RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO DE REVISÃO

Avaliação de habilidade clínicas de estudantes na Atenção Primária

Assessment of students' clinical skills in Primary Care

Victor dos Reis Cunha[1], Luiz Henrique de Oliveira Bernardino[1], Letícia de Castro Martins Ferreira[3], Sebastião Alves de Souza Filho[4], Paulo Marcondes Carvalho Junior[5]

RESUMO

Introdução: O currículo de graduação médica brasileiro estabelece o estágio obrigatório na Atenção Primária à Saúde (APS), tornando-se essencial conhecer as formas de avaliação das habilidades adquiridas. **Objetivos:** Identificar os instrumentos avaliativos de habilidades clínicas que estão sendo utilizados no cenário de APS e que contribuem para uma formação generalista. **Método:** revisão sistemática nas bases de dados PubMed, Medline, LILACS, SciELO e Portal Capes em inglês, português e espanhol, utilizando os descritores: "Clinical Competence", "Medical Student", "Primary Health Care". Foram identificados 743 artigos quantitativos e qualitativos, dos quais 40 foram selecionados para leitura completa e 24 incluídos para análise. **Resultados**: Dos 24 estudos analisados, 12 avaliam métodos com pacientes reais e outros 12 discutem avaliações com pacientes simulados. O OSCE foi o mais utilizado em cenários com pacientes simulados, enquanto para pacientes reais o *checklist*, a observação direta e o *feedback* foram mais notórios. O OSCE permite avaliação padronizada, mas é dispendioso para ser aplicado. A avaliação com paciente real não pode ser replicada integralmente, com *checklist* e observação direta sendo utilizados para mensurar as habilidades aprendidas. **Conclusão:** Os métodos avaliativos utilizados foram diversos, porém o *feedback* destaca-se como ferramenta norteadora e qualificadora para a aprendizagem e reflexão-ação da atividade implementada.

Palavras-chave: Educação médica; Atenção primária; Estágio em medicina.

[1] Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais, Brasil.

[2] Hospital Geral do Exército de Juiz de Fora, Exército Brasileiro, Minas Gerais, Brasil.

[3] Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Minas Gerais, Brasil

[4] Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[5] Instituto Educater, São Paulo, Brasil.

Editor Associado Responsável:
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte/MG, Brasil.

Autor correspondente:
Luiz Henrique de Oliveira Bernardino
Hospital Geral do Exército de Juiz de Fora, Exército Brasileiro,Minas Gerais.
E-mail: luizhbernardino00@gmail.com

Fontes apoiadoras:
Não há.

Conflito de Interesses:
Não há.

Recebido em: 25 Setembro 2025.
Aprovado em: 1 Março 2026.
Data de Publicação: 18 Agosto 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36205

ABSTRACT

Introduction The Brazilian medical undergraduate curriculum mandates a compulsory rotation in Primary Health Care (PHC), which calls for an understanding of the assessment modalities for acquired clinical competencies. **Objectives:** The study aims to identify the currently employed methods for evaluating clinical skills in the PHC setting, contributing to a comprehensive medical education. **Method:** A systematic review was conducted across PubMed, Medline, LILACS, SciELO, and Portal Capes databases, encompassing articles written in English, Portuguese, and Spanish, utilizing the following descriptors: "Clinical Competence", "Medical Student", and "Primary Health Care". 743 quantitative and qualitative studies were identified, 40 selected for full-text reading and 24 ultimately for analysis. **Results:** Among 24 analyzed studies, 12 evaluated methodologies employing real patients, and 12 others discussed evaluations involving simulated patients. OSCE was the most employed in simulated patient scenarios, while in real patient scenarios, the checklist, teacher feedback, and direct observation were noteworthy. OSCE allows standardized evaluation, but its implementation proves resource-intensive. Assessment involving actual patients cannot be fully replicated, and checklists and direct observation to mensurate the acquired skills. **Final considerations:** The evaluation methods were diverse, however, Feedback stands out as a guiding and qualifying tool for learning and reflective practice, and the refinement of implemented activities.

Keywords: Medical education; Primary care; Clerkship in medicine.

Introdução

A coordenação da formação de recursos humanos para a área de saúde está prevista na Constituição Brasileira com a criação do SUS. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para os cursos de medicina são um reflexo dessa articulação interministerial. Elas enfatizam a necessidade de as escolas médicas direcionarem esforços para a formação de profissionais generalistas, capazes de cuidar dos agravos à saúde mais frequentes da população brasileira. Elas preconizam uma maior inserção do aluno, desde os períodos iniciais do curso, em cenários de APS, entendendo serem esses cenários locais adequados para a formação do médico generalista e aptos a atuarem no SUS.

Nesses cenários o estudante pode vivenciar experiências interprofissionais, baseadas no cuidado integral do indivíduo, contextualizadas com a família e com a comunidade, reconhecendo a importância dos determinantes sociais do processo saúde-doença, exercendo uma medicina ética, pautada no cuidado centrado no indivíduo[1].

Na APS, o discente tem a oportunidade de desenvolver atividades com um olhar ampliado para as múltiplas demandas da saúde individual e coletiva; para uma medicina centrada na pessoa. não na doença; e para a coordenação do cuidado, planejando as ações através da decisão compartilhada entre médico e pessoa foco do cuidado[2-5].

Nesse contexto, são contribuições da APS para a formação do aluno: Possibilidade de desenvolvimento de habilidades para conduzir e lidar com diferentes situações da vida e seus ciclos; para atuar com pessoas dentro do real contexto social local; para o trabalho em equipes multiprofissionais, para o cuidado integral, contínuo e longitudinal, para lidar com conflitos desenvolvendo um pensamento crítico e reflexivo acerca da realidade local[3]. Para avaliar o desenvolvimento de tais habilidades pelos estudantes são necessários instrumentos avaliativos diversos[6].

Para adequação às novas diretrizes curriculares do MEC que preconizam que 35% da carga horária total do estágio seja realizada na APS, de preferência na ESF, as Faculdades de Medicina ampliaram o Estágio realizado na APS trazendo a necessidade de adquirir conhecimento sobre as principais formas de avaliação de habilidades clínicas relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a avaliação prática de habilidades clínicas do estudante de medicina é uma atividade importante no processo formativo do estudante da área de saúde, possibilita verificar a aquisição de habilidades

profissionais, detectar problemas e indicar os caminhos para solucioná-los[7,8].

Apesar de existirem diversos métodos e ferramentas de avaliação, muitos deles validados, não há estudos que listem objetivamente quais são os métodos utilizados e também falta acordo e coerência entre as instituições na escolha de suas formas de avaliação.

Diante disso, esta pesquisa objetiva identificar quais instrumentos avaliativos de habilidades clínicas estão sendo realizados no cenário de APS de forma a auxiliar com a formação generalista, crítica reflexiva de estudantes de medicina, instrumentalizando-os para a atuação na APS.

Método

Revisão sistemática seguindo as recomendações do protocolo PRISMA, registrada na Base de registro de Revisões sistemáticas PROSPERO sob o número 365350; com o propósito de responder à seguinte pergunta: "Quais são os métodos avaliativos para avaliação de habilidades clínicas de estudantes de medicina durante o estágio na Atenção Primária à Saúde?".

Os dados foram coletados no período do dia 6 ao dia 12 do mês de novembro de 2022 de artigos publicados até junho de 2022, escritos em português, inglês e espanhol nas bases de dados PubMed, Medline, LILACS, SciELO e Portal Capes.

A estratégia de busca utilizada nas bases foi: ((("Clinical Competence" OR "Clinical Competencies" OR "Clinical Competency" OR "Clinical Skill" OR "Clinical Skills") AND ("Educational Measurement" OR "Educational Assessment")) AND ("Medical Student") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare" OR "Family Health Program" OR "Family Health Strategy")).

Como critérios de inclusão foram escolhidos artigos que compreendiam estudos quantitativos e qualitativos, em que se investigava avaliação de habilidades clínicas de alunos de graduação do curso de medicina disponíveis na internet. Para os critérios de exclusão foram descartados artigos que compreendiam estudantes de outras graduações, em outras línguas e que não estavam disponíveis na internet.

Os títulos e resumos dos artigos extraídos a partir das bases de dados foram avaliados de forma independente e às cegas por dois dos pesquisadores, para essa etapa da pesquisa foi utilizado o Programa RAYYAN[9].

A partir dos artigos selecionados para leitura na íntegra, os seguintes dados foram extraídos para análise de conteúdo: autor do artigo, nome do artigo, ano de publicação, periódico em que foi publicado, DOI, método, descrição do método, resultados, se o artigo estava ou não em acordo com os objetivos da pesquisa e se a avaliação foi feita com paciente real ou simulado. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está apresentado na Figura 1.

Resultados

A avaliação inicial permitiu identificar 783 artigos, dos quais 110 foram detectados como duplicatas. Os 673 artigos foram analisados por título e resumo em pares, com cada dupla de pesquisadores responsável por avaliar de modo independente e cego 336 e 337 artigos. Foram excluídos 312 artigos, 324 apresentaram conflitos e resolvidos por consenso. Quarenta artigos tiveram o texto completo analisado. Destes,16 artigos foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão.

A análise dos 24 artigos incluídos na pesquisa mostrou que os métodos avaliativos utilizados foram diversos, porém a avaliação prática de habilidades clínicas se desenvolveu

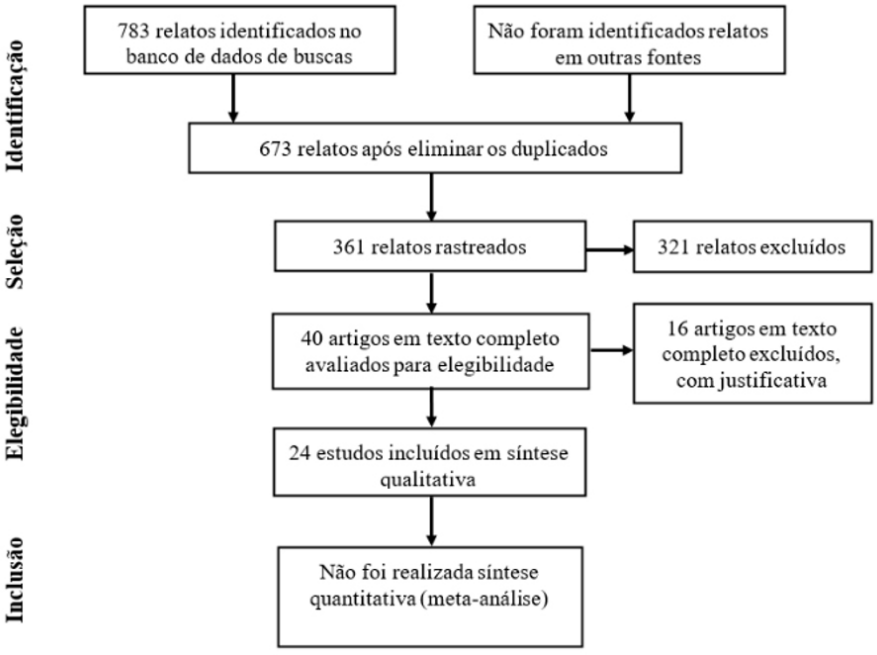

Figura 1. Diagrama de busca e seleção de estudo

em atendimentos a pacientes reais em ambientes de atenção primária à saúde (APS) e em atendimento a pacientes simulados ou situações simuladas. Dos 24 artigos selecionados, 12 deles baseiam a avaliação dos alunos a partir de pacientes simulados, sendo o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) o método mais utilizado.

Os artigos propuseram diferentes abordagens para se estudar o método OSCE e ambientes simulados. Uma delas foi justamente averiguar quais os parâmetros avaliativos deveriam ser priorizados.

Park et al. (2017)[10] utilizaram *checklist* para a avaliação e, ao realizarem uma pesquisa multicêntrica por sete escolas médicas, os autores avaliaram três componentes da consulta clínica: História, exame físico e registro clínico (prontuário). Enquanto isso, Yudkowsky et al. (2009)[11], através de questionário estruturado avaliado por pares, mensuraram cinco categorias de desempenho da consulta (entrevista e anamnese, manejo do paciente, resolução de problemas, comportamento e relacionamento com os pacientes). Um pouco mais além, Williams and Klamen (2012)[12] utilizaram o *Diagnostic Justification* (DXJ) *Ability* para a avaliação, no qual os alunos fornecem aos avaliadores uma justificativa por escrito de seu raciocínio clínico e diagnóstico e as notas foram comparadas com a avaliação de atendimento a um paciente simulado. Os autores concluíram que é mais difícil realizar avaliação pelo método DXJ do que pelo método tradicional.

Ademais, foi percebido que fatores também eram predeterminantes para a performance do aluno perante o paciente simulado. Williams et al. (2017)[13] realizaram um estudo observacional retrospectivo de avaliação de notas do OSCE comparando alunos que fizeram estágios clínicos com aqueles que não fizeram, e chegaram à conclusão de que os alunos que participaram de um estágio clínico antes da avaliação simulada apresentaram melhores resultados.

De forma semelhante, Steiner et al. (1998)[14] submeteram os alunos a um atendimento simulado de pacientes com lombalgia e avaliaram se o local de treinamento influencia no desempenho dos alunos na avaliação simulada. Mostrou-se que aqueles alunos que tinham participado do atendimento de um paciente real com lombalgia apresentaram melhor desempenho no exame físico durante a avaliação simulada.

Para aqueles que performaram abaixo da média no OSCE, Moon (2019)[15] avaliou a aplicação de um programa de aprimoramento de habilidades. Tal programa consistiu de quatro semanas de treinamento de habilidades clínicas e mostrou resultados positivos. Os alunos que participaram do programa aumentaram o desempenho em avaliações.

Buscando saber se um parâmetro subjetivo por parte dos estudantes pode predizer a performance no OSCE, Graves et al. (2017)[16] fizeram uma comparação entre um *score* objetivo (OSCE) e uma autoavaliação pelos estudantes. Primeiro, foi feita uma autoavaliação pré-OSCE e, posteriormente, uma nova avaliação pós-OSCE. Essas duas avaliações foram comparadas com o desempenho no OSCE. Foi constatado que existe pouca evidência que o aluno consiga predizer como vai se sair ou ajustar suas competências percebidas com a avaliação objetiva.

A aplicação de tecnologia na performance e avaliação também foi analisada. Chan et al. (2014)[17] compararam o uso de examinadores remotos, durante atendimentos monitorados por câmeras, e examinadores presenciais para avaliar o OSCE. O desempenho dos dois grupos foi avaliado a partir de um *checklist*, concluindo-se que ambos apresentavam resultados semelhantes.

Utilizando método de gravação também, Witheridge et al. (2019)[18] realizaram a filmagem de 21 consultas simuladas na atenção primária. As consultas foram avaliadas através de *checklists* e depois os estagiários refletiram sobre sua experiência revendo os vídeos. Os autores concluíram que o método pode ser utilizado de forma confiável para avaliar a capacidade diagnóstica dos estudantes.

Já Coyne et al. (2021)[19], por meio de uma revisão integrativa, avaliaram os modelos virtuais de simulação para aquisição de habilidades clínicas. No geral, os resultados revisados indicaram que o programa de simulação virtual realizado melhora o conhecimento, a confiança e o desempenho clínico do aluno.

Por fim, na revisão de literatura de Patrício et al. (2013)[20], foram avaliados aspectos relacionados à aplicação do OSCE, como custos, recursos e estrutura necessários entre outros, e concluíram que, apesar dos custos, o método deve ser utilizado pois é possível alcançar uma gama de objetivos e alguns benefícios são inatingíveis com outros tipos de exames.Em contrapartida, doze artigos avaliaram métodos em que foram utilizados pacientes reais. Interessante mencionar que, apesar de o objetivo primário ter sido mensurar habilidades clínicas em um ambiente real, os estudos usaram de diferentes maneiras para atingi-lo.

Bosner et al. (2017)[21], Oswald (1993)[22] e McKinley et al. (2000)[23] se propuseram a tornar a observação direta do estudante no momento da consulta como pilar do método avaliativo. A presença de um preceptor durante a consulta viabilizou a avaliação das habilidades mediante *checklist* pré-formulado, além de ser possível serem analisadas habilidades específicas como postura profissional e comunicação. No estudo de Bosner et al. (2017)[21], a consulta também permitiu que *feedbacks* fossem dados aos estudantes (90% dos *feedbacks* ocorreram durante a consulta). Oswald (1993)[22] relata que a observação direta e o *feedback* são viáveis e essenciais para o aprimoramento do ensino de habilidades clínicas.

O uso de *checklists* é amplamente difundido para predeterminar os parâmetros a serem avaliados. McKinley et al. (2000)[23] utilizaram uma versão modificada da *Leicester Assesment Package*, que avalia seis eixos de perfomance. De acordo com os pesquisadores, essa versão se demonstrou válida e viável para a avaliação formativa dos estudantes, além de ser amplamente aceita por parte dos acadêmicos, por ser considerada uma ferramenta que propõe um método avaliativo "justo". Fabiola Stollar et al. (2020)[24] utilizam-se do *Structured Real-Patient Examination* (SRPE) para avaliar estudantes em consultas pediátricas, avaliando diferentes competências (anamnese, exame físico, *problem solving* e atitude profissional). Como ponto de partida, Stollar et al. (2020)[24] submeteram alunos ao *Computer Based Written*

Examination (CBWE), que permitiu a estes tirarem maior aproveitamento durante a consulta após consolidarem seus conhecimentos teóricos. Por fim, Levy et al. (2005)[25] implicam que os *checklists* permitem resultados mais significativos na avaliação de estudantes durante o estágio rural.

Em contraste, Allan e McAller (2021)[26] utilizam o *Parallel Consulting Method*, que consiste no atendimento independente por parte do estagiário antes de discutir com seu preceptor. A análise qualitativa desse método evidenciou que os estudantes desenvolviam autonomia e aprimoramento de suas habilidades clínicas sem a presença do preceptor como avaliador direto.

Quando o observador não está presente e o caso precisa ser repassado para o preceptor, Wolpaw et al. (2009)[27] propõem o método SNAPPS para aumentar a expressão de sua autonomia, exercitando o raciocínio clínico e mostrando suas incertezas em relação aos casos estudados.

Houve estudos que abordaram instrumentos *online* para ajudar na consulta. Taylor et al. (2006)[28] indicaram o *Personal Digital Assistant*, ferramenta digital na qual os alunos são capazes de colocar em planilhas dados durante a consulta, como as afecções mais frequentes que atendem e sua epidemiologia. Outra ferramenta, o portfólio *online*, por Maria Ângela Reis Antonio[29], estrutura critérios de avaliação por meio de checklist, com o propósito de mensurar o raciocínio clínico, identificação de problemas e discussão de hipóteses diagnósticas. Adicionalmente, permite o processo reflexivo e autoavaliativo do estudante.Finalmente, Ivar Aaraas et al. (2007)[30] colocam como achado adicional de seu estudo da implementação de um modelo de avaliação com pacientes ambulatoriais o *feedback* dos pacientes. Nele, a maioria dos pacientes relatou que não houve percepção em relação ao estresse de uma consulta médica, feita por acadêmicos, do que seria feita por um médico generalista.

Discussão

O treinamento de habilidades clínicas na medicina com pacientes reais ou simulados é bastante discutido na literatura médica[8,31,32] e tomou força com a pandemia de COVID-19, onde vários campos de treinamento com pacientes reais foram suspensos ou reduziram o número de estagiários em virtude do potencial de contaminação e morte[33-35]. Para treinar habilidades de forma protegida, desenvolveram-se e ampliaram muitos os campos de simulação para treinamento. Contudo existem pesquisas que mostram que o desempenho clínico com simulação foi maior após a experiência clínica no ambulatório real[13].

As vantagens de se avaliar habilidades clínicas com o paciente real é que se avalia o estagiário na realidade concreta de trabalho. As formas de como as patologias são apresentadas pelos pacientes reais são singulares e envolvem a forma de falar, a cultura e a educação. O paciente real traz o inesperado, não se sabe o que vai acontecer, a sua demanda vai ser conhecida naquele momento da consulta e pode evoluir para um amplo diagnóstico biopsicossocial que envolve várias abordagens e também para um plano de tratamento complexo[8,23].

A análise dos artigos de avaliação com pacientes reais identificou artigos que fizeram a observação direta dos estudantes durante a consulta e correlacionaram suas diferenças e semelhanças, principalmente em relação à utilidade do *feedback* para os alunos. O uso de *checklist*s foi evidenciado principalmente em três artigos que realizaram *checklist*s "específicos" e descritivos para a avaliação[24,26,36] . Outras formas de avaliação foram descritas pelo estudo que fez o SNAPPS como método de passar o caso e as ferramentas digitais que vieram a ser utilizadas durante/pós-consulta como portfólio *online* e registro eletrônico da consulta e produção[27]. As desvantagens relacionadas à avaliação com o paciente real estão na dificuldade de replicação do mesmo caso para outros alunos, podendo ocorrer desigualdades em relação ao grau de dificuldade e habilidades para lidar com situações diferentes.

Na avaliação de habilidades clínicas com o paciente simulado, a principal vantagem consiste em que todos os alunos têm a mesma situação de avaliação. Isso aumenta a validade da avaliação. O aluno pode recorrer quantas vezes precisar e quiser para treinar as habilidades, o que ajudaria quando se deparasse com paciente real. Qualitativamente, prepara o aluno para o ambiente real e possibilita melhorar a segurança do paciente, pois o estudante vai estar mais treinado para atitudes e práticas da clínica. Possibilita ao aluno vivenciar diversas situações clínicas, amplia o raciocínio clínico para outras patologias, comorbidades e doenças crônicas interligadas. Possibilita alcançar outros objetivos que não são atingidos por outros métodos. Controla todas as variáveis da consulta[8,15,16,20,31].

As desvantagens da avaliação com o paciente simulado estão relacionadas aos custos, recursos, estrutura, disponibilidade de treinamento dos avaliadores e dos pacientes simulados. Além disso, deve-se considerar que um treinamento de estudantes somente em ambientes simulados pode ocasionar um despreparo em relação ao inusitado e inesperado da prática profissional real[8,16,31].

O exame dos artigos de avaliação com pacientes simulados mostrou muitas pesquisas que aplicaram o OSCE, suas vantagens e desvantagens na avaliação da coleta da história, exame físico e propedêutica. O prontuário escrito com a justificativa de como o aluno fez o raciocínio clínico também foi utilizado com pacientes simulados para a avaliação. Outras formas de avaliação foram descritas como a filmagem e também a observação direta dos estudantes da consulta simulada com uso de *checklist*s e a utilização de modelos virtuais de consulta[10,12,13,14,15,19,20,36,37].

Observa-se que alguns métodos avaliativos podem ser aplicados tanto com pacientes reais quanto simulados, como a consulta observada, gravada e filmada, análise do prontuário escrito justificado, portfólio, uso de *checklist* e o *feedback*.

A consulta observada diretamente é um dos métodos mais antigos e usados na avaliação. Atualmente, com os recursos tecnológicos, há também a possibilidade da consulta filmada e gravada que permite ao avaliador e ao estudante rever os processos da consulta e identificar o que precisa ser melhorado de forma síncrona ou assíncrona. Também

permite a avaliação de professores à distância e uma revisão por pares. Há de considerar os custos e benefícios. Os custos dos equipamentos, disponibilidade de profissionais, estrutura do local, uso de laboratórios e anfiteatros para este trabalho podem trazer alguns impeditivos no uso desses métodos. No paciente real há as questões éticas de aceite do paciente, consentimento esclarecido, mas o paciente pode retirar seu consentimento a qualquer momento[18].

O *checklist* é um instrumento de avaliação muito utilizado. Permite padronizar a avaliação de pontos da consulta a serem verificados. A construção do *checklist* é complexa, pode abranger pontos específicos de consulta geral ou de determinadas patologias, varia de acordo com o tipo de consulta, se é primeira vez ou retorno. Nem sempre cobre tudo da consulta. O *checklist* pode ser feito para todas as etapas das consultas e também para patologias específicas. Identifica os pontos que precisam melhorar na consulta[8].

Existe quase um consenso de que o *feedback* deve ser ofertado para todos os alunos nas avaliações. Existem algumas regras básicas de se dar o *feedback,* como o consentimento do estudante e a pactuação anterior com o aluno. Existe uma estrutura e um sentido de análise. Deve ser falado o que foi bom e o que precisa ser aperfeiçoado e formas de melhorar[21].

Os principais instrumentos avaliativos identificados pela pesquisa são referentes a habilidades clínicas de raciocínio clínico gerais que são muito importantes na prática clínica. Porém, apesar de sabermos que o raciocínio clínico é o âmago/cerne da medicina e deve ser avaliado, existem outras habilidades que também são importantes como a empatia, como você conduz o atendimento, respeito pelo paciente, as reações, humanização da consulta, habilidade da comunicação: ouvir, falar , escutar, como você interpreta, como o outro te interpreta, o letramento do paciente, avaliar a visão comunitária, vivenciar comunidade, epidemiologia do território, entender as doenças mais prevalentes e como se organizam os processos de trabalho em função dessa epidemiologia do território, que também devem ser averiguadas.

Alguns artigos estudaram a validade do estágio em APS em comunidades rurais e ambulatórios de APS em relação ao estágio em unidades hospitalares; na aquisição de habilidades médicas, verificaram que esses estágios imprimiam qualidade igual ou superior ao estágio hospitalar[37,38].

Diante de todo esse movimento em direção ao trabalho na APS, as Faculdades de Medicina de todo o país têm adaptado seus currículos e aumentando ou criando o estágio na APS. Para verificar se o estagiário adquiriu as habilidades necessárias ao trabalho na APS é fundamental avaliar as habilidades clínicas práticas na APS, o que é o escopo deste trabalho. Além de identificar os métodos mais utilizados na avaliação de habilidades clínicas na APS.

Considerações finais

Os métodos avaliativos utilizados foram diversos e esta pesquisa traz uma reflexão sobre eles à luz das potencialidades e fragilidades de se avaliar habilidades clínicas do estudante de medicina dos últimos anos do curso com pacientes reais ou simulados. O *feedback* se destacou em todas as pesquisas como ferramenta norteadora e qualificadora para o processo de aprendizagem e reflexão-ação da apreensão da atividade implementada. Tal fato contribui para instrumentalizar os docentes nas práticas avaliativas de seus estudantes em ambulatórios de APS.

Apesar de o Brasil ser protagonista nessa questão da inserção do aluno na APS, não se observaram muitos artigos publicados sobre instrumentos específicos para a avaliação de habilidades na APS brasileiros nesta pesquisa. São necessários incentivos financeiros para o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão nas Faculdades e para publicação e divulgação do trabalho, pois se tornam material de apoio a planejamento e tomadas de decisão.

Contribuição dos Autores

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita – análise e edição: VR Cunha; LHO Bernardino; LCM Ferreira; SA de Souza Filho. *Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – rascunho original*: LCM Ferreira; SA de Souza Filho. *Curadoria de Dados & Análise Formal*: PMC Carvalho Junior.

Copyright

Copyright© 2021 Cunha et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização Brasil. Pacto pela saúde: Política Nacional de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2007;3(11):157-72.
3. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG da, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011;6(19):145-50.
4. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. Rev Bras Educ Med. 2012;36(4):541-9.
5. Gusso G, Silva VPS. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 volumes. 1.ed. [s.l.]: Artmed; 2012.
6. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface (Botucatu). 2016;20(56):185-97

7. Ministério da Educação (Brasil). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014 Jun 20.

8. Tibério IFC, Daud-Gallotti RM, Troncon LE de A, Martins M de A. Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina. 1.ed. [s.l.]: Editora Atheneu; 2012.

9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a Web and Mobile App for Systematic Reviews. Syst Rev. 2016;5:210. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4.

10. Park YS, Hydery A, Heine N, May W. Validity Evidence and Scoring Guidelines for Standardized Patient Encounters and Patient Notes From a Multisite Study of Clinical Performance Examinations in Seven Medical Schools. Acad Med. 2017;92(11S):S12-S20.

11. Yudkowsky R, Otaki J, Lowenstein T, Riddle J, Nishigori H, Bordage G. A hypothesis-driven physical examination learning and assessment procedure for medical students: initial validity evidence. Med Educ. 2009;43(8):729-740.

12. Williams RG, Klamen DL. Examining the diagnostic justification abilities of fourth-year medical students. Acad Med. 2012;87(8):1008-14.

13. Williams DVH, Reid AM, Homer M. Boosting clinical performance: The impact of enhanced final year placements. Med Teach. 2017a;39(4):383-8.

14. Steiner BD, Cook RL, Smith AC, Curtis P. Does training location influence the clinical skills of medical students? Acad Med. 1998;73(4):423-6.

15. Moon SH, Myung SJ, Yoon HB, Park JB, Kim JW, Park WB. Deliberate practice as an effective remediation strategy for underperforming medical students focused on clinical skills: a prospective longitudinal study. J Korean Med Sci. 2019;34(11):e84.

16. Graves L, Lalla L, Young M. Evaluation of perceived and actual competency in a family medicine objective structured clinical examination. Can Fam Physician. 2017;63(4):e238-43.

17. Chan J, Humphrey-Murto S, Pugh DM, Su C, Wood T. The objective structured clinical examination: can physician-examiners participate from a distance? Med Educ. 2014;48(4):441-50.

18. Witheridge A, Ferns G, Scott-Smith W. Fourth-year medical students' experiences of diagnostic consultations in a simulated primary care setting. Int J Med Educ. 2019;10:163-71.

19. Coyne E, Calleja P, Forster E, Lin F. A review of virtual simulation for assessing healthcare students' clinical competency. Nurse Educ Today. 2021;96:104623

20. Patrício MF, Julião M, Fareleira F, Carneiro AV. Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? Med Teach. 2013;35(6):503-14.

21. Bosner S, Roth LM, Duncan GF, Donner-Banzhoff N. Verification and feedback for medical students: an observational study during general practice rotations. Postgrad Med J. 2017;93(1095):3-7

22. Oswald NT. Teaching clinical methods to medical students. Med Educ. 1993;27(4):351-4.

23. McKinley RK, Frases RC, van der Vleuten C, Hastings AM Frases RC, van der Vleuten C, Hastings AM. Formative assessment of the consultation performance of medical students in the setting of general practice using a modified version of the Leicester assessment package. Med Educ. 2000;34(7):573-9.

24. Stollar F, Cerutti B, Aujesky S, Nendaz M, Galetto-Lacour A, Cerutti B, Aujesky S, Nendaz M, Galetto-Lacour A. Evaluation of a best practice approach to assess undergraduate clinical skills in Paediatrics. BMC Med Educ. 2020;20(1):46.

25. Levy BT, Merchant ML. Factors associated with higher clinical skills experience of medical students on a family medicine preceptorship. Fam Med. 2005;37(5):332-40.

26. Allan R, McAller S. Parallel consulting method: student and tutor evaluation in general practice. Educ Prim Care. 2021;32(5):308-10.

27. Wolpaw T, Papp KK, Bordage G. Using SNAPPS to facilitate the expression of clinical reasoning and uncertainties: a randomized comparison group trial. Acad Med. 2009;84(4):517-24.

28. Taylor JS, Anthony D, Lavallee LK, Taylor NL. A manageable approach to integrating personal digital assistants into a family medicine clerkship. Med Teach. 2006;28(3):283-7.

29. Antonio MARGM, Santos GG, Passeri SMRR. Portfólio on-line: estratégia para melhorar o sistema de avaliação da disciplina de Atenção Integral à Saúde do curso de Medicina. Interface (Botucatu). 2020;24:e190069.

30. Aaaraas IJ, Holtedahl K, Anvik T, Bentzen N, Berg E, Fleten N, et al. Examination of final-year medical students in general practice. Scand J Prim Health Care. 2007;25(4):198-201.

31. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. Medicina (Ribeirão Preto). 2007;40(2):180-91.

32. Brandão CF, Collares C, Marin H. Realistic simulation as an educacional tool for medical students. Sci Med. 2014;24:1.

33. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS. A pandemia da Covid-19: repercussões do ensino remoto na formação médica. Rev Bras Educ Med. 2020;44(4):e114.

34. Freitas CA, Arruda GFA, Arruda GCFA, Feitosa AF. Estudantes de Medicina no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no Brasil: reflexões éticas. Rev Bras Educ Med. 2021;45(1):e036.

35. Coelho BM, Meira EB, Araújo LS, Araújo PTF, Tenisi SS, Santos ACSR, et al. O impacto da pandemia da Covid-19 na formação médica: uma revisão integrativa. Rev Iberoam Humanid Cienc Educ. 2022;7 (12):522-45.

36. Öhman E, Alinaghizadeh H, Kaila P, Hult H, Nilsson GH. Salminen H. Adaptation and validation of the instrument Clinical Learning Environment and Supervision for medical students in primary health care. BMC Med Educ. 2016;16(1):308.

37. Brooks KD, Acton RD, Hemesath K, Schmitz CC. Surgical skills acquisition: performance of students trained in a rural longitudinal integrated clerkship and those from a traditional block clerkship on a standardized examination using simulated patients. J Surg Educ. 2014;71(2):246-53.

38. Masters PA, Nester C. A study of primary care teaching comparing academic and community-based settings. J Gen Intern Med. 2001;16(1):9-1.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.