



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TALITA CARNEIRO DE CARVALHO

**INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ENSINO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REVISÃO INTEGRATIVA**

**SOBRAL - CE
2018**

TALITA CARNEIRO DE CARVALHO

**INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ENSINO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC - Campus de Sobral, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

**SOBRAL - CE
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C329i Carvalho, Talita Carneiro de.
Inserção da Atenção Primária à Saúde (APS) no Ensino da Graduação em Medicina: Revisão Integrativa. :
Revisão Integrativa / Talita Carneiro de Carvalho. – 2018.
67 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira.

1. Educação Médica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Ensino. 4. Currículo. I. Título.

CDD 610

TALITA CARNEIRO DE CARVALHO

**INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ENSINO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC - Campus de Sobral, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira – Orientador
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira – Examinadora Interna
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Vicente de Paulo Teixeira Pinto – Examinador Externo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

As transformações na Educação Médica ao longo do tempo demonstram as novas exigências do profissional frente à sociedade e ao mercado de trabalho. A formação parece caminhar de um modelo puramente biomédico para outro que valoriza o desenvolvimento de habilidades e competências, além do conhecimento técnico-científico. Desde a publicação do Relatório Flexner em 1910 até às atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina de 2014 observamos mudanças na estruturação dos cursos de medicina. No Brasil e no mundo escolas de medicina expressam a preocupação com a responsabilidade social e com a qualidade do médico egresso através de mudanças curriculares orientadas ou baseadas na comunidade. Este estudo se propõe a analisar como a Atenção Primária à Saúde (APS) está inserida nos cursos de graduação em medicina no Brasil e no mundo e qual a influência no desenvolvimento de habilidades e competências. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa da literatura durante cinco anos (2013-2017) em quatro periódicos: *Academic Medicine*, *Medical Education*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica. Aplicamos núcleos de sentido relacionados ao tema para a busca dos artigos. Como resultados, apresentamos um panorama geral de tendências das publicações ao longo do período pesquisado. Observamos que há diversas modalidades de inserção desde formas teóricas e pontuais até formas longitudinais e integradas que estão apresentadas em detalhes nesse estudo. As habilidades citadas como mais desenvolvidas como consequências dessas inserções foram: capacidades de trabalhar em equipe interprofissional e com a comunidade, competência cultural e conhecimento teórico-prático sobre determinantes de saúde entre outros. As metodologias de ensino-aprendizagem mais utilizadas foram Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem Based Learning* - PBL), acompanhamento do atendimento clínico supervisionado pelo professor e imersão nos serviços de APS e comunidade por meio de pequenos grupos. A APS tem um grande potencial de contribuição para Educação Médica e pode ser utilizada sob diferentes aspectos de acordo com os objetivos pedagógicos desejados. Somos conscientes da necessidade de transformação da formação médica. O modelo hospitalocêntrico e reducionista já não é mais capaz de oferecer uma formação médica adequada. A população precisa que suas demandas de saúde sejam atendidas e os profissionais precisam estar melhores preparados para lidar com as adversidades e peculiaridades da vida profissional. A solução passa por uma inclusão, cada vez maior, da Atenção Primária à Saúde nos cursos de medicina do Brasil e do mundo.

Palavras-Chave: Educação Médica, Atenção Primária à Saúde, Ensino, Currículo.

ABSTRACT

Transformations in Medical Education over time demonstrate the new demands of professionals in relation to society and the job market. Medical Education seems to move from a purely biomedical model to one that values the development of skills and competences as well as technical-scientific knowledge. Since the publication of the Flexner Report in 1910 until the current National Curriculum Guidelines for medical schools in 2014, we have observed changes in the structure of medical courses. In Brazil and in the world, medical schools express concern about social responsibility and the quality of the post graduate medical or community-based curriculum changes. This study aims to analyze how Primary Health Care (PHC) is inserted in medicine post graduate curriculum in Brazil and in the world and what are influences on the development of skills and competences. We used as methodology an integrative literature review in four journals: Academic Medicine, Medical Education, Medical Teacher and Brazilian Journal of Medical Education for five years (2013-2017). We looked for expressions related to the subject to select articles. As a result, we present an overview of the tendency of publications over the period studied. We observe that there are several modalities of insertion, from the theoretical and punctual forms, to the longitudinal and integrated forms that are presented in detail in this study. The skills cited as more developed as consequences of these insertions were: skills to work in interprofessional group and in community, cultural competence and theoretical-practical knowledge on health determinants, among others. The most used teaching-learning methodologies was Problem-Based Learning (PBL), monitoring of teacher-supervised clinical care, and immersion in Primary Care services and community through small groups. The PHC has great potential to contribute to Medical Education and can be used in different ways according to the pedagogical objectives. We are aware of the need to transform medical education. The conventional model is no able to offer adequate medical training. The health problems of the population need to be solved and doctors need to be prepared for professional life. The solution is the progressive inclusion of PHC in curriculum of medical courses in Brazil and in around the world.

Key-Words: Medical Education, Primary Health Care, Teaching, Curriculum.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. MATERIAL E MÉTODOS	25
2.1. Primeira Etapa - Identificação do Tema e Seleção da Questão de Pesquisa	30
2.2. Segunda Etapa - Critérios de Inclusão e Exclusão	31
2.3. Terceira Etapa – Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Selecionados	31
2.4. Quarta Etapa – Categorização dos Estudos Selecionados	34
3. RESULTADOS	36
4. DISCUSSÃO	47
5. CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE – TABELA DOS PERIÓDICOS	66

FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1 – Tipos de revisão de literatura (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014) _	26
FIGURA 2 – Sete passos da revisão bibliográfica (GALVÃO, 2004) _____	27
FIGURA 3 – Etapas da revisão integrativa (BENEFIELD, 2003) _____	29
FIGURA 4 - Descrição do de seleção da revisão integrativa sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina em 4 periódicos selecionados - junho e julho de 2018 _____	33
FIGURA 5 - Tendência da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos <i>Medical Education</i>, <i>Academic Medicine</i> e <i>Medical Teacher</i> (internacionais), e <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> (nacional): 2013-2017 _____	36
FIGURA 6 – Distribuição da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos <i>Medical Education</i>, <i>Academic Medicine</i> e <i>Medical Teacher</i>: 2013-2017 _____	38
TABELA – (Nome do periódico) _____	34
TABELA 1 – Distribuição da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos <i>Medical Education</i>, <i>Academic Medicine</i> e <i>Medical Teacher</i>: 2013-2017 _____	37
TABELA 2 – Distribuição das publicações pelos continentes que sediaram as escolas médicas que foram cenário para os estudos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina: periódicos <i>Medical Teacher</i>, <i>Academic Medicine</i> e <i>Medical Education</i>, 2013-2018 _____	39
TABELA 3 – Distribuição das publicações pelas regiões e pelos estados brasileiros que sediaram as escolas médicas que foram cenário para os estudos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina: periódico <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i>, 2013-2017 _____	40

TABELA 4 – Estratégias de inserção da APS no ensino médico tal como descritas nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 41

TABELA 5 – Métodos de ensino da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 42

TABELA 6 – Competências desenvolvidas no ensino da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 43

TABELA 7 – Tipos de estudo conduzidos pelas pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 44

TABELA 8 – Objetivos das pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 44

TABELA 9 – Principais conclusões das pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 45

TABELA 10 – Diretrizes para futuras pesquisas sugeridas nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017 _____ 46

1. INTRODUÇÃO

A primeira menção registrada à Educação Médica na literatura é atribuída a Charaka, médico hindu que, em 500 a.C., referiu-se à idéia distintiva de um "mestre" de quem se poderia aprender a arte e as práticas médicas. Segundo ele, o mestre deve professar e praticar a arte com habilidades reconhecidas e aprovadas, ser um especialista correto e irrepreensível, saber usar suas mãos e sentidos, estar comprometido com a aprendizagem sem atitudes extremas de atraso ou paixão e ser paciente com seus seguidores. Isso caracteriza a primeira definição de Educação Médica focada na relação de mestre-aprendiz (FULTON, 1953).

O desenvolvimento da Medicina e a história da Educação Médica se confundem em diversos momentos. A Educação Médica teve pontos de inflexão ao longo de sua história até se apresentar como a conhecemos hoje. Dentre vários projetos de reformulação do ensino médico, o da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, obteve repercussão internacional. Ele deu origem ao *Flexner Report* publicado em 1910 por Abraham Flexner, que é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos e com profundas influências para a formação médica e para a Medicina mundial. Após visitar 155 escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, em um período de 180 dias, Flexner fez várias constatações que desencadearam uma série de reformas em prol da reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas. Seu relatório foi dirigido primariamente para o público em geral, tendo criticado (1) a qualidade medíocre e o perfil de muitas escolas médicas e de seus professores, (2) a inadequação de currículos e das facilidades de ensino das escolas, e (3) a abordagem não científica à preparação dos professores (FLEXNER, 1910). Muitas das escolas médicas visitadas por Flexner não tinham condições de continuarem funcionando, seja por sua estrutura física ou recursos, como laboratórios e bibliotecas deficientes, ou pela forma de organização curricular, que não estava pautada em uma base científica.

Como esse relatório enfatizou as bases científicas da prática médica, ele ajudou a mudar a face da Educação Médica norte-americana, podendo ser considerado o primeiro grande trabalho de avaliação sistemática da Educação Médica em todo o mundo ocidental (FLODEN, 1983), e exemplo pioneiro de avaliação por acreditação (STAKE, 2000; FITZPATRICK *et al*, 2004).

O estudo de Flexner ocorreu em um contexto em que a situação das escolas médicas era caótica. Como antes não havia necessidade de nenhuma licença estatal para o exercício da Medicina, as escolas médicas, tanto convencionais ou ortodoxas quanto as não convencionais, como as baseadas em botânica, proliferavam de forma indiscriminada, sem qualquer padronização quanto ao tempo de formação, aos critérios de admissão, aos equipamentos essenciais ou a fundamentação teórico-científica. Como consequência, houve queda no número de escolas médicas convencionais e até a extinção total de algumas abordagens não convencionais como o fisiomedicalismo. Surgiu até o termo “modelo flexneriano” para se referir ao modelo de currículo proposto no relatório, que apresenta uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. O ciclo básico, de dois anos, deveria ser realizado em laboratório e na universidade e o ciclo clínico deveria ser cumprido fundamentalmente em hospitais (BONNER, 2002; LUDMERER, 1996; 1999). Esse modelo é vigente até hoje, mais de cem anos depois, na maioria das escolas médicas do mundo (COOKE *et al.*, 2006).

Se, por um lado, o “modelo flexneriano” trouxe a proposta de busca da excelência no ensino médico introduzindo a salutar racionalidade científica na formação médica, por outro desencadeou um processo de extirpação de todas as abordagens de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto (PAGLIOSA; ROS, 2008). Outro aspecto a ressaltar, ao analisarem-se as consequências desse importante documento, é perceber que não foram considerados outros fatores que afetam profundamente a Educação Médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que apenas a boa Educação Médica determina tanto a qualidade da prática médica quanto a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas.

Segundo Flexner (1910), o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta. A doença era considerada um processo natural, biológico. Enquanto que os aspectos sociais, coletivos, públicos e a comunidade não eram incluídos no ensino médico e, assim, não sendo considerados como implicados no processo saúde-doença. O hospital transformou-se na principal, e por vezes, única instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. No decorrer deste século, já se observavam mudanças na situação de morbimortalidade, fenômeno conhecido como transição epidemiológica. As doenças infecto-contagiosas estavam em redução, devido essencialmente às melhorias das

condições de vida da população, e não tanto aos progressos médicos. E houve incremento das doenças crônico-degenerativas. (SCHRAMM *et al.*, 2004)

Mesmo sabendo-se que a contribuição e a influência do Relatório Flexner foram um importante marco e precursor de uma nova era na organização da formação médica mundial, não se pode deixar de considerar que a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas curriculares a uma visão reducionista. Ao defender o modelo saúde-doença unicausal, biologicista, individual e curativista, há pouco ou nenhum espaço para se pensar nas dimensões social, psicológica e econômica da saúde, e para incluir o amplo espectro da Medicina que vai muito além desse modelo e de seus médicos tradicionais. Há ainda que lembrar o grande estímulo à especialização em detrimento da formação de profissionais generalistas (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Com o término da Segunda Guerra Mundial, produziram-se mudanças sobre a Educação Médica latino-americana. Antes, as escolas médicas desse subcontinente sofriam influências apenas de escolas européias, como Espanha, Portugal, França e Reino Unido. A partir de 1945, com as novas relações econômicas e culturais estabelecidas, a influência norte-americana passa a ser predominante na Educação Médica latino-americana e brasileira. Portanto, é num contexto de profundas transformações econômicas, sociais, culturais e políticas, de âmbito interno e externo, que as novas bases para o desenvolvimento da Educação Médica latino-americana são lançadas a partir da metade do século (ALMEIDA, 2001).

Diversas crises no setor saúde começaram a ocorrer e se intensificaram a partir da década de 1960 em todo o mundo. Esse período ficou conhecido como a “crise da medicina”. Eram as consequências do descompromisso com a realidade e as necessidades de saúde da população (QUEIROZ, 1986). É nessa época que instituições internacionais de saúde, como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e fundações internacionais, como Fundação Rockefeller, passaram a se envolver no setor saúde e na formação médica. A OPAS interessava-se pelo ensino médico, uma vez que a Educação Médica latino-americana era avaliada como atrasada cientificamente, desarticulada da prevenção e metodologicamente anacrônica. Ela assume, então, a modernização do ensino de medicina, tornando-a mais preventiva e social. A Fundação Rockefeller juntamente com outras, apoiaram pequenas escolas modelos em áreas isoladas de grandes centros urbanos, concentrando-se nas ciências sociais em saúde, e incorporando cientistas sociais, especialmente antropólogos, em seus programas de atuação. O

objetivo era incluir na formação médica o conceito de ser humano nos seus aspectos físico, mental e social, de forma integrada, na compreensão dos determinantes envolvidos no processo saúde-doença. Observou-se que o enfoque apenas biológico não era mais capaz de suprir todas as demandas de saúde da população. Era necessário ampliar a visão médica. A Educação Médica estava caminhando de uma abordagem puramente terapêutica para uma abordagem mais preventivista. Os médicos precisavam ser inseridos em um contexto maior para entenderem todas as influências externas na história natural das doenças, chamadas de determinantes sociais do processo saúde-doença (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Em 1978 na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi um marco histórico nas discussões sobre saúde com a participação de 134 países e 67 organizações não governamentais. A partir dessa conferência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a definir cuidados primários em saúde como sendo o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo os serviços de saúde dos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Além de serem cuidados essenciais baseados em métodos práticos, fundamentados cientificamente e aplicáveis na comunidade. Essa conferência concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional (BATISTA; FAUSTO; CUNHA, 2009).

Como resultado dessa conferência, surgiu a Declaração de Alma-Ata. Esse documento foi inovador por ter associado uma abordagem baseada no direito à saúde com estratégias viáveis para a concretização desse direito. A declaração convocou governos a formular políticas nacionais que incorporassem os cuidados primários de saúde em seus sistemas nacionais de saúde. Enfatizou a necessidade de dar importância ao atendimento de saúde baseado na comunidade, uma vez que reflete a real situação política e econômica de um país. (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

Nos últimos 50 anos vêm ocorrendo grandes mudanças nos determinantes sociais da saúde e nas condições de vida da população em todo o mundo. Algumas das alterações atualmente impactando o sistema público de saúde brasileiro incluem urbanização rápida, redução da fecundidade e das taxas de mortalidade, envelhecimento populacional e aumento na ocorrência de doenças crônicas (ALVES *et al.*, 2013).

A partir dos anos de 1980, iniciaram-se processos de reforma mais profundas do setor saúde em vários países. As reformas ocorriam sob diferentes contextos socioeconômicos e políticos e sob diversas estratégias administrativas e até constitucionais próprias de cada nação. No Brasil, as reformas mais significativas foram desencadeadas por iniciativa da sociedade civil organizada. Com a Constituição Federal (CF) de 1988 foi instituído em todo território nacional um sistema universal e único de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A Atenção Primária à Saúde (APS) funciona então como o meio pelo qual será organizado o sistema de saúde brasileiro para atender aos princípios constitucionais (DEMARZO *et al.*, 2011). Mesmo com todas essas mudanças e reformas no setor saúde e na formação médica, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde ainda era relegado a segundo plano. O setor educacional permanecia desvinculado da organização dos serviços de saúde, das práticas de atenção e dos processos reformistas. No Brasil, até o final da década de 1990, praticamente não houve avanços que fossem fruto das discussões sobre a necessidade de desenvolvimento de força de trabalho para a saúde (ALMEIDA, 2001).

No Brasil, as primeiras experiências em APS são anteriores à conferência em Alma-Ata e se desenvolveram nos anos 1960, e mais amplamente nos anos 1970, a partir dos programas de integração docente-assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina. Em meados dos anos 1970, as experiências começaram a ganhar maior expressão, influenciando na formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção à saúde no país (FAUSTO, 2005).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, teve seu escopo traçado no final da década de 80 como iniciativa de algumas áreas do Nordeste, como uma busca de alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Teve êxito em reduzir a mortalidade infantil, uma vez que introduziu, dentre outros cuidados, a hidratação oral a crianças com quadros de diarreia (ROSA; LABATE, 2005).

Sendo precedido pelo grande sucesso do PACS e tendo em vista a necessidade de estruturação do modelo de assistência à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil, em 1994, como uma proposta de reorganização do modelo assistencial à saúde, que prioriza a atenção primária e estaria em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF apresentou-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a

família como centro da atenção e não somente o indivíduo doente, como acontecia no modelo tecnicista/ hospitalocêntrico anterior (ROSA; LABATE, 2005).

Observam-se dois grandes momentos da discussão sobre atenção primária no Brasil. Um primeiro, localizado nos anos 1970, com características que se assemelhavam à agenda internacional, onde a questão em foco era o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde e a extensão da cobertura. Um segundo momento, a partir da segunda metade dos anos 1990, quando o PSF assume centralidade na agenda governamental e se define como estratégia de reorganização da atenção básica no âmbito do SUS. A concepção de APS é vista como nível de atenção e estratégia de reorientação do sistema de saúde e estas ações devem ser dirigidas a toda população, havendo, entre elas, aquelas ações dirigidas aos grupos específicos (BAPTISTA, 2009).

Em 2006, o Sistema de Saúde Único (SUS), testemunhou ampla reforma em que o PSF deixou de ser programa e se consolidou como estratégia permanente na atenção primária em saúde, passando a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ALVES *et al.*, 2013). Foi também nesse ano que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi implantada, sendo orientada pelos seguintes princípios: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Desse modo, a ESF vem no sentido de afirmar um discurso de consolidação do proposto na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde 8080/90 e 8142/90, que constituem as bases jurídicas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda que a Constituição Federal (CF) de 1988 trate da formação das profissões da saúde, estabelecendo-a como responsabilidade do SUS, observa-se ainda, a falta de integração do processo de aprendizagem aos serviços de saúde e de uma melhor parceria entre as universidades e setores da sociedade civil e da comunidade, demonstrando a falta de uma visão de integralidade. Fato esse que tem colaborado para a inadequação do atual modelo de Educação Médica às demandas sociais e, ainda, de forma mais categórica, para a inadequação da formação médica para atuação no SUS (ALMEIDA, 2001).

Como podemos perceber a Atenção Primária à Saúde (APS) exerceu um papel fundamental na organização do sistema de saúde e posteriormente influenciou a Educação médica tanto no Brasil como no mundo durante o século XX, como veremos adiante.

A produção bibliográfica sobre APS aumentou de forma relevante a partir dos anos 2000 tendo como contexto o incentivo para a reorganização do modelo assistencial pautado na atenção primária e na expansão do Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 2002, principalmente, há uma tendência à mudança de foco nos temas tratados, voltados para a discussão da política e estratégia de financiamento da APS/PSF, avaliação da implementação da política, atuação profissional no PSF, processo de trabalho e atenção a grupos populacionais (mulher, saúde bucal, saúde mental, etc.). Os temas sugerem uma inflexão dos estudos no sentido da busca de elementos para uma análise mais apurada dos desafios na implementação da política e configuração do modelo assistencial, tendo como principal elemento de análise o PSF (BAPTISTA et al., 2009).

A reformulação da Educação Médica é temática recorrente e teve início há bastante tempo pelas organizações envolvidas com a formação médica. No Brasil, a Associação Brasileira de Educação de Educação Médica (ABEM), por exemplo, desde sua fundação em 1942, questiona e propõe modificações na formação médica. Mais recentemente, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio do Exame Nacional de Cursos, denominado de “Provão”, aplicado a formandos de 1996 a 2003 revelou questões semelhantes às debatidas anteriormente, como a dissociação entre teoria e prática, desumanização e descontextualização da prática médica, entre outras problemáticas associadas à qualidade e à qualificação de professores, e à estrutura inadequada de muitas escolas médicas. A presença de currículos arcaicos, baixa produção de conhecimento científico e não integração adequada entre ciclo básico e ciclo clínico são outras conclusões importantes deste exame (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Vários autores, entre eles Nogueira (2013), concordam que este modelo de formação médica tem se mostrado limitado e inadequado para responder às complexas demandas de saúde do ser humano.

A então vigente ótica reducionista da formação médica, como citada anteriormente, influencia e até estimula a escolha precoce por uma especialidade médica por parte dos estudantes de medicina. A existência dessa forte inclinação por uma especialidade, ainda durante a graduação é, em geral, decorrente das forças de mercados ou do maior uso de aparato tecnológico em algumas especialidades. Áreas básicas e consideradas essenciais como Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Saúde Comunitária ficam preteridas

nesse contexto, uma vez que, potencialmente, trariam menor retorno financeiro e reputação social (SOUSA; SILVA; CALDAS, 2014).

Segundo Sousa, Silva e Caldas (2014), a construção do “tornar-se médico” tem início bem antes de o estudante ingressar na faculdade, em virtude de cada pessoa já trazer consigo uma visão de médico, em decorrência da vivência pessoal, de fatores demarcados na cultura e em grande parte por influência da imagem construída pelos meios de comunicação de massa. Durante o período de graduação, as divergências, muitas vezes frustrantes, entre expectativas e realidade da prática profissional, colaboram para a escolha de uma especialidade que seja símbolo de ascensão e prestígio social (SOUSA; SILVA; CALDAS, 2014). Os Estados Unidos, por exemplo, enfrentam escassez de médicos na Atenção Primária. E essas deficiências são mais pronunciadas nas áreas rurais (VOORHEES *et al.*, 2013).

Os currículos das escolas de medicina continuam a ser uma das principais alavancas no aumento da oferta futura de médicos rurais. Os dados da Austrália e do exterior sugeriram que a exposição à prática rural por meio de inserções rurais durante o treinamento médico básico é positivamente associada aos graduados, que se tornam médicos rurais (JONES; HUMPHREYS; BUSHNELL, 2014). No Brasil, observamos um aumento significativo do número de universidades e de vagas nos cursos de medicina, principalmente na área privada, fato que mantém a concentração da formação e da fixação dos médicos em grandes centros urbanos, obedecendo a uma lógica de mercado desvinculada das necessidades de saúde da população. A capacidade de o Estado regular essa distribuição parece limitada e ineficiente. (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Vários questionamentos surgem nesse contexto: Como as escolas médicas, criadas para formar profissionais para atuarem na população brasileira, respondem atualmente às demandas menos centradas em doenças e mais focadas no cuidado e nas genuínas necessidades de saúde da população? Que estratégias políticas e pedagógicas poderiam ser utilizadas para lidar com o pressuposto da integralidade do cuidado? Os profissionais estão preparados para atender as demandas de saúde da população? Quais são essas demandas? Até que ponto a formação médica deve ser ordenada pelas necessidades de saúde da população? Escolas de medicina devem formar profissionais para atuar em suas comunidades locais? Os currículos devem ser totais, ou apenas parcialmente, voltados à comunidade? Em que a comunidade pode auxiliar na formação médica? Quem determina como será a formação médica; as universidades, o Estado ou as autoridades de saúde? Dentre estes o que mais nos

motivou a iniciar essa pesquisa foi: que estratégias políticas e pedagógicas poderiam ser utilizadas para lidar com o pressuposto da integralidade do cuidado? A integralidade do cuidado é um importante aspecto da produção de APS no Brasil desde os anos 70 e constitui um diferencial em relação aos demais países, pois se fala em extensão de cobertura com a garantia de um leque abrangente de ações e serviços de saúde. A partir dos anos 90, quando a equidade passa a ser um princípio fundamental para reforma do sistema de saúde nacional, as questões referentes ao princípio da integralidade ganham mais expressão (BAPTISTA, 2009).

Tais perguntas conduzem às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN - Medicina), homologada em novembro de 2001 (BRASIL, 2001) e reformulada em junho de 2014 pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), e aos programas governamentais de estímulo a mudanças curriculares que envolvem os ministérios da Educação e da Saúde como: o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (PROMED) em 2002, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) em 2010 (COSTA *et al.*, 2014).

As DCN – Medicina (BRASIL, 2001) foram um marco na política educacional brasileira, funcionando como norteadores na construção e padronização da formação médica no Brasil. Tais diretrizes definem o perfil do médico egresso, bem como princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação médica, com objetivo de formar profissionais preparados para as exigências, tanto técnico-científicas quanto de habilidades pessoais e comportamentais da atuação médica profissional.

As DCN - Medicina de 2001 (BRASIL, 2001) já apontavam para uma integração com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino da medicina dos hospitais e tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e de toda a atenção à saúde no país (DEMARZO *et al.*, 2011).

O profissional médico, segundo o artigo 3º das DCN-Medicina de 2014 (BRASIL, 2014), deve ter:

Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de

promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Conforme as DCN – Medicina de 2014, as atividades curativas, e em especial as preventivas, devem ser aprendidas e aplicadas em todos os níveis de complexidade em caráter individual e coletivo e devem estar baseadas em educação permanente. O profissional deve ser estimulado a aprender continuamente, tanto durante a formação quanto na prática clínica, e transmitir o senso de responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais (BRASIL, 2014).

Preparar o profissional para lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde atuando em sistemas articulados de saúde pautados em princípios éticos e organizacionais, bem como, estar consciente da relação custo-benefício das decisões médicas, levando em conta a real necessidade da população, também está previsto nas últimas DCN - Medicina. O trabalho em equipe interprofissional e a capacidade de liderança e de tomada de decisões são importantes, e também são citados como habilidades a serem adquiridas na graduação médica (BRASIL, 2014).

Quanto às competências e às habilidades gerais e específicas propostas nas DCN-Medicina de 2014 observa-se uma clara inclinação ao estímulo do desenvolvimento de características que permitam ao profissional atuar em todos os níveis de complexidade da saúde, com ênfase nos atendimentos primários e secundários, dominar conhecimentos biopsicosocioambientais subjacentes à prática médica, promover educação em saúde atuando como agente de transformação social, divulgando estilos de vida saudáveis e conciliando as necessidades de saúde dos pacientes com as da comunidade de forma geral. O cuidado a pacientes de todas as idades, de ambos os sexos, sob diversas condições de saúde e contextos de vida como gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental também é preconizado nas diretrizes (BRASIL, 2014).

Quanto à estrutura e à organização dos cursos de graduação em medicina, as DCN-Medicina de 2014 propõem que o currículo deve ter como eixo de desenvolvimento as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelos usuários e identificadas pelo setor saúde; que o estudante deve ser inserido precocemente em atividades práticas, proporcionando interação ativa do estudante com usuários e profissionais de saúde e seus problemas reais. E, também, que é por meio da integração ensino-serviço que se deve vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde com ênfase no SUS. A utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem permite ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, e a organização da prática e do trabalho em equipe interprofissional (BRASIL, 2014).

Acreditamos que grande parte das recomendações das DCN - Medicina de 2014 pode ser bem cumprida em um formato de currículo que seja estruturado com base na formação médica orientada para ou baseada na comunidade, em que os estudantes possam ter contato precoce e longitudinal com serviços primários de saúde. Os serviços de atendimento em APS complementam a formação médica em hospitais incluindo nos currículos médicos habilidades e competências essenciais para o exercício profissional da Medicina. A participação no trabalho de uma equipe interprofissional, característica desse nível de atenção, o contato com a comunidade e seus aspectos socioculturais, a longitudinalidade do cuidado e as diversas atividades de promoção à saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças desenvolvidas no cenário de APS parecem ser as grandes contribuições para o ensino médico.

Experiências em serviço comunitário estão associadas a um melhor desempenho acadêmico, pensamento crítico, liderança e resolução de conflitos, a maior conhecimento e aceitação de diferentes raças e culturas, a maior compreensão dos problemas sociais da nação e a maior compromisso com o futuro serviço comunitário (ASTIN; SAX, 1998).

O envolvimento direto na comunidade por meio de ampla gama de atividades pode aumentar a amplitude da formação dos estudantes de Medicina e proporcionar experiências incrivelmente recompensadoras. Essas oportunidades fornecem *insights* sobre as dificuldades enfrentadas por muitas pessoas semelhantes aos futuros pacientes, incluindo desemprego, pobreza, educação precária, falta de moradia, insegurança alimentar e acesso a transporte e assistência médica. Como resultado, os estudantes de medicina desenvolvem maior competência cultural e melhoram a confiança mútua, a empatia pelos pacientes e o fornecimento de melhores cuidados médicos gerais (ASTIN; SAX, 1998).

Segundo McWhinney (2010), um dos princípios que fundamentam a atuação de médicos generalistas ou médicos que trabalham na APS é a orientação à comunidade. Ou seja, esses profissionais devem ter suas condutas pautadas nas características da população adscrita. Para isso, é essencial que o médico tenha aprendido, durante sua formação, como trabalhar com a comunidade e suas peculiaridades (McWHINNEY, 2010).

Estudos em todo o mundo têm avaliado a influência da comunidade no ensino médico. A comunidade é, em geral, vista como fonte de oportunidades clínicas para estudantes, numa época em que apenas os hospitais não conseguem lidar com a expansão recente da Educação Médica (HAYS, 2007).

Sabendo da importância de um ensino que desenvolva atividades com a comunidade, várias universidades referem-se como tendo formação médica “orientada para a comunidade” ou “baseada na comunidade”. Uma formação orientada para a comunidade tem o ensino pautado em problemas epidemiológicos e nas necessidades de saúde da população onde o curso está inserido. Já uma formação médica baseada na comunidade é aquela que tem a comunidade como cenário real de aprendizagem, configurando um componente mais prático e mais próximo da comunidade e seus problemas. Esses termos, embora apresentando algumas diferenças conceituais, parecem ser utilizados de forma indistinta quando se há a intenção de expressar um ensino médico em que seus estudantes realizam atividades na comunidade e utilizam os recursos desta para o processo de ensino-aprendizagem (HAYS, 2007).

O deslocamento do tradicional ensino médico dos grandes hospitais para contextos comunitários exige também mudanças estruturais e administrativas bem como alocação específica de recursos. É necessária a capacitação de novos docentes para atuarem com o ensino em cenário da APS, bem como:

- Estabelecimento de parcerias com serviços básicos de saúde.
- Desenvolvimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA) que explorem todo o potencial desse setor.
- Estímulo a pesquisas que tenham os problemas da comunidade como ponto de partida.

- Estruturação física dos serviços de APS com bibliotecas, acesso à internet e espaços de laboratórios e pesquisa tornando-os ambientes propícios ao ensino.
- Integração adequada entre teoria e prática.

Essa realocação de recursos apresenta, por vezes, um empecilho às mudanças curriculares. Edifícios não podem ser facilmente removidos nem os docentes médicos podem ser reimplantados dos hospitais nos serviços de APS. Essa mudança de estrutura curricular demanda tempo para se consolidar, porém não deve ser desestimulada pelas dificuldades (HAYS, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais da saúde devem orientar o desenvolvimento estratégico de uma instituição educacional. Cabe à instituição verificar seu impacto na sociedade. À medida que a globalização avança, as escolas médicas devem estar cada vez mais preparadas para serem cobradas quanto à responsabilidade social de suas atividades (BOELEN; WOOLARD, 2009).

A contribuição para a formação médica e para a forma como a APS é inserida nos currículos de graduação em medicina foram descritas por Demarzo *et al.* (2011). Algumas das contribuições da APS para a graduação em medicina, descritas por ele, são:

- O estudante é favorecido ao lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural.
- Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, possibilitando a interdisciplinaridade.
- Favorece o aumento de resolubilidade clínica ao lidar com condições e problemas complexos e singulares de saúde, de forma contínua e longitudinal.
- É possibilitada ao estudante a atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local.
- Constitui cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento (ciências básicas, especialidades médicas e saúde coletiva).

- Favorece o desenvolvimento da competência cultural e dialógica na comunicação em saúde.

Quanto às formas de inserção da APS nos currículos, o autor destaca (DEMARZO *et al.*, 2011):

- Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e, de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso.
- Devem ser incluídas, desde o primeiro ano, atividades envolvendo as abordagens do indivíduo, da família e da comunidade, de forma integrada.
- Devem ser introduzidos módulos, disciplinas, unidades educacionais ou estágios de APS centrados na clínica do médico de família (método clínico centrado na pessoa), nos ciclos e anos intermediários (terceiro e quarto anos e períodos correspondentes).
- As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo dos anos na APS, incluindo os estágios práticos, devem ser mais bem sedimentadas durante o internato (quinto e sexto anos), em estágios de treinamento clínico em serviços de APS, sob supervisão.

O processo de formação médica consiste em equipar o aluno com conhecimentos técnicos e científicos contemporâneos e moldá-los para ser o tipo certo de pessoa, a fim de aplicar esse conhecimento, como profissional, a indivíduos e comunidades. Estes são os dois propósitos fundamentais da Educação Médica: um é acadêmico e o outro é social. Um ensina fatos e evidências da medicina, o outro, forma o médico (SILVA; BARACAT, 2016). A aproximação com a realidade social, cultural e ambiental do indivíduo, sua família e a comunidade tem sua origem na medicina integral de onde se constituiu o arcabouço teórico-conceitual da APS (AROUCA, 2003).

A ligação entre Educação médica e serviços de saúde passa pela abordagem de um *mix* de habilidades dos profissionais de saúde. Além dos aspectos gerenciais, existe uma dimensão política, uma vez que os profissionais da APS não agem isoladamente, mas geralmente, organizados de acordo com interesses de um grupo populacional e regidos por recomendações das autoridades de saúde. Somado a isso, têm as influências governamentais na oferta de profissionais para o mercado de trabalho (FRENK *et al.*, 2010)

Evidências que suportem a necessidade de mudanças na formação médica são inúmeras e de vários setores, seja da sociedade clamando por uma saúde que atenda a sua necessidade real, sejam dos estudantes que necessitam de uma formação que os prepare para o cenário real da profissão ou dos serviços de saúde e das organizações de pesquisa que demandem por profissionais em número e em qualidade. Sabendo disso, houveram inúmeras tentativas de mudança dessa situação, porém o que se vê são poucos resultados efetivos. As justificativas para isso são múltiplas e por vezes complexas, pois envolvem desde a mobilização de docentes que parecem demonstrar interesse aquém do necessário para a formação, estando mais envolvidos com pesquisas ou com a prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional bem representado pelo complexo médico-industrial.

Diante do panorama histórico apresentado e nas várias evidências de que um ensino de APS é capaz de contribuir de forma positiva com a formação médica, propomo-nos, como objetivo geral: *analisar como se dá a inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em medicina no Brasil e no mundo*. Como objetivos específicos, propomo-nos a:

- Avaliar a tendência de publicação de artigos científicos de natureza empírica que tratam da inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em Medicina no Brasil e no mundo.
- Descrever os cenários globais onde estudos sobre a inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em Medicina têm sido realizados.
- Descrever as competências desenvolvidas no estudante de Medicina nas experiências de formação em APS no Brasil e no mundo.
- Descrever as estratégias de inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em Medicina no Brasil e no mundo.
- Descrever os métodos de ensino utilizados nas experiências de formação em APS no Brasil e no mundo.
- Analisar os objetivos e as conclusões das pesquisas sobre a inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em Medicina no Brasil e no mundo

- Descrever as diretrizes para futuras pesquisas sobre a inserção do ensino da APS nos currículos de graduação em Medicina no Brasil e no mundo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Nas últimas décadas tem sido grande a busca do conhecimento científico baseado em evidências. A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência. Configura-se como um movimento que surge para ligar a teoria à prática, uma vez que objetiva reunir, aplicar e avaliar os melhores resultados de pesquisa para uma conduta, com qualidade e baixo custo. Embora a PBE seja um movimento já bastante discutido e utilizado em outros países como Canadá, Reino Unido e Estados Unidos desde a década de 90, no Brasil ainda se encontra pouco difundida e utilizada. No campo da Educação Médica, a PBE tem sido demandada, como forma de produzir evidências de alta qualidade para orientar as decisões de gestão de Escolas Médicas (DAUPHINEE; SHARON WOOD-DAUPHINEE, 2004; SHEA *et al.*, 2004).

Devido à quantidade e complexidade de informações produzidas e veiculadas, torna-se necessário reunir as melhores evidências disponíveis que respondam a uma questão que necessita ser elucidada, levando-se em consideração a validade e a relevância da evidência encontrada.

Nessa perspectiva, os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são pesquisas que utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teórica e cientificamente um determinado objetivo (GALVÃO, 2003). No entanto, para que esses artigos de revisão produzam resultados de qualidade aplicáveis na prática, eles precisam ser realizados de acordo com um método científico que lhes confira validade.

Assim, as revisões de literatura são métodos de pesquisa criteriosos, empregados para fornecer os melhores conhecimentos produzidos sobre um dado problema de pesquisa, para que estes sejam avaliados criticamente por profissional com habilidade clínica e, posteriormente, incorporados à prática.

Dentre as categorias de artigos científicos que utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema (GRUPO ÂNIMA

EDUCAÇÃO, 2014) encontram-se os artigos de revisão de literatura que podem ser categorizados como de revisão narrativa e de revisão bibliográfica sistemática em razão de possuírem características e objetivos distintos (FIGURA 1).

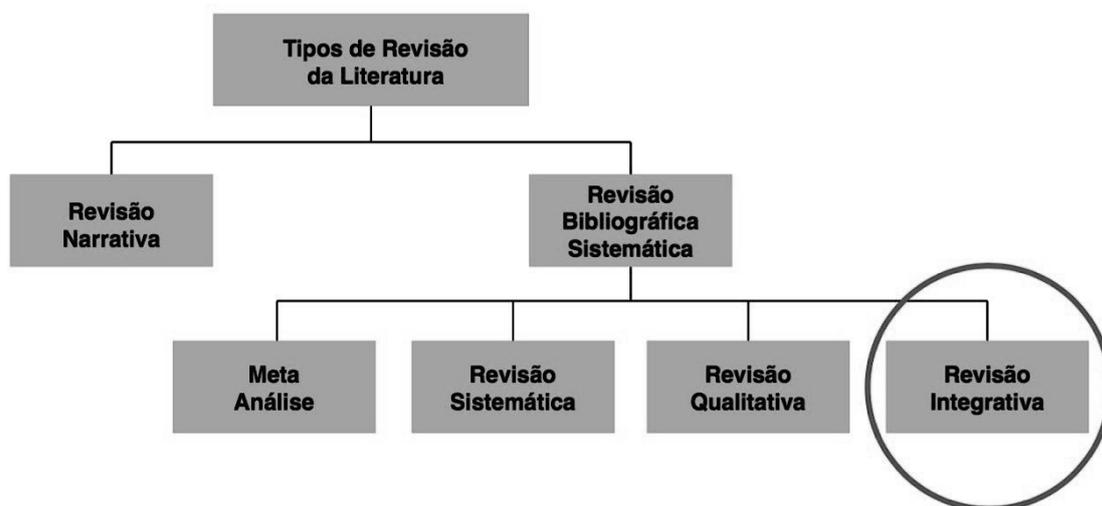


FIGURA 1 – Tipos de revisão de literatura (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014)

O que diferencia um tipo de pesquisa do outro são os seguintes pontos: tipo de questão, fonte, seleção e avaliação dos dados, síntese do conhecimento produzido e efeitos que produzem na prática clínica (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

A revisão narrativa constitui-se basicamente da análise da literatura, da interpretação e da análise crítica pessoal do pesquisador. No entanto, esse tipo de revisão não possui metodologia capaz de responder quantitativamente a determinados questionamentos, por não viabilizar procedimentos ou critérios usados na avaliação e seleção dos trabalhos (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

A revisão bibliográfica sistemática é utilizada com o objetivo de obter, a partir de evidências, informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão. Ela deve ser conduzida de acordo com uma metodologia clara e possível de ser reproduzida por outros pesquisadores. Para isso, é preciso que os estudos incluídos sejam primários, contenham objetivos, materiais e métodos claramente explicitados.

O Centro Cochrane no Brasil recomenda que, independentemente de sua especificidade, a revisão bibliográfica sistemática seja realizada em sete passos, conforme ilustrado na FIGURA 2.

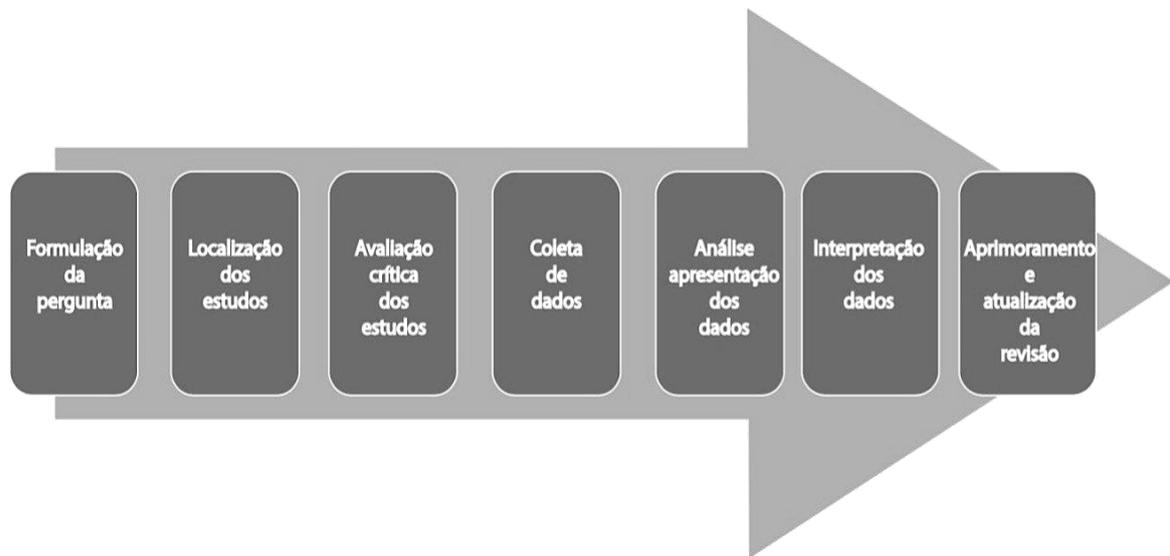


FIGURA 2 – Sete passos da revisão bibliográfica (GALVÃO, 2004)

Esse rigor é justificado pelas finalidades das revisões bibliográficas sistemáticas, que são, de um lado, responder a uma pergunta específica, por meio da identificação, seleção e avaliação crítica da qualidade e da validade de evidências científicas expostas em estudos originais; e, de outro, possibilitar a aplicação dos resultados encontrados no contexto do qual originou a questão (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

Neste estudo o método utilizado, a revisão integrativa, faz parte da segunda categoria de revisões de literatura: revisão bibliográfica sistemática. Para justificar o seu uso, é fundamental diferenciá-la dos demais tipos.

A meta-análise combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir de instrumentos estatísticos, com o objetivo de aumentar a validade dos achados. O desenho e as hipóteses dos estudos devem ser bem próximos, se não, idênticos. Nesse método, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Em seguida os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito (GALVÃO, 2004).

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica. Seu enfoque encontra-se nos estudos experimentais, principalmente, nos ensaios clínicos randomizados. O que difere esse método dos outros é que, por meio de um rigoroso sistema de busca e seleção de estudos, assim como da avaliação rigorosa da

qualidade dos mesmos, se procura eliminar os vieses em todas as etapas da revisão (GALVÃO, 2004).

A revisão qualitativa tem sido muito utilizada em pesquisas do tipo metassíntese por tratar-se de métodos que sintetizam os achados de estudos qualitativos individuais, transformando-os em ferramentas para a construção de novas teorias. Esse tipo de revisão sintetiza exclusivamente as evidências obtidas em estudos primários qualitativos. (GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (BENEFIELD, 2003).

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao grande volume de produções bibliográficas disponíveis, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas (FIGURA 3), sendo elas: 1) a identificação do tema e a seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição dos estudos selecionados e pré-selecionados; 4) categorização dos estudos; 5) análise e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BENEFIELD, 2003).

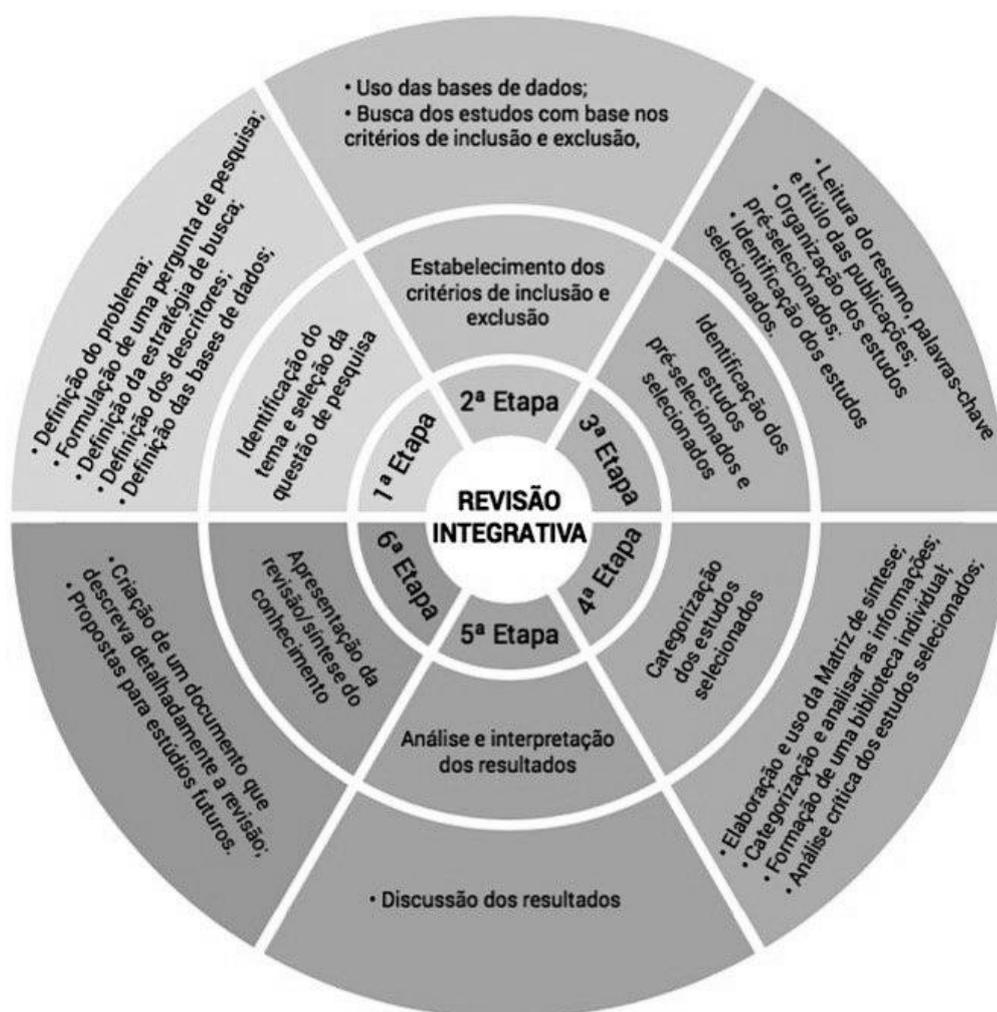


FIGURA 3 – Etapas da revisão integrativa (BENEFIELD, 2003)

A variedade na composição da amostra da revisão integrativa, em conjunção com a multiplicidade de finalidades deste método, proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas (ROMAN, 1998).

Embora a inclusão de múltiplos estudos com diferentes delineamentos de pesquisas possa complicar a análise, uma maior variedade no processo de amostragem tem o potencial

de aumentar a profundidade e a abrangência das conclusões da revisão. A riqueza do processo de amostragem também pode contribuir para um retrato compreensivo do tópico de interesse (BENEFIELD, 2003).

Segundo MENDES (2008), as principais vantagens e benefícios da revisão integrativa são:

- Reconhecimento dos profissionais que mais investigam determinado assunto
- Separação entre as descobertas científicas das opiniões e idéias preconcebidas.
- Descrição do conhecimento especializado no seu estado atual.
- Promoção de impacto sobre a prática clínica.

Apesar desse tipo de pesquisa mostrar-se bastante eficaz, tornando a prática mais bem fundamentada do ponto de vista da Ciência, no Brasil, ela ainda é bem pouco utilizada. Por isso o estudo publicado no artigo citado de BENEFIELD (2013) vem servindo de base para sua maior divulgação com o intuito de que haja um aumento de sua aplicabilidade no país (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

As quatro primeiras etapas da revisão integrativa são descritas nesta secção. A etapa 5 corresponde à análise e interpretação dos resultados, feitas nas secções 5 e 6 desta dissertação. A etapa 6 corresponde à apresentação da revisão/síntese do conhecimento, que inclui a compilação de todo o texto do artigo, sua apresentação à banca examinadora e sua submissão a periódicos do campo da Educação Médica.

2.1. Primeira Etapa - Identificação do Tema e Seleção da Questão de Pesquisa

Considerando a necessidade de manter, as já iniciadas, mudanças na formação médica buscando por evidências que demonstrem modalidades de estratégias de ensino da APS nas escolas médicas, este trabalho tem a proposta de responder à seguinte questão já enunciada: *“Quais as características bibliométricas da produção científica empírica sobre inserção da*

Atenção Primária à Saúde (APS) no ensino de graduação em Medicina em periódicos de referência em Educação Médica no Brasil e no Mundo?”

Dessa forma, o objetivo dessa revisão é analisar as características bibliométricas da produção científica empírica sobre inserção da Atenção Primária à Saúde (APS) no ensino de graduação em Medicina em periódicos de referência em Educação Médica no Brasil e no Mundo, de 2013 a 2017, e recomendar direcionamentos para futuras pesquisas.

2.2. Segunda Etapa - Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos originais que tinham como tema central a inserção da APS no ensino de graduação em Medicina
- Pesquisas empíricas ou relatos de experiência
- Artigos publicados nos últimos cinco anos em três periódicos internacionais de referência em Educação Médica: *Medical Teacher*, *Academic Medicine* e *Medical Education*; e em um periódico nacional de referência no mesmo campo: Revista Brasileira de Educação Médica.

2.3. Terceira Etapa - Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Selecionados

Empreendeu-se uma busca manual nos quatro periódicos selecionados, com análise do sumário de cada volume/número publicado nos últimos cinco anos, para a primeira seleção de artigos, com identificação pelo título daqueles que contivessem termos referentes aos seguintes núcleos de sentido:

NÚCLEOS DE SENTIDO EM PORTUGUÊS	NÚCLEOS DE SENTIDO EM INGLÊS
“Medicina de família”	"Family medicine"
“Educação médica”	"Medical education"
“Educação médica baseada na comunidade”	"Community-based medical education"
“Educação médica orientada à comunidade”	"Community-oriented medical education"
“Atenção primária à saúde”	"Primary health care"
“Atenção básica”	"Community health"
“Saúde comunitária”	"Rural internship"
“Estágio rural”	"Rural medicine"
“Medicina rural”	"Community health education"
“Educação em saúde na comunidade”	"Community"
“Comunidade”	"Community health centers"
“Centros de saúde comunitários”	"Primary care"
“Atenção básica”	"Primary Care"
“Cuidados primários”	"Social Medicine"
“Medicina social”	"Rural doctors"
“Médicos rurais”	“General Practitioner”
“Estudantes de medicina e comunidade”	"Medical students and community"
“Medicina preventiva”	"Preventive medicine"
“Saúde da família”	"Family Health"
“Programa Saúde da Família”	"Family Health Program"
“Visitas domiciliares”	"Home Visits"
“Graduação médica”	"Medical Degree"
“Saúde pública”	"Public health"
“Saúde coletiva”	"Curriculum”
“Currículo”	

Nessa primeira seleção obtivemos 139 artigos dos quais: 65 artigos da *Academic Medicine*, 19 da *Medical Education*, 33 da *Medical Teacher* e 22 da Revista Brasileira de Educação Médica. Posteriormente, foi feita uma leitura dos resumos desses artigos e realizada nova seleção, aplicando-se os critérios de inclusão, resultando em 51 artigos dos quais: 16 artigos da *Academic Medicine*, 4 da *Medical Education*, 14 da *Medical Teacher* e 17 da Revista Brasileira de Educação Médica. Após revisão do processo de busca e de seleção dos artigos pelo orientador, foram excluídos 3 artigos da *Academic Medicine*, 3 da *Medical Teacher* e 2 da Revista Brasileira de Educação Médica, resultando em 43 artigos incluídos no estudo.

A busca foi feita nos meses de junho e julho de 2018 pela autora deste trabalho e revisada pelo orientador, para assegurar sua qualidade.

Ao final do processo, restaram 43 artigos para extração dos dados, que compuseram a revisão, sendo 28 artigos nos três periódicos internacionais e 15 no periódico nacional. Uma síntese do processo de seleção é apresentada na FIGURA 4.

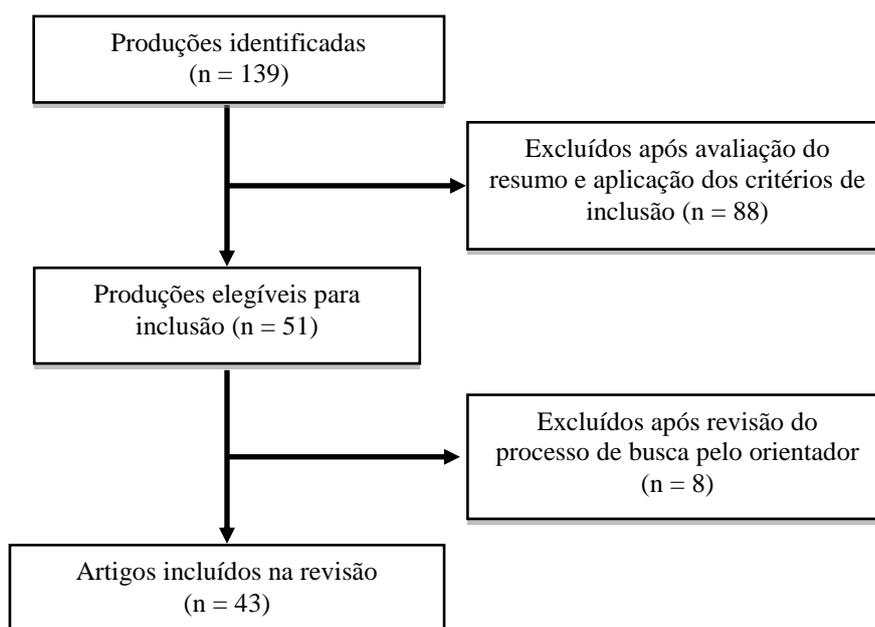


FIGURA 4 - Descrição do de seleção da revisão integrativa sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina em 4 periódicos selecionados - junho e julho de 2018

Dos artigos do *corpus*, foram extraídos os seguintes dados: autores do artigo, título, periódico, ano de publicação, palavras-chaves, objetivos da pesquisa, tipo de estudo, cenário/país, estratégia pedagógica, método de aplicação, domínios de competência explorados, conclusões do estudo e diretrizes para futuras pesquisas apontadas pelos autores.

Uma síntese dos dados extraídos de cada artigo foi elaborada, utilizando-se uma tabela padronizada para cada periódico, a qual foi utilizada para análise.

TABELA – (Nome do periódico)

Título do Artigo	Ano da publicação	Cenário do Estudo	Objetivos do Estudo	Tipo de Estudo	Competências Desenvolvidas	Estratégias de Inserção Curricular	Métodos de Ensino	Conclusões	Diretrizes para Pesquisas Futuras

2.4. Quarta Etapa - Categorização dos Estudos Selecionados

Os estudos incluídos no *corpus* foram categorizados de modo a responderem as seguintes questões norteadoras:

- Qual é a tendência do quantitativo de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em Medicina publicados nos três periódicos internacionais e no periódico nacional nos últimos 5 anos?
- Como é a distribuição dos artigos publicados entre os três periódicos internacionais?
- Quais foram os principais objetivos dos estudos?
- Que tipo de estudo foi empregado na elaboração pesquisas?
- Em que cenário os estudos foram realizados?
- Quais foram as competências desenvolvidas no ensino da APS na graduação em Medicina?

- Quais foram as estratégias de inserção curricular da APS no ensino de graduação em Medicina?
- Quais foram os métodos de ensino utilizados para abordagem da APS na graduação em Medicina?
- Quais foram as principais conclusões dos estudos?
- Que diretrizes para novas pesquisas os artigos apontaram?

3. RESULTADOS

Ao analisar os dados obtivemos uma tendência de queda, tanto nos 3 periódicos internacionais quanto na RBEM, no número de publicações relacionadas ao tema ao longo dos cinco anos pesquisados, como mostra o gráfico da Figura 5. Nos anos de 2013 e 2014 temos um volume de publicações que chega ao triplo dos anos seguintes de 2015, 2016 e 2017.

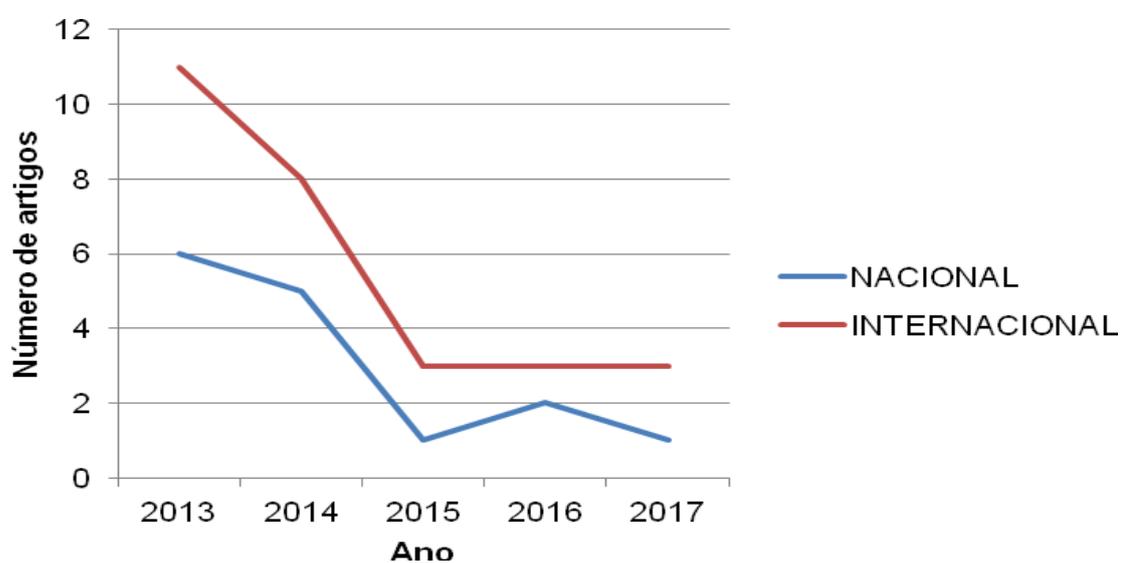


FIGURA 5 – Tendência da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos *Medical Education*, *Academic Medicine* e *Medical Teacher* (internacionais) e *Revista Brasileira de Educação Médica* (nacional): 2013-2017

Quanto à distribuição da publicação de artigos por periódico internacional, pode-se observar que o *Academic Medicine* e o *Medical Teacher* respondem juntos por 85,7% das publicações internacionais sobre o tema, com discreto predomínio da *Academic Medicine* (Tabela 1). O periódico *Medical Education* apresentou o menor volume de publicações durante os cinco anos pesquisados. Apresentando por dois anos consecutivos (2015 e 2016) ausência de artigos sobre o tema em seu periódico.

TABELA 1 – Distribuição da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos *Medical Education*, *Academic Medicine* e *Medical Teacher*: 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
<i>Medical Teacher</i>	4	2	2	2	1	11
<i>Academic Medicine</i>	6	5	1	1	0	13
<i>Medical Education</i>	1	1	0	0	2	4

Esse predomínio pode ser observado na tendência de publicações nos três periódicos ao longo dos últimos cinco anos, sendo 2017 um ano atípico, onde não se observou publicação de artigos sobre o tema na *Academic Medicine* e o maior percentual de artigos devidos à *Medical Education* (Figura 6). A *Medical Teacher* foi o único periódico que publicou artigos sobre o tema ininterruptamente nos últimos cinco anos.

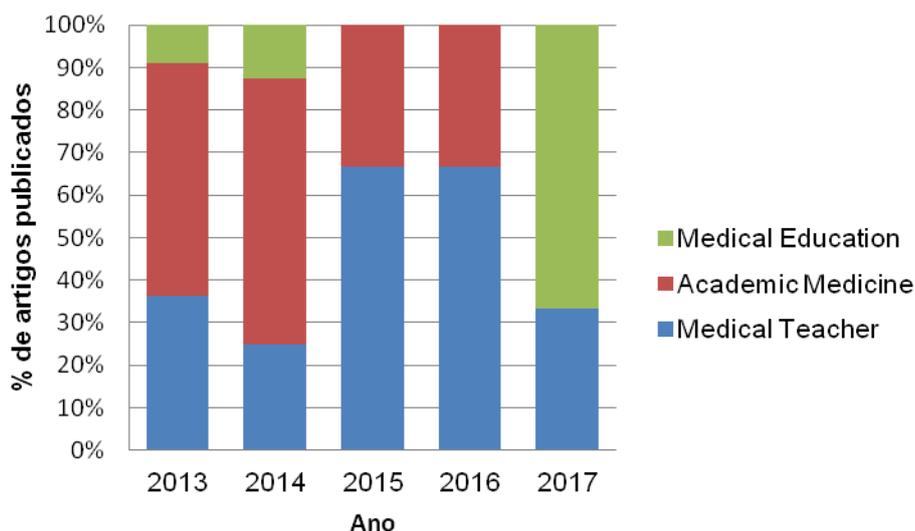


FIGURA 6 – Distribuição da publicação de artigos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina nos periódicos *Medical Education*, *Academic Medicine* e *Medical Teacher*: 2013-2017

Quanto à distribuição de publicações por continente (Tabela 2), nos três periódicos internacionais, há predomínio de publicações no cenário da América do Norte em relação aos demais continentes. Os Estados Unidos apresentam o maior volume de publicações ao compararmos com todos os demais países que apresentaram publicações sobre o tema nos periódicos pesquisados nesse período de cinco anos. Seguido do Canadá e da Austrália. O único estudo da América do Sul publicado em periódico internacional teve como cenário o Brasil. Dois estudos eram multicêntricos, abrangendo assim mais de um país como cenário de desenvolvimento.

TABELA 2 – Distribuição das publicações pelos continentes que sediaram as escolas médicas que foram cenário para os estudos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina: periódicos *Medical Teacher*, *Academic Medicine* e *Medical Education*, 2013-2017

CONTINENTE/País	QUANTIDADE
AMÉRICA DO NORTE	20
Estados Unidos	14
Canadá	6
AMÉRICA DO SUL	1
Brasil	1
ÁFRICA	2
Egito	1
África do Sul	1
EUROPA	2
Reino Unido	2
OCEANIA	5
Austrália	4
Singapura	1
ÁSIA	1
Filipinas	1

Sobre as publicações no periódico nacional, Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), por regiões e estados (Tabela 3), o Sudeste apresenta maior número de publicações distribuídas entre São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. O Sul e o Norte apresentam os menores números de artigos publicados, apenas um por região dos estados Santa Catarina e Acre, respectivamente.

TABELA 3 – Distribuição das publicações pelas regiões e pelos estados brasileiros que sediaram as escolas médicas que foram cenário para os estudos sobre inserção da APS no ensino de graduação em medicina: periódico Revista Brasileira de Educação Médica, 2013-2017

REGIÃO/Estado	QUANTIDADE
NORTE	1
Acre	1
NORDESTE	4
Alagoas	2
Bahia	1
Ceará	1
SUDESTE	9
Minas Gerais	1
Rio de Janeiro	2
São Paulo	6
SUL	1
Santa Catarina	1

Ao analisarmos mais profundamente os artigos, categorizamos as estratégias de inserção da APS nos currículos dos cursos de medicina e contabilizamos suas frequências conforme demonstramos na Tabela 4. Observamos que as estratégias mais citadas foram: Projetos de extensão/Ligas acadêmicas (n = 14), Inserção Longitudinal do ensino médico na APS (n = 12) e Internato (n = 8).

TABELA 4 – Estratégias de inserção da APS no ensino médico tal como descritas nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

ESTRATÉGIAS DE INSERÇÃO NO ENSINO MÉDICO	n
Módulo sequencial de APS (alguns semestres sequenciais)	1
Módulo longitudinal	2
Inserção longitudinal no currículo por meio de módulos transversais (integrados a outras disciplinas)	3
Disciplina Sequencial	1
Disciplina Longitudinal de APS (1º semestre ao 8º) teórico-prática que integra ensino-serviço	5
Disciplinas eletivas	1
Internato	8
Projeto de Extensão/Ligas acadêmicas	14
Projetos de iniciação científica	3
Monitorias	1
Inserção precoce dos estudantes em ambiente de atenção primária desde os primeiros semestres	4
Inserção precoce no currículo	4
Inserção longitudinal do ensino médico na APS	12
Inserção pontual (práticas em algumas disciplinas curriculares)	3

Categorizamos os métodos através dos quais estas estratégias citadas são aplicadas e desenvolvidas nos currículos de graduação. Encontramos que a Aprendizagem Baseada em Problemas ou *Problem-Based Learning* (PBL) (n=13), o acompanhamento de atendimento clínico supervisionado pelo professor/ aula prática (n=12) e a imersão nos serviços de saúde de APS e na comunidade por meio de grupos de estudantes (n=10) foram as mais frequentes (Tabela 5).

TABELA 5 – Métodos de ensino da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

MÉTODOS	n
Visitas Domiciliares	5
Aprendizagem Baseada em Problemas ou <i>Problem-Based Learning</i> (PBL)	13 (PBL)
e/ou Aprendizagem baseada em tarefas na comunidade (TBL)	1 (TBL)
Acompanhamento de atendimento clínico supervisionado pelo professor/ Aula Prática	12
Imersão integral e prolongada na comunidade (Co-habitar)	5
Aulas teóricas	3
Imersão em APS no internato	5
Estágio Rural obrigatório no internato	7
Diversificação de cenários de aprendizagem.	5
Trabalhos supervisionados na comunidade.	9
Metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA)	2
Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade por meio de grupos de estudantes.	10
Atendimentos simulados	2
Seminários/palestras	8
Trabalhos em pequenos grupos	4
Role-playing	2
TICs (Apps, Mídias, Vídeos)	3

Para compreendermos melhor quais as influências na formação médica da inserção da APS na graduação, distribuímos, na Tabela 6, os domínios de competências desenvolvidas citadas pelos artigos como consequência da aplicação de uma estratégia de ensino. Tivemos como mais frequentes o desenvolvimento de: habilidades para trabalho em equipe interprofissional (n=17), competência cultural (n=14) e conhecimento teórico-prático sobre os determinantes sociais de saúde-doença (n=14).

TABELA 6 – Competências desenvolvidas no ensino da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	n
Habilidades de comunicação médico-paciente	5
Habilidades de comunicação interprofissional	5
Habilidade para trabalho em equipe interprofissional	17
Medicina Centrada na Pessoa	6
Habilidade para trabalhar com a comunidade e competência cultural	26
Relação médico-paciente	1
Satisfação profissional	2
Desenvolvimento pessoal e humanístico	5
Prática crítica-reflexiva	4
Humanização do cuidado	4
Ética	4
Liderança	7
Autonomia médica	6
Conhecimento teórico-prático em Saúde Coletiva	7
Habilidades Clínicas (Semiologia/ diagnóstico/ terapêutica)	9
Educação em Saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças.	6
Aprendizado sobre promoção da saúde e prevenção de doenças	6
Diagnóstico de saúde da comunidade.	5
Abordagem longitudinal dos problemas crônicos de saúde da população.	2
Conhecimento teórico-prático sobre os determinantes sociais de saúde-doença	14
Carreira (influencia na escolha da especialidade)	9
Educação continuada	4
Consciência social	6
Longitudinalidade do cuidado	8
Gestão e coordenação do cuidado	9

Dispomos os artigos de acordo com o tipo de estudo apresentado nos quatro periódicos pesquisados (Tabela 7), percebemos uma predominância de relato de experiência em 19 dos estudos analisados, seguido por estudo descritivo (análise de entrevistas, questionários e/ou relatos) em 13 deles.

TABELA 7 – Tipos de estudo conduzidos pelas pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

TIPO DE ESTUDO	n
Relato de Experiência	19
Revisão de Literatura (integrativa ou sistemática)	4
Estudo descritivo (análise de entrevistas, questionários e/ou relatos)	13
Estudo descritivo (descrição de modelos de ensino)	3
Estudo comparativo	3
Estudo de Caso	0

Os objetivos das pesquisas que resultaram nos artigos publicados nos periódicos analisados estão descritos na Tabela 8. Como mais frequentes vemos: analisar opinião/satisfação dos discentes em relação à estratégia de ensino, descrever uma estratégia de ensino/programa de APS e descrever uma parceria ensino-serviço de saúde, n=16, n=15 e n=7, respectivamente.

TABELA 8 – Objetivos das pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

OBJETIVOS DAS PESQUISAS	n
Descrever uma estratégia de ensino/programa de APS	15
Identificar na literatura estratégias de ensino da APS	4
Analisar opinião/ satisfação dos discentes em relação a uma estratégia de ensino	16
Descrever uma parceria ensino- serviço de saúde	7
Comparar estratégias de ensino/ programas	3
Analisar opinião do cliente/ paciente do serviço de saúde integrado ao ensino	1

Analisamos quais as principais conclusões dos estudos (Tabela 9) e observamos que, em 17 deles, a estratégia de ensino apresentada atingiu os objetivos desejados. Dispomos os principais objetivos como: desenvolvimento de habilidades clínicas ou pessoais nos estudantes, melhoria dos serviços de saúde, integração ensino-serviço, aumento do interesse dos estudantes pela especialidade (recrutamento) e transformação do cenário ensino aprendizagem. A segunda conclusão mais vista (n=9) foi estratégia/experiência avaliada como positiva pelos estudantes (aumento da satisfação e interesse dos estudantes com a estratégia apresentada). Em sequência tivemos a avaliação do autor como experiência positiva para formação médica (n=6). No periódico brasileiro Revista Brasileira de Educação Médica, alguns estudos citam que a estratégia de ensino da APS descrita alinha-se com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 (Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014). Dentre as conclusões não citadas pelos artigos, que achamos pertinente ressaltar, é a ausência do estabelecimento de uma relação de negatividade de uma estratégia baseada na comunidade quando comparada a outra não baseada.

TABELA 9 – Principais conclusões das pesquisas que resultaram nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

CONCLUSÕES DOS ARTIGOS	n
Estratégia apresentada ATINGIU OS OBJETIVOS DESEJADOS como:	17
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de habilidades clínicas ou pessoais nos estudantes. • Melhoria dos serviços de saúde. • Integração ensino-serviço. • Aumento do interesse dos estudantes pela especialidade (recrutamento). • Transformação do cenário ensino aprendizagem. 	
Estabelece EQUIVALÊNCIA ou POSITIVIDADE de uma estratégia baseada na comunidade quando comparada a outra não baseada.	6
Estratégia/ experiência avaliada como POSITIVA PELOS ESTUDANTES. (aumento da satisfação e interesse dos estudantes com a estratégia apresentada)	9
Experiência avaliada como positiva para formação médica pelo autor	7
Estratégia apresentada alinha-se com as DCN (RBEM)	3
Estratégia traz satisfação e ESTÍMULO à educação permanente dos DOCENTES	3
Conclusões do estudo limitadas por falta de tempo e/ou dados suficientes.	4
Conclusões limitadas a uma experiência isolada.	1

Tivemos o interesse em avaliar quais as diretrizes para as futuras pesquisas sugeridas nos artigos e vimos, com mais frequência, que é necessário testar a estratégia mais vezes no mesmo contexto para comprovar resultados (n=12), expandir a estratégia dentro no curso (n=12) e desenvolver mais estratégias para integração ensino-comunidade (n=8) (Tabela 10).

TABELA 10 – Diretrizes para futuras pesquisas sugeridas nos artigos sobre inserção da APS nos cursos de graduação em Medicina tal como descritos nas publicações dos 4 periódicos selecionados: *Medical Education*, *Academic Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013-2017

DIRETRIZES PARA FUTURAS PESQUISAS	n
Desenvolvimento de instrumentos de avaliação das estratégias adotadas	7
Testar a estratégias mais vezes no mesmo contexto para comprovar resultados (TEMPO)	12
Testar a estratégias mais vezes em universidades diferentes para comprovar resultados (DIFERENTES CONTEXTOS)	7
Expandir a estratégia dentro do curso	12
Poucos dados na literatura descrevendo estratégias e resultados	3
Desenvolver mais estratégias para integração ensino-comunidade	8

4. DISCUSSÃO

As transformações na Educação Médica caminham para uma abordagem integral, preventivista e centrada na comunidade, ficando cada vez mais distantes de abordagens reducionistas, curativas e hospitalocêntricas. O perfil desejado do médico egresso, as necessidades de saúde da população e a responsabilidade social das escolas médicas parecem ser temas recorrentes no cenário de saúde atual. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina de 2014 e as políticas de saúde são exemplos de como as mudanças na formação médica baseada nas necessidades reais de saúde da população vêm ocorrendo.

Analisando a produção nacional e internacional de artigos relacionados ao ensino da APS nos últimos cinco anos (Figura 5), observamos uma queda do número de publicações. Esse fato chama nossa atenção, uma vez que, seguindo a tendência de mudanças na formação médica, poderíamos esperar que o volume de estudos sobre a inserção da APS no ensino teria um aumento e não uma queda em periódicos especializados em Educação Médica. Uma possibilidade seria o decrescente interesse na produção do conhecimento científico por parte dos profissionais de saúde nessa área. Outra hipótese seria um grande volume de publicações em anos anteriores seguido de um *gap* iniciado nos últimos três anos analisados neste trabalho (2015, 2016 e 2017).

O periódico nacional Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) segue a tendência dos periódicos internacionais, mostrando uma queda no número de publicações ao longo dos anos pesquisados. Entretanto, um dado positivo é a manutenção ininterrupta nos cinco anos de publicações de pesquisas empíricas sobre a temática, fato que demonstra interesse constante pelo tema. Se cruzarmos esse dado com o do tipo de estudo mais frequente entre os artigos, que foi o relato de experiência, podemos pensar que, no Brasil, a inserção do ensino da APS vem de fato ocorrendo e sendo divulgado. Uma das hipóteses seria os diversos incentivos governamentais em forma de programas como o PROMED em 2002, PRÓ-SAÚDE em 2005, PET-SAÚDE em 2010 e as Diretrizes Curriculares Nacionais homologadas em 2001 e reformuladas em 2014, mantendo assim o interesse em questões da formação médica voltadas para APS por indução do Estado na regência das políticas de saúde.

Outro periódico com publicações ininterruptas ao longo dos cinco anos foi o *Medical Teacher*. De origem inglesa, apresentou publicações com cenários de estudos em diversos continentes como: América do Norte, África, Oceania e Europa. Diferentemente dos demais periódicos internacionais, cuja maior parte das publicações originou-se da América do Norte, principalmente dos EUA.

As duas publicações do Reino Unido que encontramos sobre o tema, no período dos cinco anos analisado, foram na *Medical Teacher*. O Reino Unido tem como sistema de saúde o *National Health System* (NHS), baseado no modelo de Beveridge criado em 1948, e marcado por universalidade de acesso e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade, tendo sido modelo para organização de outros sistemas de saúde universais, como o brasileiro. O NHS tem como prioridade indiscutível a atenção primária (*Primary Care Trust* - PCT), destino de 70% do orçamento e instância de decisão para o acesso aos serviços secundários e terciários. (AMORIM; PERILLO, 2014). Considerando sua importância e referência em cenário mundial na APS, esperaríamos um volume maior de publicações inglesas sobre o tema.

Os Estados Unidos enfrentam escassez de médicos na APS, especialmente em áreas rurais (VOORHEES *et al.*, 2013). No sistema de saúde americano, o Estado só garante acesso aos serviços de atenção à saúde para grupos sociais mais vulneráveis, como carentes e idosos por meio dos programas *Medicaid* e *Medicare*, tendo a população economicamente ativa que adquirir serviços de saúde junto ao setor privado (ANDRADE; LISBOA, 2000). Considerando o grande volume de publicações dos EUA, sendo 16 em 20 publicações da América do Norte (Tabela 2), podemos pensar na hipótese de que esses estudos refletem uma grande demanda na reformulação e incentivo ao ensino médico na APS como forma de recrutamento de profissionais para trabalhar em APS e em regiões carentes.

Como vimos na tabela 2, encontramos publicações sobre a inserção de APS no ensino médico em todos os continentes do mundo. Isso demonstra o quão abrangente em termos territoriais é a Atenção Primária à Saúde. Mesmo em diferentes contextos políticos, econômicos e sociais a APS parece configurar uma forma importante de estruturação de sistemas de saúde de uma população. Segundo Starfield (2002), nações que têm seu sistema de saúde organizados com base no primeiro nível de atenção à saúde apresentam melhores indicadores de saúde da população, menores gastos *per capita* e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002).

Em uma categorização mais detalhada na distribuição de publicações do periódico nacional RBEM por regiões e estados brasileiros (Tabela 3) observamos que o Sudeste, em especial São Paulo, concentra o maior número de publicações sobre o tema. Seguido de Rio de Janeiro e Minas Gerais. O Norte e o Sul do Brasil têm apenas uma publicação por região no período de cinco anos. Uma hipótese seria a grande quantidade de escolas médicas na região Sudeste comparativamente à região Norte e ao Sul. De fato, o Sudeste tem a maior concentração, entre todas as regiões, de escolas médicas, possuindo 120 cursos de medicina e 13.222 vagas, ou 45,2% de todas as 29.271 vagas do país. O Nordeste tem o segundo maior número (7.211), ou 24,6% do total. O Sul fica com 14,3% das vagas, o Centro-Oeste com 8,1%, e o Norte com 7,7%. Entre as unidades da federação, São Paulo detém praticamente um quinto de todas as vagas em escolas médicas do país: 5.790 em 52 cursos. Minas Gerais vem em segundo, com 14,1% das vagas, seguida do Rio de Janeiro, com 9,3%. Bahia, Paraná e Rio Grande do Sul têm pouco mais de 5% das vagas cada. Roraima tem 80 vagas, e o Amapá, 60. Quando somadas, as vagas destes dois estados correspondem a apenas 0,5% das vagas do país (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Se fizermos um paralelo entre o número de publicações encontradas nesta pesquisa e o número de vagas em cursos de medicina por regiões brasileiras encontramos uma relação diretamente proporcional para todas as quatro regiões. O Sudeste, por exemplo, tem 60% das publicações brasileiras e é a região que concentra mais de 45% das vagas de todo o país. O Nordeste fica em segundo lugar tanto no número de publicações, com 26,7%, como em número de vagas ofertadas correspondendo a 24,6% do total de vagas nacionais. Podemos concluir então que quanto mais cursos médicos, maiores as chances de produção científica na região.

Outro dado que merece ser analisado mais profundamente é a pequena quantidade de publicações cearenses sobre ensino de APS; apenas uma (Tabela 3). Como vimos anteriormente, o Ceará foi o berço da implantação de importantes programas no contexto da APS. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991 e iniciado em Quixadá, cidade no interior do estado, foi o precursor inicial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada em 2006 e vigente até os dias atuais em todo território brasileiro como uma das principais estratégias de organização da assistência à saúde do SUS (ROSA; LABATE, 2005). Além dos marcos na organização do sistema de saúde, temos em Sobral, cidade do interior do Ceará dois programas de mestrados em Saúde da Família, sendo um

mestrado acadêmico oferecido pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral (UFC-Sobral) e outro, profissional, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Partindo desse contexto histórico e educacional, algumas possibilidades podem ser pensadas, tais como a inexistência de inovação no ensino da APS nos últimos cinco anos e, conseqüentemente, o baixo volume de publicações, o esgotamento do tema em anos anteriores, visto que o processo de estruturação da APS foi iniciado há quase 30 anos. Ou até mesmo um desinteresse em pesquisar sobre a temática apresentada.

A Tabela 4, que trata das estratégias de inserção da APS no ensino médico, leva-nos a uma reflexão. O mais esperado seria que essas estratégias fossem concordantes com a formulação dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) de Medicina e com as DCN-Medicina. Contudo, identificamos a categoria “Projeto de Extensão/Liga Acadêmica” como a estratégia mais citada. Sendo atividades de iniciativa estudantil ou de um restrito grupo de professores e não da diretoria ou coordenação do curso médico como parte do planejamento curricular. Podemos supor que há um interesse pelo tema da APS por parte dos estudantes, motivados pelo interesse no aprendizado ou até mesmo visando um lugar garantido no mercado de trabalho.

No âmbito do PPC, a categoria “Inserção longitudinal no ensino médico da APS” segue como segundo maior número e nos mostra que o princípio da longitudinalidade, típico da APS, foi positivamente incorporado ao ensino. Diferentemente da abordagem transversal característica do modelo hospitalocêntrico de ensino (SCHIMAZAKI, 2009). Outra estratégia de inserção que ocupa o terceiro lugar em frequência de citações é o “Internato” em que estudantes de graduação dos 5º e 6º anos realizam atividades em serviços de APS supervisionados pelo professor por período mais prolongado de semanas ou meses. As atividades costumam ser mais práticas e semelhantes a rotina do profissional já graduado.

Os métodos pelos quais as estratégias são implantadas dentro do ensino são de extrema importância para a extração de todo o potencial de aprendizagem que os serviços de APS e a comunidade podem oferecer. Temos como método mais frequente, mostrado na Tabela 5, a “Aprendizagem Baseada em Problema ou *Problem-Based Learning* (PBL)”. Esta metodologia é ativa e estimuladora do autoaprendizado e do pensamento crítico (CARON, 2004). O PBL tem uma perspectiva de construção do conhecimento centrada no estudante (MORAES, 2006). O professor atua como um orientador, auxiliando o estudante a alcançar o objetivo de aprendizagem, e não como único detentor do conhecimento científico sobre o

tema (MAMEDE; PENAFORTE, 2001). A tendência é a substituição de metodologias de ensino com foco no professor por metodologias centradas no estudante, visando a uma aprendizagem mais significativa e a um desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva dos profissionais de saúde (COSTA *et al.*, 2012). Reforçando as diversas vantagens dessa metodologia no processo ensino-aprendizagem da educação médica mundial, as DCN-Medicina destacam o PBL como uma metodologia ativa de aprendizagem na construção do conhecimento que deve ser utilizada nos currículos (BRASIL, 2014).

Acreditamos que o segundo método de ensino mais frequente (“Acompanhamento de atendimento clínico supervisionado pelo professor/ Aula prática”) tem grande potencial de ensino por meio da modelagem. O estudante além de correlacionar o conhecimento teórico com a vivência prática, tende a inspirar-se e a copiar habilidades e atitudes dos docentes e dos preceptores. É importante que o professor esteja consciente disso e que busque desenvolver também as habilidades comportamentais e de comunicação. Segundo Rodrigues e Janke (2014), o professor deve ser uma espécie de “engenheiro” comportamental com grande responsabilidade e especificidade de funções a serem exercidas (RODRIGUES; JANKE, 2014). Para Sutkin *et al.* (2008), as características de bons professores de ensino superior podem ser enquadradas em cognitivas e não cognitivas. Cho *et al.* (2011), ao analisarem opiniões de estudantes sobre as características de professores que deveriam ser indicados a uma premiação, encontraram qualidades não cognitivas, como entusiasmo, bondade, paixão, equidade, compaixão, altruísmo, capacidade de guiar os alunos, apoiando-os na aprendizagem, compromisso, equilíbrio pessoal/profissional e capacidade de ser modelo.

Quando a comunidade e os serviços de APS são utilizados no ensino e na formação médica, algumas competências específicas podem ser desenvolvidas nos estudantes, como mostrado na Tabela 6. A “habilidade para trabalhar com a comunidade” juntamente com o conceito de “competência cultural” foram as mais frequentemente citadas, fato que nos é compreensível, uma vez que, a proximidade dos profissionais de saúde e dos estudantes com a comunidade é bem maior se compararmos com estratégias de ensino centradas nos hospitais. O contexto da APS é diversificado quanto aos ambientes de contato pessoa-profissional de saúde. Unidade de saúde, domicílio, escola, associação de moradores ou qualquer espaço na comunidade pode ser utilizado para executar uma ação em saúde, seja um atendimento clínico, uma orientação de promoção ou prevenção em saúde ou uma atividade de educação em saúde envolvendo grupos populacionais de risco. Dentro do contexto de ensino da saúde,

o conceito de competência cultural mais citado na literatura científica segundo Moita e Silva (2016) é da autora Campinha-Bacote (1999, p.203) que diz ser: “O processo em que o profissional de saúde se esforça continuamente para alcançar a capacidade de prestar um cuidado de saúde eficaz, tendo em conta o contexto cultural do cliente, entendido como a pessoa, a família ou a comunidade” (CAMPINHA-BACOTE, 1999, p. 203).

A competência cultural também é descrita como muito mais do que o conhecimento de costumes e doenças prevalentes naquela população ou comunidade, posto que também compreende habilidades de comunicação apesar das diferenças de linguagem, acessando e compreendendo o sistema de crenças e práticas dessa comunidade; tem por objetivo propiciar a comunicação efetiva entre pessoas com diferentes interpretações da realidade. Ensinar a prática assistencial no contexto multicultural é ampliar o pensamento crítico para a consciência crítica (BLANCHET; PEPIN, 2015). Podemos supor então que o desenvolvimento dessas competências é consequência inerente ao contato estudante-APS.

As profissões da saúde têm um objeto de trabalho comum que é o ser humano com suas carências de cuidado em saúde. Considerando a complexidade e a multidimensionalidade humana somada ao processo saúde-doença, é necessária uma abordagem interdisciplinar na saúde (SCHERER; PIRES; JEAN, 2012). Na APS, o trabalho em equipe é considerado um dos pilares de organização desse nível de atenção. Sendo a característica fundamental a interdisciplinaridade. Pois, para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas. A ação entre diferentes disciplinas pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva, sendo vista como estratégia para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade (ELIAS; COSTA, 2009).

O termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável. A interdisciplinaridade na APS coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença no seu âmbito social – envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Embora

haja dificuldades de construir uma proposta interdisciplinar, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte (VILELA; MENDES, 2003).

Entendendo a centralidade da equipe interprofissional na APS, já era esperado que uma das competências mais frequentemente citadas fosse “habilidade para trabalho em equipe interprofissional”. O estudante vivencia a rotina e participa da rede de contatos do médico docente com proximidade permitindo o desenvolvimento prático dessa competência. Quando comparamos essa competência com aquela proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina de 2014, encontramos pontos de concordância. O artigo 6º e o artigo 7º das DCN-Medicina discorrem sobre trabalho em equipe. No artigo 6º, cita o trabalho em equipe como forma de desenvolver parcerias, ampliando e construindo redes que aproximam instituições envolvidas na saúde de modo geral. No artigo 7º, a referência é sobre o aprendizado interprofissional baseado na troca de saberes com profissionais diversos da área da saúde e outras áreas do conhecimento estimulando o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2014). O ensino baseado na interdisciplinaridade tem grande poder estruturador, pois os conceitos e procedimentos encontram-se organizados em torno de unidades mais globais, em que várias disciplinas se articulam (VILELA; MENDES, 2003).

A interdisciplinaridade é o meio pelo qual o princípio doutrinário da integralidade do SUS é cumprido. É na abordagem integral que todos os aspectos e necessidades humanas de saúde são vista e atendidas. Ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação fornecidos ao indivíduo, a sua família e a comunidade configuram esse tipo de abordagem e exigem articulação de diversas profissões em trabalho interdisciplinar e de diversos setores que direta ou indiretamente articulam-se ao setor saúde (VIEGAS; PENNA, 2015).

Quanto ao tipo de estudo, o mais prevalente foi o relato de experiência (Tabela 7) em que o objetivo dos autores era descrever uma experiência sobre a estratégia de inserção (Tabela 8). Consideramos importante essa troca de experiência entre escolas médicas através dos artigos da literatura. Afinal é uma forma de diálogo que pode auxiliar na expansão e no aprimoramento de estratégias de ensino. Contudo, esse tipo de estudo não fornece uma base robusta de evidências para orientar os educadores na organização do ensino da APS nos cursos médicos.

Há, de fato, uma tendência na pesquisa em Educação Médica de obter evidências de eficácia dos vários métodos de ensino, como, de resto, observa-se no âmbito maior da Educação (THOMAS; PRING, 2007). Essa busca pelas melhores evidências na Educação Médica guiou a criação da *Best Evidence Medical Education (BEME) Collaboration*, com o intuito de criar um fluxo de revisões sistemáticas sobre esse tema. Essas revisões orientam a prática educacional e também pesquisadores e avaliadores, pois consegue apontar lacunas (e, assim, incentivar a investigação em áreas para melhor entender o que e como se faz), assim como melhora a teoria em torno da qual os programas são construídos (DAUPHINEE; WOOD-DAUPHINEE, 2004).

No âmbito da Educação Médica, sob influência da própria pesquisa clínica, alguns autores sugerem que devem ser privilegiados os métodos epidemiológicos para sustentar evidências de boa qualidade. Com efeito, na pesquisa clínica, o método, por excelência, é o experimento, enquanto que a técnica de pesquisa considerada padrão-ouro é o ensaio clínico randomizado cego, principalmente quando se pretende estabelecer relações diretas de causa e efeito (GUYAN *et al*, 1996; FLETCHER; FLETCHER, 2006; TUGWELL; HAYNES, 2008). Ao longo do desenvolvimento do campo da pesquisa em Educação Médica, essa técnica, por analogia com o campo da pesquisa clínica, passa a ser entendida, também, por pesquisadores e órgãos governamentais e fundações financiadores, como aquela que assegura uma pesquisa rigorosa e de boa qualidade (TORGESON, 2002).

Um artigo de comunicação especial de autoria de Carney *et al*. (2004), chega a propor uma nova disciplina científica, a “Epidemiologia Educacional”, que corresponderia à aplicação ao *continuum* do processo de formação médica dos métodos científicos existentes na pesquisa clínica, quais sejam, os desenhos observacionais (estudos *transversais*, de *coorte* e de *caso-controle*) e desenhos experimentais randomizados (*ensaios clínicos randomizados* e *desenhos cruzados randomizados*). Esses desenhos, no âmbito da Epidemiologia, têm a função de conduzir uma análise sem vieses de fatores associados com um dado desfecho em dois ou mais grupos. Todos eles podem tanto gerar hipóteses quanto testá-las. Segundo os autores do artigo, os princípios que sustentam esses desenhos podem ser aplicados ao estudo dos desfechos educacionais, uma vez que, em Educação Médica, os estudantes constituem “populações” que fazem escolhas independentes sobre eventos que potencialmente influenciam competências eventuais que terão como médicos. Ademais, muitos desfechos de curto e longo prazos podem ser identificados, e, com recurso aos desenhos epidemiológicos

listados acima, podem-se produzir evidências de que tais desfechos associam-se ou são *causados* pelas intervenções educativas entabuladas. Os autores concluem que a “Epidemiologia Educacional” pode gerar uma base de pesquisa poderosa para sustentar estudos desenhados para determinar a efetividade das intervenções educativas. Isso seria conseguido buscando-se a objetividade como elemento nuclear da investigação científica que deve ser aplicada tanto à pesquisa educacional quanto à pesquisa biomédica. Segundo eles “o poder desta objetividade e sua aplicação a como, na realidade, a prática médica é, e a como ela deveria ser ensinada promoveriam tanto seu êxito quanto o reconhecimento que lhe é devido” (CARNEY et al., 2004, p. 1049).

Como objetivo de estudo (Tabela 8), o mais prevalente foi “Analisar a opinião discente em relação à estratégia de ensino”. Estudantes foram “escutados” por meio de estudos descritivos como análise de entrevistas, questionários e/ou relatos (Tabela 7). Acreditamos ser essencial o conhecimento da visão dos estudantes sobre o que lhes é apresentado durante a graduação. Essas opiniões podem ajudar a moldar o ensino tornando-o mais interessante e estimulante, sem, contudo perder de vista os objetivos educacionais norteadores de um curso de graduação em Medicina.

Sabendo da relevância da figura do docente, como já citado anteriormente, chama nossa atenção a ausência de objetivos dirigidos à análise da opinião docente sobre a estratégia de ensino descrita. O docente, muitas vezes médico e atuante no sistema de saúde, talvez seja o mais indicado para avaliar modalidades de ensino, com objetivo de alinhar a formação à realidade do mercado de trabalho e da prática clínica diária. Porém, é necessário que esses docentes sejam capacitados especificamente para esta função. Segundo Costa, Cardoso e Costa (2012), em países desenvolvidos, a capacitação do corpo docente tem se tornado um componente cada vez mais importante das escolas médicas, que têm oferecido programas de desenvolvimento aos professores. (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012) Há uma pressão crescente para a profissionalização da prática de ensino em Medicina como exigência para que as escolas médicas sejam consideradas socialmente responsáveis e confiáveis. A formação docente pode ocorrer de duas maneiras: pela formação/treinamento do exercício da docência e pela formação reflexiva (BATISTA; BATISTA, 2004).

Uma pesquisa com professores de Medicina verificou que a maioria (62,86%) não teve formação em docência no início da carreira e que os médicos aprenderam a ser professores

mediante processo de socialização em parte intuitivo, autodidata ou seguindo o modelo daqueles que foram considerados bons professores (COSTA; CARDOSO; COSTA, 2012).

As conclusões dos estudos (Tabela 9) são positivas quando apontam que as estratégias de ensino descritas atingem os objetivos desejados. O que poderíamos supor que o ensino da APS traz mudanças positivas tanto no cenário do ensino como nos serviços de saúde. Parcerias firmadas entre instituições de ensino e serviços de saúde são descritas em vários artigos, entre eles destaco o Programa TRIUMPH *University of Wisconsin-Madison* nos Estados Unidos que é liderado por um professor do Curso de Medicina e um profissional de saúde da APS em Milwaukee. O programa seleciona estudantes que se mudam de Wisconsin para Milwaukee por um período de 10 a 15 meses para trabalharem questões de saúde em populações carentes onde há escassez de profissionais de saúde para atender as demandas de saúde (HAQ et al.,2013). O aprendizado dos determinantes sociais do processo saúde-doença é mais que conhecido, é vivenciado pelos estudantes. Esse tipo de parceria parece ser favorável para o serviço e a população, pois aumenta seu nível de saúde, e para os estudantes, que por meio da imersão no contexto da comunidade desenvolvem habilidades clínicas e comportamentais.

Considerando que o tipo de estudo mais frequentemente encontrado foi relato de experiência e que essas conclusões positivas provêm deles majoritariamente, podemos nos questionar novamente sobre qual a força de evidência na literatura de um relato de experiência. Ao refletirmos sobre isso, percebemos que relatos de experiências únicas, em contexto específico no tempo e espaço podem produzir conclusões muito limitadas e de pouca utilidade como nível de evidência na literatura. Como já mencionado anteriormente, estudos randomizados cego são os melhores para se produzir evidências que suportem condutas clínicas ou educacionais. Por isso talvez, observemos que as diretrizes para futuras pesquisas cita que a estratégia necessita ser testada mais vezes no mesmo contexto, em contextos diferentes e ainda que necessita de um instrumento sistematizado de avaliação. Só assim poderemos ter conclusões mais confiáveis e replicáveis.

Não encontramos nas conclusões dos artigos (Tabela 9) analisados o estabelecimento de negatividade ou inferioridade de uma estratégia baseada na comunidade quando comparada com outra tradicionalmente hospitalocêntrica. Avaliamos como relevante essa ausência de dado, uma vez que a transição proposta na Educação Médica de todo o mundo e evidenciada a

nível nacional com as DCN-Medicina propõem um ensino cada vez mais abrangente da APS e seus princípios.

As diretrizes para futuras pesquisas dispostas na Tabela 10 sugerem que não esgotamos esse tema. Ainda há muito a pesquisar quanto ao ensino da APS na graduação em Medicina. Consideramos salutar o desenvolvimento de instrumentos de avaliação que possam dar credibilidade às estratégias de ensino já implantadas. Sistematizar as estratégias em passos bem definidos e ter bons instrumentos de avaliação que possam ser periodicamente aplicados pode ser o caminho para a concretização das mudanças na Educação Médica rumo à formação de um profissional com perfil adequado para atender as necessidades de saúde da população, com uma abordagem integral, e consciente de todos os determinantes do processo saúde-doença. Esperamos com isso mudar o cenário de saúde mundial e, em especial o brasileiro, que não tem obtido bons resultados na elevação do nível de saúde da população.

5. CONCLUSÕES

Concluimos com esta revisão integrativa que a inserção da Atenção Primária à Saúde (APS) na formação médica é um tema relevante na literatura mundial, visto que, obtivemos publicações de vários países em todos os continentes demonstrando uma preocupação global com a necessidade de mudanças na formação profissional dos médicos. Vimos que os motivos para inserir APS no cenário de ensino-aprendizagem dos cursos de medicina são inúmeros e vão desde o recrutamento de profissionais para atuarem neste nível de atenção à saúde até o desenvolvimento das habilidades clínicas e humanísticas.

A APS tem um grande potencial de contribuição para Educação Médica e pode ser utilizada sob diferentes aspectos de acordo com os objetivos pedagógicos desejados. Nosso trabalho pode funcionar como uma base de dados no qual é possível encontrar o panorama de publicações brasileiras e internacionais dos últimos cinco anos sobre inserção da APS na formação médica, as principais estratégias e métodos de inserção, as competências desenvolvidas nos estudantes, as influências para docentes, discentes, comunidade e serviços de saúde, os objetivos alcançados e os resultados das experiências relatadas. Consideramos como conclusões mais relevantes dos estudos: a falta de uma sistematização da inserção de APS na Educação Médica que permita sua reaplicação em um mesmo contexto e em contextos diferentes e a necessidade de instrumentos de avaliação das estratégias utilizadas. Com isso, as experiências exitosas individuais poderiam tornar-se referência para diversas universidades e assim sedimentar mudanças na Educação Médica com base em evidências.

Vimos bons resultados em modalidades de inserções longitudinais da APS no ensino médico em que os princípios do SUS e da APS são bem trabalhados, oportunizando aos estudantes vivenciar o conhecimento teórico relacionado à longitudinalidade, à coordenação do cuidado, à orientação para a comunidade e competência cultural, à acessibilidade e à integralidade. Inserções que fazem imersão dos estudantes na comunidade são importantes também para o aprendizado sobre determinantes sociais do processo saúde-doença. Enfim, cada modalidade de inserção é capaz de trabalhar aspectos diferentes e essenciais à formação médica.

No que se refere às diretrizes para futuras pesquisas, além das apontadas nos artigos inclusos nessa revisão, alguns questionamentos que surgiram podem suscitar novas investigações sobre o tema, tais como:

- Será que teríamos resultados diferentes se retrocedêssemos dez anos e não cinco anos na literatura?
- Que outros periódicos internacionais que também publicam sobre o ensino da APS na formação médica poderiam ser incluídos na pesquisa?
- Se periódicos menores como locais e/ou regionais fossem incluídos teríamos um maior número de modalidades de inserção de APS na formação médica que poderiam servir de exemplo a outros cenários semelhantes?

Esperamos que nossa pesquisa, além de trazer informações, motive novos estudos e assim promova um diálogo através da literatura entre pesquisadores e universidades de todo o mundo.

Somos conscientes da necessidade de transformação da Educação Médica. O modelo hospitalocêntrico e reducionista já não é mais capaz de oferecer uma formação médica adequada. A população precisa que suas demandas de saúde sejam atendidas e os profissionais precisam estar melhores preparados para lidar com as adversidades e peculiaridades da vida profissional. A solução passa por uma inclusão, cada vez maior, da Atenção Primária à Saúde nos cursos de medicina do Brasil e do mundo. O caminho da mudança está traçado! Precisamos percorrê-lo com determinação e certeza da vitória!

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudanças: alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p.42-52, maio/ago. 2001.
- ALVES, Cl et al. A Transformação Curricular e a Escolha da Especialidade Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 47, p.617-626, 2013.
- AMORIM, Mcs; PERILLO, E. O National Health Service – NHS o sistema de saúde da Inglaterra. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 53-54, abr. 2014. ISSN 1984-4840.
- ANDRADE, Mv; LISBOA, Mb. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. **Revista Brasileira Economia**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 5-36, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402000000100001&lng=en&nrm=iso>.
- AROUCA, Ass. *O dilema preventivista*. **Contribuição para a compreensão da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.268.
- ASTIN, Aw; SAX, Lj. How undergraduates are affected by service participation. **Journal Of College Student Development**, EUA, v. 3, n. 39, p.251-263, jun. 1998.
- BAPTISTA, Twf; FAUSTO, Mcr; CUNHA,Ms. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1007-1028, 2009.
- BATISTA N; BATISTA Sh. A docência em saúde: desafios e perspectivas. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac; 2004.
- BENEFIELD Le. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthcare Nurse**, v. 21, n. 12, Dez. 2003.
- BLANCHET, Ga; PEPIN, J. Cultural Competence: a construtivist definition. **Journal Transcultural Nursing**, v. 26, n. 1, p. 9-15, jan 2015.
- BOELEN, C; WOOLARD, B. Responsabilidade social e credenciamento: uma nova fronteira para instituições de ensino. **Medical Education**, EUA, v. 9, n. 43, p.887-894, 2009.
- BONNER, Nt. Iconoclast: Abraham Flexner and a life in learning. **Baltimore: The Johns Hopkins University Press**, 2002, 376 p.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001.

CARNEY, P.A. *et al.* Educational epidemiology: applying population-based design and analytic approaches to study medical education. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 292, n. 9, p. 1044-1050, Sept. 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CARON, Cr. Aprendizagem problematizada no ensino médico na perspectiva do construtivismo piagetiano. Curitiba; 2004. **Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal do Paraná**.

CHO Cs; RAMANAN Ra; FELDMAN Md. Defining the ideal qualities of mentorship: a qualitative analysis of the characteristics of outstanding mentors. **The American Journal of Medicine**; v.124, n.5, p.453-458, 2011.

COOKE, M. *et al.* American medical education 100 years after de Flexner Report. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 355, n. 13, p. 1339-1344, Sept. 2006

COSTA, Jrb. *et al.* A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.47-58, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022014000100007>.

COSTA Nmsc *et al.* Concepções sobre o bom professor de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 499-505, 2012.

DAUPHINEE, Wd; WOOD-DAUPHINEE, S. The need for evidence in medical education: the development of best evidence medical education as an opportunity to inform, guide and sustain medical education research. **Academic Medicine**, Washington, v. 79, n. 10, p. 925-930, Oct. 2004.

DECLARAÇÃO ALMA-ATA, URSS, 1978. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**.

DEMARZO, Mmp. *et al.* Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p.145-150, maio 2011. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/116>>.

ELIAS, Lb; COSTA Nrac. Equipe de saúde da família: reconstruindo significados na prática da atenção primária em saúde. **Investigação**. v. 9, n. 1, p. 91-99, jan-abr 2009.

FAUSTO, Mcr. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - **Instituto de Medicina Social**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p.261, 2005.

FITZPATRICK, JI; SANDERS, Jr; WORTHEN, Br. Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines. 3rd ed. **Boston: Pearson Education**, p.555, 2004.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 288 p.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, p.346, 1910.

FLODEN, Re. Flexner, accreditation, and evaluation. In: MADAUS, Gf *et al.* (Eds.). **Evaluation models**. Boston: Kluwer-Nijhoff, p. 261-277, 1983.

FULTON, Obe. History of medical education. **British Medical Journal**, Londres, v. 2, n. 4834, p.457-461, 29 ago. 1953. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2029428/pdf/brmedj03405-0017.pdf>

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v.376, p.1923-1958, November, 2010.

GALVÃO, Cm; SAWADA, No; MENDES, Iac. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, dez. 2003.

GALVÃO, Cm; SAWADA, No; TREVIZAN, Ma. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004.

GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO. **Manual revisão sistemática interativa: a pesquisa baseada em evidências**. Grupo Ânima Educação: 2004.

GUYAN, G.H. *et al.* User's guide to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 275, n. 7, p. 554-558, Feb. 1996.

HAQ, C. et al. Training in Urban Medicine and Public Health: TRIMPH. **Academic Medicine**, v.88: p. 352–363, 2013.

HAYS, Richard. Community-oriented medical education. **Teaching And Teacher Education**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.286-293, abr. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2006.12.018>.

JONES, Mp; HUMPHREYS, Js; BUSHNELL, Ja. Estádios rurais positivamente associados a intenções rurais em graduados de medicina? **Medical Education**, Canada, v. 4, n. 48, p.405-416, 2014. Doi: 10.1111 / medu.12399.

LUDMERER, Km. Learning to heal: the development of american medical education. **Baltimore: The Johns Hopkins University Press**, 1996, 346 p.

_____. **Time to heal:** american medical education from the turn of the century to the era of managed care. Oxford: Oxford University Press, p.514, 1999.

MAMEDE S, PENAFORTE Jc. (Orgs.). Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: **Hucitec**, 2001.

MENDES, Ks; SILVEIRA, Rccp; GALVAO, Cm. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica – Brasília, DF, 2006.

MOITA, Mag; SILVA, Al. Modelos de competência cultural: uma análise crítica. **Pensar enfermagem**.v.20, n. 2, set. 2016.

MORAES Maa, MANZINI Ej. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**; v.30, n. 3, 2006.

MOREIRA, Go; MOTTA, Lb. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Rev. Bras. Educ. Med.**,Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p.164-171, Jun 2016.

NOGUEIRA, Mi. RESENHAS Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 29, p.157-157, abr. 2013. [Http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400021](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400021).

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marcos Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 32, p.492-499, dez. 2008.

QUEIROZ, M de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 20, p.309-317, 1986.

RODRIGUES Me; JANKE Jc. O papel do professor na proposta da análise do comportamento. v.16, n. 23, p. 143-159, jan/jun 2012.

ROMAN Ar; Friedlander Mr. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v. 03, n. 02, Jul./Dez. 1998.

ROSA, Wag; LABATE, Rc. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 13, p.1027-1034, dez. 2005.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHERER, Mda; PIRES, Dep; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. **Ciência &Saúde Coletiva**. v.18, n. 11, p.3203-3213, 2013.

SCHRAMM, Jma. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.897-908, dez. 2004.

SCHIMAZAKI, Me. A Atenção Primária à Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte:ESPMG, 2009.

SHEA, Ja. *et al.* A RIME Perspective on the Quality and Relevance of Current and Future Medical Education Research. **Academic Medicine**, v. 79, n. 10, 2004.

SILVA, Lff; BARACAT, Ec. Medical education – historic perspective and future challenges: Educação médica - perspectiva histórica e desafios futuros. **Rev. Méd.**, São Paulo, v. 1, n. 95, p.28-36, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95ispe1p28-36>.

SOUSA, Ivy; SILVA, Cp; CALDAS, Cam. Especialidade médica: escolhas e influências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p.79-86, mar. 2014. [Http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100011](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000100011).

SOUZA, Mt; SILVA, Md; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.

STAKE, Re. Program evaluation, particularly responsive evaluation. In: STUFFLEBEAM, DI *et al.* (Eds). Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Norwell: **Kluwer Academic Publishers**, p. 343-362, 2000.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: **Ministério da Saúde**, p. 726, 2004.

SUTKIN, G et al. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. **Academic Medicine**; v.83, n.5, p.452-466, 2008.

THOMAS, G.; PRING, R. (Orgs). **Educação baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2007, 254 p.

TORGESON, C.J. Educational research and randomized trials. **Medical Education**, Edinburgh, v. 36, n. 11, p. 1002-1003, Nov. 2002.

TUGWELL, P; HAYNES, R.B. Avaliando relações de causa e efeito. In: HAYNES, R.B. et al. **Epidemiologia clínica: como realizar pesquisa clínica na prática**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 392-425.

VIEGAS, Smf; PENNA, Cmm. Integrality: life principle and right to health / Integralidad: principio de vida y del derecho a la salud / Integralidade: princípio de vida e de direito à saúde. *Invest Educ Enferm*. v.33, n. 2, p. 237-247, May-Aug. 2015.

VILELA Em; MENDES, Ijm. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**; v.11, n. 4 p.525-31, julho-agosto 2003.

VOORHEES, Ki et al. A proposal for reform of the structure and financing of primary care graduate medical education. **Family Medicine**, Eua, v. 45, n. 3, p.164-170, mar. 2013.

WHINNEY, Ian R. Mc. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, p.25-42.

APÊNDICE – TABELA DOS PERIÓDICOS

Medical Teacher									
Título	Ano de publicação	Objetivos do estudo	Tipo de estudo	Cenário de estudo	Estratégia de inserção curricular	Métodos de ensino	Competências desenvolvidas	Conclusões do estudo	Diretrizes para futuras pesquisas
Integrating interprofessional education in community-based (CBE) learning activities : Case study	2013	Descrever em que medida as atividades do CBE correspondem em aos requisitos do EIP (educação interprofissional), explorar opiniões de graduados sobre a eficácia das atividades do EIP e apresentar recomendações para melhoria.	Estudo descritivo (análise de opiniões)	Universidade do Canal de Suez , Egito e University of British Columbia, Canadá	Inserção precoce no currículo (Módulo longitudinal do 1º ao 6º ano)	TICs (sites do Ministério da saúde) Visitas domiciliares. Aprendizado baseado em problemas da comunidade (PBL). Diversificação de cenário de aprendizagem Trabalhos supervisionados na comunidade.	Conhecimento teórico-prático em saúde coletiva. Habilidades clínicas. Aprendizado sobre promoção à saúde e prevenção de doenças. Liderança Habilidade para trabalho em equipe interprofissional. Educação em saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças (na comunidade e escolas) Gestão e coordenação do cuidado. Conhecimento teórico-prático dos determinantes sociais de saúde-doença. Diagnóstico de saúde da comunidade.	Os graduados acreditam que a estratégia produz médicos familiarizados com os papéis de outras profissões e podem trabalhar em sinergia para melhor atendimento ao paciente.	Desenvolvimento de um módulo completo de módulo Parcerias com outras instituições de educação de profissões da saúde.
Integrating service learning into the curriculum: Lessons from the field	2013	Descrever e comparar dois programas de educação médica; um baseado na comunidade (CSL) e outro baseado na clínica (AMC)	Estudo comparativo	Universidade do Texas, USA	Projeto de extensão	Trabalhos supervisionados na comunidade. Aula prática.	Longitudinalidade do cuidado. Conhecimento teórico-prático dos determinantes sociais de saúde-doença. Competência cultural. Habilidades clínicas. Aprendizado sobre promoção à saúde e prevenção de doenças. Educação em	Programas-piloto e inserções lentas e pontuais podem ser as melhores alternativas para integrar a CSL no currículo da escola de	---

							saúde sobre promoção à saúde e prevenção de doenças.	medicina a curto prazo.	
A scoping review of undergraduate ambulatory care education	2013	Identificar e compreender os principais desafios e modelos de prática para o ensino na graduação de atendimento ambulatorial.	Revisão sistemática de 2001 a 2011	Universidade de Toronto, Canadá.	Projeto de iniciação científica	Diversificação dos cenários de aprendizagem	Medicina centrada na pessoa. Longitudinalidade do cuidado. Medicina baseada em evidências. Competências culturais. Aprendizado sobre promoção à saúde e prevenção de doenças. Educação continuada	Os resultados mostram que um trabalho em prol da diversificação dos contextos de aprendizagem em resposta às necessidades da comunidade e adoção de abordagens com evidências é capaz de colaborar com mudanças na educação e desenvolvimentos de pesquisas.	Reaplicação usando as melhores práticas e recomendações em outros países. Desenvolvimento de pesquisas na área da educação médica.
What factors in rural and remote extended clinical placements may contribute to preparedness for practice from the perspective of students and clinicians?	2013	Identificar os fatores de um estágio rural integrado e comprometido com a comunidade e que podem contribuir para a preparação para a prática (P4P) na perspectiva de estudantes e médicos.	Estudo descritivo-analítico	University of Sidney, Austrália	Projeto de Extensão	Imersão integral e prolongada na comunidade Trabalhos supervisionados na comunidade. Aula prática	Habilidades clínicas Longitudinalidade do cuidado Competências culturais. Carreira (Influenciar na escolha da especialidade). Desenvolvimento pessoal e humanístico. Conhecimento teórico-prático sobre determinantes sociais de	Uma abordagem clínica longitudinal em um ambiente rural pode permitir o desenvolvimento de competências que levam ao P4P como o desenvolvimento pessoal	---

							saúde-doença.	e profissional e a observação do impacto cultural e contextual na saúde.	
Medical students' reflective writing about a task-based learning experience on public health communication	2014	Analisar as reflexões dos alunos sobre suas experiências nos serviços de saúde pública e seus benefícios para o aprendizado.	Estudo descritivo-analítico	Universidade Nacional de Cingapura, Cingapura	Inserção longitudinal no currículo (Vários módulos integrados a outras disciplinas)	Aprendizagem baseada em tarefas na comunidade (TBL) Aula prática.	Prática crítica-reflexiva Habilidade de comunicação médico-paciente. Habilidade de comunicação interprofissional. Conhecimento teórico-prático em saúde coletiva	A TBL, combinada com um processo de reflexão, é promissora como uma estratégia educacional para o ensino da comunicação em saúde pública e cultivar os hábitos da prática reflexiva.	---
Students improve patient care and prepare for professional practice: An interprofessional community-based study	2014	Analisar como a aprendizagem interprofissional impacta no atendimento ao paciente e na prestação de serviços.	Pesquisa qualitativa (Análise de entrevistas)	University of Leicester, UK	Projeto de extensão (ciclos anuais)	Trabalho em pequenos grupos Seminários/palestras. Trabalho supervisionado na comunidade. Aprendizagem baseada em problemas (PBL)	Habilidades para trabalho em equipe interprofissional. Gestão e coordenação do cuidado. Diagnóstico de saúde da comunidade.	As equipes de estudantes interpretam os desafios de graduação no meio do treinamento benéfico ao atendimento ao paciente e oferece aprendizado prático de questões	---

								s teórica s.	
How we involved rural clinicians in teaching ethics to medical students on rural clinical placements	2015	Relatar a introdução um novo programa de ensino que envolveu o recrutamento, treinamento e apoio de clínicos rurais com os estudantes de medicina em estágios rurais.	Relato de experiência	University of New South Wales, Austrália	Inserção pontual (aulas práticas em disciplinas curriculares)	Seminários /Palestras Aula prática. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem (MAEA) - discussões em pares	Ética Consciência social. Prática crítica-reflexiva	Clínicos rurais experientes facilitam o desenvolvimento do aluno em consciência e habilidade ética com baixo custo para a universidade.	Melhoria do programa para ser capaz de formar médicos mais preparados para atuarem profissionalmente. Desenvolvimento de instrumentos de avaliação dos estágios clínicos rurais.
Understanding rural clinical learning spaces: Being and becoming a doctor	2015	Compreender a experiência dos estudantes em uma escola clínica rural (RCS).	Estudo analítico-descritivo (análise de entrevistas)	Universidade de Stellenbosch, África do Sul	Inserção longitudinal Internato	Estágio rural obrigatório no internato Aulas práticas. Aulas teóricas	Autonomia médica. Educação continuada. Habilidade de comunicação médico-paciente. Gestão e coordenação do cuidado Habilidades clínicas Conhecimento teórico-prático em saúde coletiva.	Melhores desfechos para os pacientes. Modelagem profissional dos preceptores pelos estudantes. desenvolvimento do “ser e tornar-se” médico.	Compreender melhor que lugar ocupa o ensino em escolas rurais e a participação comunitária para aprendizagem dos alunos.
A critical hybrid realist-outcomes systematic review of relationships between medical education programmes and communities: BEME Guide No. 35	2016	Explorar e sintetizar as evidências sobre as relações médico-escola-comunidade.	Revisão sistemática da literatura	Universidade de Calgary, Canadá	Inserção precoce no currículo	Sem métodos descritos	Carreira Conhecimento teórico-prático sobre os determinantes sociais de saúde-doença. Competência cultural e habilidade para trabalhar com a comunidade. Satisfação profissional.	A literatura sobre as relações médico-escola-comunidade é heterogênea sem padrões comuns, porém o maior contato	Há muita oportunidade de melhorar a qualidade e a precisão das relações médico-comunidade e se forem reaplicadas mais estratégias já iniciadas.

								e quanto mais precoce for o contato com a comunidade, maior o impacto educacional.	
How we incorporated service learning into a medical student rural clinical training experience	2016	Aprimorar experiências de treinamento clínico dos estudantes de medicina rural e auxiliar o trabalho em comunidades rurais.	Relato de experiência	University of Missouri, Columbia, EUA	Inserção longitudinal	Imersão integral e prolongada na comunidade. (co-habitar) Aprendizagem baseada em problemas (PBL) da comunidade.	Carreira Liderança. Ética Consciência social. Competência cultural. Diagnóstico de saúde da comunidade. Habilidades de comunicação médico-paciente. Habilidade de comunicação interprofissional.	Os participantes relataram uma compreensão mais profunda do amplo impacto de um médico rural e o impacto da cultura rural nas interações médicas e sentiram mais integrados às atividades de serviços de saúde.	A replicação deste programa pode aumentar o interesse dos estudantes em medicina rural e preparar melhor os estudantes para a prática rural.
Public health matters: Innovative approaches for engaging medical students	2017	Discutir quatro soluções-chave para os desafios enfrentados pelos educadores de saúde pública nas faculdades de medicina.	Estudo descritivo	University of East Anglia, Norwich, Reino Unido	Inserção precoce no currículo	Aprendizagem baseada em problemas (PBL) Seminários/ Palestras TICs (materiais online, software - Socrativo) Trabalho em pequenos grupos. Metodologias ativas de ensino e aprendizagem (MAEA) – Business case	Conhecimento teórico-prático sobre determinantes sociais de saúde-doença. Diagnóstico de saúde da comunidade. Medicina centrada na pessoa. Habilidade para trabalhar na comunidade e competência cultural. Educação em saúde sobre promoção à	As quatro soluções discutidas apresentaram: responsabilidade de social, relevância clínica, mapeamento do currículo central e uso de TICs. O	O desafio é garantir o engajamento entre aluno e professor para tornar a saúde pública mais relevante do cenário de ensino. Personalizar o uso das tecnologias em casa curso de graduação em medicina.

							saúde e prevenção de doenças Conhecimento teórico prático em saúde coletiva / epidemiologia Gestão e coordenação do cuidado	feedback preliminar do aluno sugere estas técnicas têm benefícios no processo ensino-aprendizagem fixando conhecimentos teóricos.	
--	--	--	--	--	--	--	---	---	--

Medical Education									
Título	Ano de publicação	Objetivos do estudo	Tipo de estudo	Cenário de estudo	Estratégia de inserção curricular	Métodos de ensino	Competências desenvolvidas	Conclusões do estudo	Diretrizes para futuras pesquisas
Programas de estágios rurais integrados longitudinais: uma perspectiva dos sistemas de aprendizagem social	2013	Compreender quais são os fatores que impactam a aprendizagem do aluno dentro de um programa de estágio rural, integrado e baseado na comunidade, no contexto dos Sistemas de Aprendizagem Social (SLS)?	Estudo descritivo	University of Sydney, Austrália, Universidade de Adelaide e Universidade de Wollongong, Austrália	Internato Inserção longitudinal	Visitas domiciliares Estágio rural obrigatório no internato. Imersão em MFC no internato.	Habilidades clínicas Habilidades para trabalhar com equipe interprofissional. Habilidade para trabalhar com a comunidade. Ética Carreira Autonomia médica.	O engajamento entre SLSs no ensino médico proporciona uma série de experiências de aprendizagem do tanto clínico como desenvolvimento de uma identidade profissional mais sofisticada.	Incorporar mais estratégias pedagógicas aos Sistemas de Aprendizagem Social (SLS) visando melhorar o processo de aprendizagem de estudantes de medicina.

Pré-matrícula, uma experiência de imersão na comunidade desenvolvida pelos estudantes	2014	Relatar a experiência de estudantes de medicina em imersão em programa de aprendizagem baseado na comunidade	Relato de experiência	University of Virginia, USA	Inserção precoce em ambiente de APS. Projeto de extensão	Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade e por meio de grupos de estudantes. Trabalhos supervisionados na comunidade.	Liderança Habilidade para trabalhar em equipe interprofissional. Habilidade para trabalhar com a comunidade. Conhecimento teórico-prático sobre os determinantes sociais de saúde-doença.	Gande interesse dos alunos. Necessidade de mais metodologias baseadas na comunidade. Desenvolvimento de habilidades de planejamento de currículo nos coordenadores do curso.	Estudos futuros para discernir como programas semelhantes podem influenciar os alunos participantes, os líderes estudantis e o relacionamento com a comunidade.
Estudantes de medicina e agentes comunitários de saúde aprendendo juntos	2017	Descrever uma experiência de trabalho conjunto entre estudantes de medicina e agentes comunitários de saúde com foco em ações de capacitação dos agentes comunitários pelos estudantes supervisionados por professores.	Relato de experiência	Universidade Federal de Goiás, Brasil	Projeto de Extensão	Apresentação baseada em problemas da comunidade (PBL) Trabalhos supervisionados na comunidade. Imersão nos serviços de saúde da APS e comunidade e por meio de grupos de estudantes. Seminários Role-playing	Habilidades de comunicação interprofissional. Habilidade para trabalhar em equipe interprofissional. Desenvolvimento pessoal e humanístico. Consciência social. Conhecimento teórico-prático sobre os determinantes sociais de saúde-doença.	O trabalho conjunto ofereceu uma ótima oportunidade para o desenvolvimento da comunicação dos alunos, habilidades relacionais e cognitivas, aumentando seu compromisso com o sistema local de saúde e responsabilidade social.	---
Experiências dos estudantes sobre papel, relacionamentos e aprendizagem em dois modelos de estágio	2017	Compreender qual é a experiência vivida pelos estudantes do Estágio Comunitário Integrado em suas atividades?	Estudo qualitativo	Universidade de Alberta, Edmonton, Alberta, Canadá.	Internato	Estágio rural no internato Imersão em MFC no internato.	Longitudinalidade do cuidado. Autonomia médica. Desenvolvimento pessoal e humanístico. Habilidade para trabalhar	A duração e a natureza dos estágios rurais levaram a melhorias nos relacionamentos entre professores, alunos e	As escolas médicas poderiam parar estágios rurais com currículos convencionais e estabelecer suas próprias diferenças, vantagens e desvantagens. Permitir que os docentes avaliem esses estágios

							em equipe interprofissional. Habilidade para trabalhar com a comunidade e e competência cultural.	pacientes melhorando o atendimento. Trazendo confiança ao estudante para sua futura prática profissional.	rurais e suas influencias no aprendizado.
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

Academic Medicine									
Título	Ano de publicação	Objetivos do estudo	Tipo de estudo	Cenário do estudo	Estratégia de inserção curricular	Métodos de ensino	Competências desenvolvidas	Conclusões do estudo	Diretrizes para futuras pesquisas
Formação em Medicina Urbana e Saúde Pública: TRIUMPH	2013	Descrever o Programa de Treinamento em Medicina Urbana e Saúde Pública: TRIUMPH e seus resultados a curto prazo.	Relato de experiência	University of Wisconsin-Madison, USA	Inserção longitudinal do ensino médico na	Imersão integral e prolongada na comunidade	Aprendizado sobre promoção da saúde e prevenção de doenças. Desenvolvimento pessoal e humanístico. Medicina centrada na pessoa. Conhecimento teórico-prático em saúde coletiva Autonomia médica. Carreira Competência cultural. Liderança	O programa TRIUMPH atrai e prepara estudantes de medicina para trabalhar com comunidades urbanas desfavorecidas. O programa serve como modelo para preparar os futuros médicos.	Necessidade de mais tempo para avaliar os resultados do programa e quais locais teriam melhor aplicabilidade além de, excluir o viés de seleção dos estudantes.
Ensinar a saúde da população: uma abordagem do mapa de competências para a educação	2013	Relatar a experiência de incorporação do mapa de competência na avaliação dos estudantes	Relato de experiência	University Durham, Carolina do Norte, USA.	Inserção longitudinal do ensino médico na APS	Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade de por meio de grupos de estudantes	Habilidades para trabalho em equipe interprofissional Liderança. Habilidades de trabalhar com a comunidade e competência cultural	As conclusões são limitadas, uma vez que o mapa de competências proposto foi utilizado por uma instituição e por um período de tempo curto.	Aplicar o mapa de competências em outras instituições e em outros contextos de ensino para validar suas conclusões e obter uma avaliação a longo prazo
Estágio em cenário rural baseado em um pequeno campus regional: equivalência de treinamento, escolha da residência e localização	2013	Comparar dois programas curriculares, um convencional e outro com estágios predominantemente rurais.	Ensaio comparativo	University of Louisville, Kentucky, USA	Inserção longitudinal do ensino médico na APS	Imersão nos serviços de saúde da APS e comunidade de por meio de grupos de estudantes. TICs (palestras por vídeos)	-----	Observou-se resultados equivalentes quando comparados os dois modelos de programas curriculares, embasan	Incluir estágios rurais locais em pequenas escolas de medicina regional e avaliar as mudanças na distribuição dos médicos nos postos de trabalho

da prática dos graduados								do o uso de programas com predomínio de estágios rurais.	
<u>O verão no país: mudanças na percepção dos estudantes de medicina após uma experiência inovadora na comunidade e rural</u>	2013	Descrever o Programa Comunidade Verão e sua influência na escolha da especialidade.	Relato de experiência	University of Missouri, Columbia, USA	Projeto de Extensão	Imersão integral e prolongada na comunidade Aulas práticas	Conhecimento teórico-prático sobre determinantes sociais de saúde. Habilidades clínicas Gestão e coordenação do cuidado Abordagem longitudinal dos problemas crônicos de saúde da população.	O programa influenciou ou positivamente a percepção dos estudantes sobre a prática e estilo de vida rural e aumentou seu interesse pela prática rural.	Replicar este programa pode aumentar o interesse pela medicina rural e atender às necessidades da força de trabalho do médico rural.
Programa "All In" para transformar a força de trabalho de saúde e assistência médica da comunidade e de Tulsa.	2013	Descrever um programa de prestação de serviços de saúde integrado ao ensino.	Relato de experiência	Universidade de Oklahoma em Tulsa, USA	Projeto de extensão	Seminários/palestras. Aprendizagem baseada em problemas da comunidade (PBL) Aula Prática	Habilidade para trabalho em equipe interdisciplinar. Conhecimento teórico-prático sobre determinantes sociais de saúde-doença.	O Programa "All In" transformou ou a assistência à saúde em toda a comunidade de impulsionado pela escola de medicina. A parceria foi exitosa para ambos os envolvidos.	Precisa-se de pesquisas a longo prazo para confirmar os resultados limitados pelo tempo do programa.
Uma década de resultados de força de trabalho de médicos rurais para o Programa de Educação Médica Rural de Rockford (RMED)	2013	Relatar os resultados do Programa de Educação Médica Rural de Rockford (RMED)	Relato de experiência	Universidade de Illinois, Rockford, Illinois, USA	Inserção longitudinal do ensino médico na APS	Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade por meio de grupos de estudantes. Seminários/palestras Internato.	Carreira	Recrutamento de alunos interessados em exercer medicina de família e possivelmente trabalhar em áreas rurais foi maior em graduados com o programa RMED dos que os não participantes do programa	Reproduzir o programa em outras universidades para avaliar os resultados.

Conexão, Senso de Comunidade e Satisfação Acadêmica em um Novo Modelo de Educação Médica na Comunidade.	2014	Avaliar o senso de comunidade, a satisfação e o nível de conexão dos estudantes entre os primeiros e os quatro anos da faculdade de medicina.	Estudo de caso	University, no Arizona (SOMA), USA	Inserção longitudinal do ensino médico na APS	Seminários/palestras por vídeo. Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade por meio de grupos de estudantes.	Responsabilidade Social Competência cultural	A conexão, o senso de comunidade e a satisfação dos estudantes tendem a diminuir quando estão inseridos em currículos que mesclam ensino presencial e à distância em APS.	Recomenda-se estudos a longo prazo.
Comparando o Desempenho no internato de Medicina de Família de estudantes de Estágios Longitudinais Integrados e de Estágios do modelo tradicional em rotação.	2014	Comparar dois programas de estágios RICC (Rural Integrated Community Clerkship) e RBC (Modelo tradicional baseado em rotação).	Estudo comparativo	University of Calgary, Alberta, Canadá	Internato	Imersão em MFC no internato. Estágio Rural no internato. TICs (Web palestras)	Habilidades clínicas Gestão e coordenação do cuidado. Humanização do cuidado.	O desempenho dos graduados do estágio rural foi pelo menos equivalente ao desempenho de seus pares do estágio convencional.	Utilizar outras medidas de avaliação de desempenho como o OSCE.
Educação de saúde global interprofissional em uma comunidade cosmopolita da América do Norte: a experiência iCHEE	2014	Relatar a experiência de Intercâmbio Comunitário de Saúde e Educação (iCHEE) para estudantes de cursos da área da saúde incluindo medicina.	Relato de experiência	University (OHSU), Portland, Oregon, USA	Projeto de Extensão	Aprendizagem baseada em problemas da comunidade (PBL) Trabalho em pequenos grupos. Trabalhos supervisionados na comunidade.	Conhecimento sobre os determinantes sociais de saúde-doença. Competência cultural. Habilidade para trabalho em equipe interprofissional Diagnóstico de saúde da comunidade. Habilidades clínicas	Os alunos relataram obter conhecimentos interculturais, compreensão da realidade dos pacientes e habilidades de trabalho interprofissional.	Estender o modelo iCHEE para outras universidades e cursos da área da saúde.
O papel da Atenção Básica na Faculdade de	2014	Relatar a experiência de implantação de Primary Care	Relato de experiência	Universidade de Duke, USA	Inserção longitudinal do ensino médico na APS	Imersão nos serviços de saúde de APS e	Conhecimento teórico-prático em saúde coletiva.	Conclusões limitadas pelo tempo de	Expandir as oportunidades para que mais

Medicina da Universidade de Duke: Criando Agentes de Mudança para Melhorar a Saúde da População		Leadership Track (PCLT)			Projeto de extensão	comunidade por meio de grupos de estudantes. Aulas práticas. Diversificação de cenários de aprendizagem	Aprendizado sobre promoção à saúde e prevenção de doenças. Consciência social. Longitudinalidade do cuidado. Carreira Competência cultural	implantação do programa . Apontam para benefícios na assistência médica e aprendizagem de aspectos próprios dos serviços de saúde pública.	alunos tenham contato e assim aumentar o número de profissionais para atuar na APS..
Mudando a cultura de uma escola de medicina, orientando alunos e professores para medicina comunitária	2014	Descrever Programa o Summer Institute (SI).	Relato de experiência	University of Oklahoma, Tulsa, USA	Projeto de extensão Inserção precoce no currículo	Aprendizado baseado em problemas da comunidade (PBL) Trabalho em pequenos grupos Seminários / palestras	Gestão e coordenação do cuidado. Liderança. Habilidades para trabalho em equipe interdisciplinar. Carreira	Avaliações de curto prazo mostram que a experiência do SI muda atitudes e melhora o trabalho interdisciplinar e a resolução de problemas de saúde da comunidade.	Estudos subsequentes são necessários para determinar como esse tipo de experiência pode mudar as escolhas da carreira dos alunos.
Colocando as Comunidades no Lugar do Condutor: As Realidades da Educação Médica Envolvida pela Comunidade	2015	Descrever como o ensino médico baseado na comunidade (CEME) pode melhorar a educação médica.	Estudo descritivo	Flinders University (Australia)	Inserção longitudinal do ensino médico na APS Internato	Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade de por grupos de estudantes. Aprendizagem baseado em problemas da comunidade (PBL).	Habilidade para trabalhar com a comunidade. Habilidade para trabalhar em equipe interdisciplinar. Longitudinalidade do cuidado. Carreira Consciência social. Gestão e coordenação do cuidado.	O CEME mostrou ser um meio de desenvolver uma educação médica socialmente responsável	Mais pesquisas são necessárias para demonstrar que a CEME contribui para melhorar a saúde das populações atendidas pela escola de medicina.

<p><u>O Programa TRUST (Targeted Rural Underserved Track) do WWAMI: Uma Resposta Inovadora à Escassez de Mão-de-Obra de Médicos Rurais</u></p>	2016	Relatar a experiência do programa TRUST	Relato de experiência	University of Washington, USA	Inserção longitudinal do ensino médico na	<p>Imersão nos serviços de saúde de APS e comunidade de por meio de grupos de estudantes</p> <p>Diversificação de cenários de aprendizagem.</p>	Carreira	<p>Habilidade para trabalhar com a comunidade.</p> <p>É muito cedo para concluir que o programa TRUST está produzindo mais médicos rurais para atender às necessidades regionais. Embora se observe uma tendência a um maior recrutamento profissional para APS e áreas rurais.</p>	<p>Implementar um programa de avaliação consistente para obter os reais resultados e efeitos do programa TRUST para a formação médica e a melhoria da assistência à saúde.</p>
--	------	---	-----------------------	-------------------------------	---	---	----------	---	--

