

Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina da Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária

Active methodologies: an experience report from undergraduate students in medicine of Vila Velha University in the Community Interaction module

Metodologías activas: un relato de experiencia de estudiantes de pregrado en medicina de la Universidad Vila Velha en la disciplina de Interacción Comunitaria

Marcello Dala Bernardina Dalla. Universidade Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil. marcellobdalla@gmail.com (Autor correspondente)

Gabriel Alfena Gamara de Moura. Universidade Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil. gagemoura@gmail.com

Mariana Scandian Bergamaschi. Universidade Vila Velha (UVV). Vila Velha, ES, Brasil. maryscandian@hotmail.com

Resumo

Este artigo relata a experiência de aplicação de metodologias ativas na disciplina "Programa de Interação Serviço Ensino e Comunidade" (PISEC) do curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV). Utilizou-se a metodologia da problematização, que consiste em cinco passos: observação da realidade; definição de pontos-chave; teorização; hipótese de solução e aplicação à realidade. A problematização oportuniza a reflexão mediada pelo professor sobre atividades de interação, sendo um elemento chave para a satisfação pessoal dos alunos e para a melhoria do processo de aprendizagem.

Abstract

This article reports the experience of applying active methodologies in the module "Learning, Services and Community Interaction Program" (PISEC) of the medicine course of Vila Velha University (UVV). We used the problematization methodology, which consists of five steps: observation of reality; defining key points; theorizing; hypothesis of solution and application to reality. The problematization provides reflective opportunities for teacher-mediated interaction activities, which are a key element to students' personal satisfaction and improvements in learning process.

Resumen

Este artículo presenta la experiencia de aplicación de metodologías activas en la disciplina "Programa Interactivo de Aprendizaje, Servicio y Comunidad" (PISEC) del curso de Medicina de la Universidad Vila Velha (UVV). Se utilizó la metodología de problematización, que consiste en cinco pasos: observación de la realidad; definición de puntos claves; teorización; hipótesis de solución y aplicación a la realidad. La problematización ofrece oportunidades de reflexión sobre las actividades de interacción mediadas por el profesor, siendo un elemento clave para la satisfacción personal de los estudiantes y para mejorar el proceso de aprendizaje.

Introdução

O distanciamento de escolas médicas das necessidades da população, refletido pela excessiva e precoce especialização e pela tecnificação do cuidado, representa uma importante causa do inadequado perfil dos médicos formados e de seu baixo compromisso social.¹ A formação médica tradicional transformou-se em uma justaposição de disciplinas, no ciclo básico, e de especialidades, no ciclo clínico. A fragmentação entre a doença e o paciente representa um dos obstáculos ao desenvolvimento de profissionais críticos e capazes de trabalhar com problemas.¹

Palavras-chave:

Integração Comunitária
Educação Médica
Aprendizagem Baseada em Problemas

Keywords:

Community Integration
Education, Medical
Problem-Based Learning

Palabras clave:

Integración a la Comunidad
Educación Médica
Aprendizaje Basado en Problemas

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Recebido em: 09/10/2012.
Aprovado em: 12/01/2015.

Como citar: Dalla MDB, Moura GAG, Bergamaschi MS. Metodologias ativas: um relato de experiência de estudantes de graduação em medicina da Universidade Vila Velha na disciplina de Interação Comunitária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)647](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)647)

Para reverter esse quadro, vários cursos de medicina no Brasil, dentre esses o da Universidade Vila Velha (UVV) no Estado do Espírito Santo, que iniciou em 2007, vêm utilizando metodologias ativas com a proposta de formar profissionais com as características essenciais para um médico na atualidade, ou seja, um profissional conhecedor da medicina baseada em evidências e que aplique a prática clínica centrada na pessoa.²

Entre as atividades do curso de medicina da UVV, inclui-se o Programa de Interação Serviço Ensino e Comunidade (PISEC), que é desenvolvido desde o primeiro período do curso, no qual estudantes e professores atuam em comunidades do município de Vila Velha-ES. Essas atividades ocorrem simultaneamente em seis unidades de saúde (US) localizadas em bairros distintos do município. Cada uma das US recebe em média 10 alunos acompanhados por um professor e, em algumas circunstâncias, por monitores que auxiliam na articulação das ações, entre essas, as visitas domiciliares. Desse modo, os estudantes de medicina acompanham as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que no Brasil organiza a atenção primária à saúde (APS). Vila Velha é o município mais antigo e populoso do Estado do Espírito Santo, e em 2012, contava com 430 mil habitantes (IBGE) e cobertura de ESF próxima a 30% (dados DATASUS/SIAB).

O curso de medicina da UVV adota dois modelos de metodologias ativas: o *Problem Based Learning* (PBL) e a Problematização. O PBL é um método em que os estudantes utilizam gatilhos propostos em casos clínicos para determinar os seus objetivos de aprendizado.³ Cada acadêmico faz um estudo individual dessas questões geradas em uma sessão tutorial, sendo que o grupo se reúne novamente, em uma sessão seguinte, para discutir e compartilhar os conhecimentos adquiridos. O trabalho em grupo possibilita a aquisição e o desenvolvimento de importantes habilidades de comunicação.³ Além disso, essa metodologia facilita a compreensão do acadêmico sobre a importância de conhecimentos básicos, tais como: anatomia, citologia, histologia e bioquímica, visto que faz uma correlação direta desses conhecimentos com os princípios da prática clínica.⁴

A problematização é um método para a resolução de problemas a partir da observação do cotidiano. Visa despertar e preparar o estudante a tomar consciência da realidade e tentar transformá-la para contribuir para a melhoria da sociedade, tornando-a mais digna para o ser humano.⁵ Assim como o PBL, são obedecidos passos para o desenvolvimento de um raciocínio crítico que culmina com a resolução do problema em questão. As semelhanças entre os métodos são muitas, mas a principal diferença refere-se ao que se denomina como captação do problema: enquanto no PBL, mais especificamente nas sessões tutoriais, os problemas são pré-elaborados, na metodologia da problematização os problemas surgem da realidade em que se atua e são sistematizados por meio de passos bem semelhantes aos utilizados em sessões de tutoria do PBL.^{6,7}

Descrição da experiência

Como é habitual nesse tipo de atividade em APS, surgem muitas dúvidas sobre o processo de ensino nesse contexto. Por exemplo, em uma das reuniões entre monitores e professores em que se discutiam os constantes questionamentos dos alunos aos monitores, a questão mais frequentemente debatida questionava a real necessidade da existência do PISEC no currículo médico. Para direcionar o debate, organizou-se uma pergunta síntese, em consenso com o grupo de monitores: “Como seria possível motivar os estudantes de medicina a participarem das visitas domiciliares e ficarem mais satisfeitos com as atividades desenvolvidas na comunidade?”.

Utilizou-se a metodologia da problematização ao se captar um problema educacional do cotidiano do ensino de interação comunitária, combinada com uma estratégia de busca de evidências⁸ para fundamentar cientificamente a reflexão e discussão entre professores e alunos. Tratou-se, portanto, de questão específica, que não envolvia a assistência ou um desfecho clínico propriamente dito, mas um momento importante do processo de trabalho das equipes, especialmente para os estudantes, imersos nas atividades das equipes nas comunidades. Como não havia muito tempo para respostas longamente elaboradas, a agilidade na busca de evidências foi essencial para manter vivo o processo de reflexão.

Conforme demonstrado na Figura 1, o método do Arco de Magueres, que é a base para se entender a problematização, consta de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da mesma: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade (prática).⁵

A etapa de “observação da realidade” ocorre, obviamente, nas atividades de campo, e uma frase atribuída ao médico Canadense William Osler poderia resumir a essência dessa etapa: “Se você quer ensinar medicina, feche anfiteatros e abra locais de atendimento de pacientes”. Ainda nesta etapa, é essencial a escuta ativa em rodas de discussão, pois, sem ouvir atentamente cada relato, é pouco provável que se consiga uma sistematização satisfatória das ideias, o que compromete todo o processo. Invariavelmente, tal etapa é negligenciada, ou se investe um tempo mais curto que o necessário em relação à etapa de teorização (mais modernamente denominada como “busca de evidências”).

A segunda etapa, de “definição dos pontos-chave”, é igualmente relevante, pois trata da sistematização de ideias para direcionar a busca, tornando-a objetiva. O grupo deve lembrar-se de designar um participante para anotar tais pontos-chave de forma que todos visualizem as sínteses coletivas. A experiência mostra que o uso do *flipchart* é oportuno nesse momento, desde que se tenha o cuidado para que o relator não fique completamente fora da roda de discussão, pois, ainda que tenha uma função diferenciada, ele não pode de maneira alguma deixar de se envolver no grupo. Nesse ponto cabe destacar que, na sociedade moderna, ninguém quer perder tempo, e por isso, se essa etapa for desinteressante e pouco instigante, a busca será burocrática e sem emoção. Todos devem sair para as buscas com a real sensação de que estão mudando algo relevante na realidade e não meramente cumprindo uma tarefa.

Quando o grupo estiver de posse de uma pergunta (ou perguntas) que norteiam a busca, a etapa seguinte, de “teorização”, pode ser realizada em conjunto, mas ainda assim requer um período de reflexão individual. Mesmo sendo um trabalho solitário, trata-se de um tempo precioso para que as ideias “assentem”, ou para que a imaginação do participante recrie conceitos já cristalizados e abra portas de inovação que serão consolidadas nas próximas etapas, novamente em grupo.

Na etapa de “teorização” do método do Arco de Maguerez, na experiência com os estudantes de medicina da UVV, utilizou-se a estratégia PICO, acróstico que corresponde a Problema (ou população), Intervenção, Comparação e “*Outcome*” (desfecho). Esses quatro componentes são os elementos fundamentais para a construção da pergunta que irá direcionar a busca bibliográfica de evidências.⁹ A utilização desta estratégia pode ser útil quando os problemas clínicos, que surgem na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa, necessitam ser decompostos e organizados.

A proposta original do artigo não foi a de fazer uma revisão completa sobre o tema, mas de focar na experiência do grupo ao buscar responder a uma questão captada na realidade. Nesse sentido, utilizou-se apenas a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que, mesmo não sendo específica sobre educação médica, permitiu a identificação de trabalhos relevantes sobre o problema selecionado. Com a sentença de busca composta pelos descritores (DeCS) entre aspas: “Educação de Graduação em Medicina” and “Satisfação Pessoal” sem qualquer limitador, foram encontrados 102 artigos. Não se delimitou o ano de publicação e, posteriormente, aplicou-se o filtro “Assunto Principal” da busca como “Educação de Graduação em Medicina”, identificando-se assim 77 artigos. Foram selecionados aqueles trabalhos que traziam informações semelhante ao contexto do curso de medicina da UVV e à questão levantada, restando ao final da busca somente 7 artigos (Figura 2).

Por meio da etapa seguinte, “hipóteses de solução” foi possível organizar um conjunto de conclusões a partir dos artigos analisados (Quadro 1). Entre outros pontos, aprofundou-se a busca em estudos sobre a inserção de estudantes em comunidades de interior (ou rurais) como habitualmente encontrado na literatura.

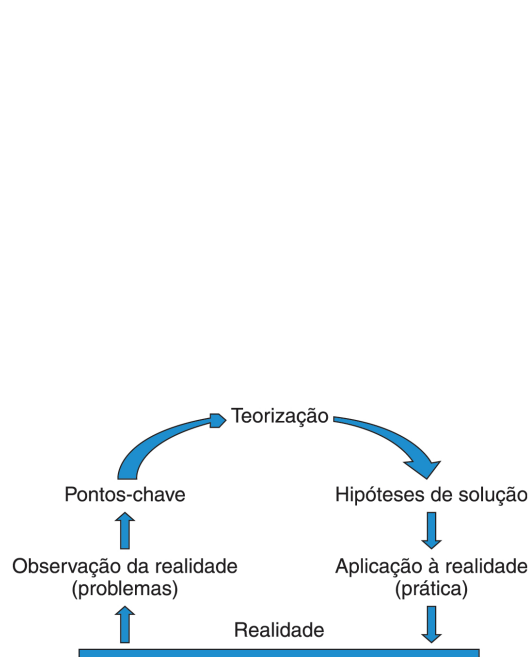


Figura 1. Método do arco de Maguerez, adaptado a partir de Bordenave, 1998.

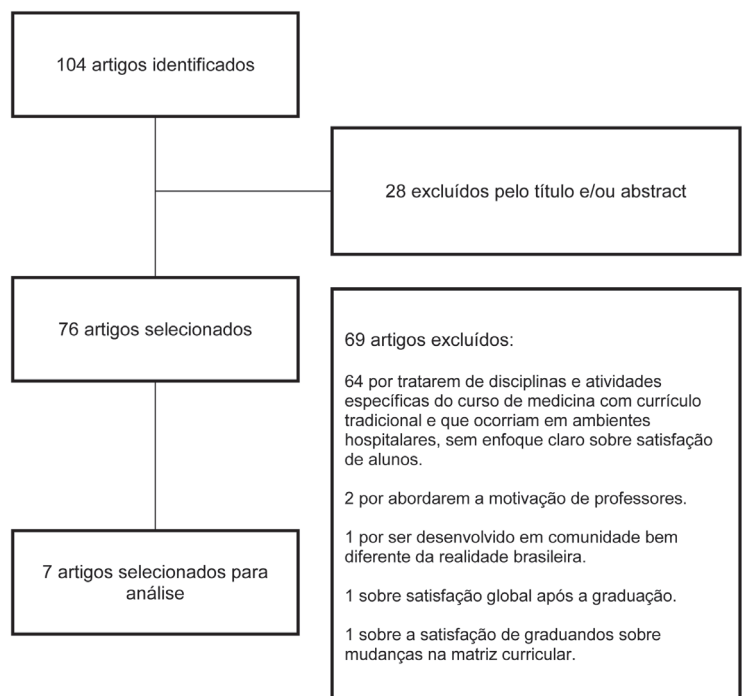


Figura 2. Organograma de seleção de artigos para análise, Vila Velha-ES, 2012.

Quadro 1. Resumo das principais conclusões/pontos para discussão e reflexão dos sete artigos analisados, Vila Velha-ES, 2012.

AUTOR/ANO/PERIÓDICO	CONCLUSÕES/PONTOS PARA DISCUSSÃO E REFLEXÃO
Johnson, 1998. ¹⁰ Academic Medicine	Os resultados deste estudo sugerem que a experiência clínica precoce pode contribuir para a satisfação dos estudantes com a educação médica.
Wilson, 2008. ¹¹ Rural Remote Health	<p>Houve melhora no desempenho acadêmico global ao fim do estágio.</p> <p>Havia uma preocupação inicial, tanto de docentes como discentes, de que uma prática intensiva na comunidade afastaria o interesse dos estudantes pelos conteúdos teóricos, o que de fato não ocorreu. O estágio não afetou o desempenho nos exames de fim de ano. No entanto, a percepção de melhor aprendizado clínico não necessariamente se refletiu em um melhor desempenho nos exames da OSCE (<i>Objective Structured Clinical Examination</i>). Outro trabalho com o mesmo grupo de estudantes indicou que o desempenho dos alunos em provas escritas e avaliações clínicas permaneceu razoavelmente consistente.</p> <p>Os estudantes de medicina que tiveram atividades fora do <i>campus</i> principal, alocados em áreas remotas e rurais, não sofreram academicamente. O grupo manteve o seu interesse e entusiasmo para a prática por um longo prazo.</p> <p>Ficou claro que, mesmo na fase inicial do treinamento, os participantes consideraram que era bem diferente da medicina urbana, mesmo em um país relativamente pequeno como a Escócia, onde o trabalho foi realizado. Isso pode trazer implicações para a formação de médicos em todo o Reino Unido e em outros países com dimensões territoriais semelhantes.</p> <p>A maior parte do grupo de alunos participantes do estudo não era originalmente da Escócia, sendo a maioria proveniente de grandes cidades ou centros urbanos. Esses, ao experimentar a medicina remota e rural em nível de graduação, de certa forma podem sentir-se atraídos para tal prática quando se formarem.</p> <p>Uma pesquisa anterior mostrou que estudantes da mesma faculdade de medicina, oriundos de áreas remotas e rurais, são mais propensos a voltar a trabalhar nesses locais do que os alunos provenientes de áreas urbanas. Os autores sugerem uma melhor avaliação por pesquisa longitudinal envolvendo todos os estudantes.</p>
Jones, 2005. ¹² Australian Journal of Rural Health	De acordo com este estudo, as questões de acesso físico e aos profissionais de saúde, bem como as barreiras sociais, devem ser discutidas tanto quanto as questões clínicas. Tais pontos foram percebidos pelos estudantes que participaram de estágios rurais como fatores que poderiam comprometer o desenvolvimento das atividades, afetando a satisfação do grupo.
Eley, 2006. ¹³ Rural Remote Health	<p>Segundo o autor, a inserção dos estudantes por curtos períodos em atividades rurais na graduação, mesmo quando de qualidade, não garante a transição imediata para um estágio rural com maior tempo de duração. Mesmo assim, a literatura sugere que há um grande retorno profissional para os médicos que, enquanto estudantes, tiveram experiências em estágios rurais.</p> <p>Portanto, o período de transição entre ciclos básicos e clínicos (internato no Brasil) pode ser uma oportunidade ideal para atrair o interesse dos alunos para a medicina rural. Pesquisas são necessárias para determinar essas possibilidades e alargar as parcerias, ampliando a gama de opções para novos estagiários.</p>
Newbury, 2005. ¹⁴ Rural Remote Health	<p>O estudo aponta que quase 2/3 dos alunos do primeiro ano registraram um aumento de seu interesse em trabalhar em áreas rurais, quando projetavam seus locais de atuação após formados.</p> <p>Deve-se realizar uma cuidadosa preparação dos estudantes para evitar problemas decorrentes da inserção. Isso inclui um cuidado especial em relação à convivência de alunos de ambos os sexos em ambientes distantes de sua origem.</p> <p>A promoção de uma união estável entre a universidade, as atividades práticas e as comunidades rurais é fundamental. As relações mais produtivas ocorreram em cidades onde a universidade já estava presente há anos.</p> <p>Reconhece-se o impacto positivo da convivência com outros profissionais de saúde que não sejam somente médicos. Nesse sentido, é importante ampliar o olhar também para questões culturais tanto quanto clínicas, modulando a ansiedade natural de estudantes de medicina em somente aprender sobre doenças.</p>
Leung et al. ¹⁵ Advances in Health Sciences Education	<p>Deve-se ter cuidado com as diferenças sociais entre alunos e a comunidade em que atuam, devendo a universidade responsabilizar-se seriamente por preparar os alunos para essa inserção, não deixando essa tarefa apenas a cargo dos professores.</p> <p>Isso promove um bom entendimento por parte dos estudantes das principais diferenças entre atividades em comunidade e atividades hospitalares.</p> <p>Os pesquisadores demonstraram que os estudantes que conseguiram bom desempenho eram os que tinham os melhores níveis de satisfação pessoal.</p>
Stellman et al. ¹⁶ Academic Medicine	<p>Os estudantes de medicina devem adquirir maiores níveis de competência em ciências sociais e comportamentais, pois desse modo praticam a medicina de forma mais eficaz e compreendem melhor sobre o sistema de saúde, participando de forma mais efetiva nas ações de planejamento.</p> <p>Uma disciplina eletiva de saúde pública, desenvolvida por um ano, melhorou o desempenho e a satisfação global dos estudantes sobre o curso de medicina. Dois pontos de destaque foram avaliados pelos alunos: a possibilidade da reflexão verbal em grupo e a reflexão escrita, ambos com <i>feedback</i> imediato dos professores.</p> <p>Desse modo, aprende-se mais e tem-se maior satisfação com o ensino quanto mais se desenvolve o pensamento crítico, quanto maior for a interatividade do aprendizado, bem como, a aplicação prática e imediata do conhecimento.</p>

A última etapa, “aplicação à realidade” (Prática), em que se busca “resolver o problema”, pode ser possível durante os dois últimos anos do curso de medicina, incluindo-se o estágio em comunidades no interior como uma das atividades do Internato em Saúde Coletiva, sendo realizado em dois municípios diferentes (Quadro 2).

Quadro 2. Resumo com as principais hipóteses de solução, Vila Velha-ES, 2012.

• A forma como o ensino é estruturado deveria estar clara para todos os atores envolvidos.
• O estudante de medicina precisa entrar em contato, o mais cedo possível, com a prática médica.
• As atividades clínicas deveriam ocorrer desde o primeiro ano do curso.
• Os estágios rurais deveriam ser incluídos desde os primeiros anos do curso.
• Condições para desenvolvimento de competências em ciências sociais e comportamentais deveriam fazer parte do conteúdo dos cursos de medicina.
• O <i>feedback</i> imediato e a auto avaliação também deveriam ser incorporados no processo de aprendizagem em atividades de interação comunitária.
• Aprende-se mais e tem-se maior satisfação com o ensino quanto mais se desenvolve o pensamento crítico, maior for a interatividade do aprendizado e a possibilidade de aplicação prática e imediata do conhecimento.

Discussão

O objetivo da presente experiência não foi o de organizar um *pool* de recomendações ou evidências definitivas. Ao contrário, a intenção foi a de permitir algumas reflexões diante de uma situação real de aplicação do método da problematização. Tanto os artigos analisados como as hipóteses de solução apontadas merecem aprofundamento. Mesmo com as ressalvas, chama a atenção o relato dos efeitos positivos sobre a satisfação global dos estudantes de medicina com a inserção precoce em estágios rurais, que são bem propícios à preceptoria de Médicos de Família e Comunidade (MFC) atuantes no Brasil. Quanto à aplicação da metodologia da problematização na prática, os alunos apresentaram dificuldade na busca de evidências, mesmo estando há quatro anos em contato com o método, com uma frequência de ao menos duas vezes por semana, processando algo em torno de 80 problemas por semestre nos quais tinham de colocar em prática todas as etapas, incluindo a busca de evidências. Tal dificuldade de aplicação do método parece natural, pois se define de maneira formal, e, portanto, artificial, um *locus* para discutir problemas, como é caso dos momentos de tutoria. Entretanto, seria por meio de ambientes, atividades e disciplinas mais propícios para problematizar e, mais que isso, buscar soluções, que surgiria uma solução, o que terminaria por integrar de fato todo o processo de aprendizado.

A etapa de aplicação à realidade não foi cumprida plenamente, pois essa não era a intenção original. Porém, foi possível identificar pequenos ajustes necessários ao curso de medicina, os quais, mesmo não tendo sido implantados de imediato, estão disponíveis para discussão, aprofundamento e estudo de viabilidade.

A experiência de utilização das metodologias ativas mostrou como elas podem ser plenamente aplicáveis no ensino de medicina, assim como em suas interfaces com os serviços da APS. São tecnologias baratas e bem mais acessíveis do que recursos tecnológicos, que não substituem a reflexão individual e em grupo. Ficou claro que as metodologias ativas não devem estar restritas ao ensino e podem ser utilizadas de forma eficaz nas discussões de processo de trabalho e no planejamento pedagógico, em quaisquer níveis de conhecimento. Especificamente, no que diz respeito à pergunta extraída da realidade sobre a satisfação e motivação dos estudantes de medicina, os estudos mostraram os bons resultados na satisfação pessoal dos alunos e, conseqüentemente, no seu desempenho acadêmico por meio do contato com a prática profissional de qualidade desde os primeiros anos do curso de medicina e, de forma mais intensa, na inserção precoce em comunidades rurais. Foi esse o ponto que mais chamou a atenção, havendo uma aparente correlação direta entre a maior satisfação dos estudantes de medicina com o desenvolvimento de estágios rurais. Essa relação positiva ocorreu não somente nas atividades de interação comunitária, mas repercutiu em todas as demais disciplinas do curso de medicina.

Conclusão

A problematização é um método adequado para reflexões sobre a realidade, já que sistematiza reuniões e atividades que podem parecer longas e improdutivas. É essencial que sejam respeitados cada uma das etapas definidas no Arco de Magueres, pois negligenciar ou “saltar” uma ou mais etapas compromete o resultado final que é justamente o de encontrar soluções e aplicá-las à realidade. O relato dessa experiência mostra que a partir de uma reclamação recorrente de um grupo de alunos,

pode-se sistematizar um problema/pergunta. Desse modo, foi possível buscar evidências e elencar propostas de solução que, por sua vez, apontaram caminhos para evoluções do currículo do curso de medicina, não apenas referentes às atividades de interação comunitária, mas àquelas com repercussões em todo o currículo.

Referências

1. Lima VV, Komatsu RS, Padilha RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2003 Feb [acesso em 2012 Aug 18];7(12). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100021>
2. Universidade Vila Velha (UVV). Curso de Medicina [Internet]. Vila Velha (ES): Universidade Vila Velha; [atualizado em 2012 Aug 31; acesso em 2012 Sep 01]. Disponível em: <http://www.uvv.br/cursos-graduacao/69/medicina.aspx>
3. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
4. Wood DF. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning. *British Medical Journal* [Internet]. 2003 Feb [acesso em 2012 Sep 01];326:328. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>
5. Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
6. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu)* [Internet]. 1998 Feb [acesso em 2009 Dec 24];2(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>
7. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 Jun [acesso em 2009 Dec24];20(3):780-788. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>
8. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 May-Jun [acesso em 2012 Sep02];15(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
9. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte I: questões clínicas bem construídas. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2003 [acesso em 2012 Sep 02];49(4):445-449. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000400039>
10. Johnson AK, Scott CS. Relationship between early clinical exposure and first-year students' attitudes toward medical education. *Acad Med*. 1998 Apr;73(4). PMID: 9580722
11. Wilson M, Cleland J. Evidence for the acceptability and academic success of an innovative remote and rural extended placement. *Rural Remote Health* [Internet]. 2008 Jul-Sep [acesso em 2010 Oct 20];8(3):960. Disponível em <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=960>
12. Jones GI, DeWitt DE, Elliott SL. Medical students' reported barriers to training at a Rural Clinical School. *Aust J Rural Health* [Internet]. 2005 Oct [acesso em 2010 Oct20];13(5). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2005.00716.x>
13. Eley D, Baker P. Does recruitment lead to retention? Rural Clinical School training experiences and subsequent intern choices. *Rural Remote Health*[Internet].2006 Jan-Mar [acesso em 2010 Oct 20];6(1):511. Disponível em: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=511>
14. Newbury JW, Shannon S, Ryan V, Whitrow M. Development of 'rural week' for medical students: impact and quality report. *Rural Remote Health* [Internet]. 2005 Jul-Sep [acesso em 2010 Oct 20];5(3):432. Disponível em: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_432.pdf
15. Leung KK, Liu WJ, Wang WD, Chen CY. Factors affecting students' evaluation in a community service-learning program. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2007 Nov [acesso em 2010 Oct 20];12(4):475-490. <http://www.dx.doi.org/10.1007/s10459-006-9019-1>
16. Stelman JM, Cohen S, Rosenfield A. Evaluation of a one-year Masters of Public Health program for medical students between their third and fourth years. *Acad Med* [Internet]. 2008 Apr [acesso em 2010 Oct]; 83(4). <http://dx.doi.org/10.1097/01.ACM.0b013e318166af00>