio institucional adequados.

Assim, o desenvolvimento de materiais educacionais que integrem condutas baseadas em evidências com técnicas de psicoterapia médica adaptadas à realidade da atenção primária representa contribuição relevante para esse campo, oferecendo aos preceptores e residentes recursos práticos que preenchem lacuna formativa identificada tanto na literatura quanto na matriz de competências da especialidade. Entretanto, a efetividade de tais propostas dependerá das condições institucionais em que serão implementadas e de avaliações rigorosas que ainda precisam ser realizadas. Estudos futuros devem investigar não apenas a viabilidade de implementação dessas estratégias em diferentes contextos, mas também seu impacto real sobre o desenvolvimento de competências dos residentes e, em última análise, sobre a qualidade do cuidado oferecido às pessoas em sofrimento mental na atenção primária. A integração de ferramentas clínicas, modelos de comunicação, metodologias ativas e espaços reflexivos como os Grupos Balint, fundamentada no conceito ampliado de psicoterapia médica e orientada pelos princípios da prevenção quaternária, constitui ponto de partida promissor que demanda refinamento contínuo baseado em evidências sobre práticas pedagógicas efetivas na formação em medicina de família e comunidade.

Referências

1. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. Cad Saude Publica. 2014;30(3):623-32.

2. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.

3. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 2021.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

6. Jamoulle M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-4.

7. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-10.

8. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):e2803.

9. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

10. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramas: avaliação e intervenção familiar. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

11. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

12. Dohms MC, Collares CF, Tiberio IC. Brazilian version of Calgary-Cambridge observation guide 28-item version: cross-cultural adaptation and psychometric properties. Clinics (Sao Paulo). 2021;76:e2721.

13. Dohms M, Gusso G. Comunicação clínica: aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed; 2020.

14. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

15. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

16. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. BMC Med Educ. 2007;7:3.

17. Rocha SR, Oliveira NG, Silva GB, Campelo GLA, Almeida DG, Perdigão EARM, et al. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. Rev Bras Educ Med. 2020;43(1 Supl 1):236-45.

18. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step 'microskills' model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract. 1992;5(4):419-24.

19. Caramori U, Cunha ATR, organizadores. EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero. Rio de Janeiro: SBMFC; 2025.

20. Balint M. Training General Practitioners in Psychotherapy. Br Med J. 1954;1(4854):115-20.

21. Gong B, Wang Y, Yang X, Wu X, Fan X, Zhang Y, et al. The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Med Educ. 2024;24:1089.

22. Stojanovic-Tasic M, Latas M, Milosevic N, Pribakovic Brinovec R, Vegnuti M, Soprek H, et al. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors? Libyan J Med. 2018;13(1):1440123.

23. Cunha GT. Grupos Balint Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

24. Albuquerque MAC. Psicoterapia para médicos de família: a arte de conversar com o paciente. São Paulo: Blucher; 2023.

25. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):363-73.

26. Pereira AA, Andrade DC. Estratégia educacional em saúde mental para médicos da atenção básica. Rev Bras Educ Med. 2018;42(1):162-9.