

Ensino de pediatria e puericultura no curso médico: cenários de prática em discussão

Teaching pediatrics and child care in medical courses: discussing practical scenarios

Rosana Fiorini Puccini^{1,2} 

rpuccini@unifesp.br

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro^{2,3} 

acaribeirong@gmail.com

Angélica Maria Bicudo^{2,4} 

angelicabicudo@gmail.com

Rosana Alves^{2,5,6} 

rosana.alves@faesa.br

Silvia Wanick Sarinho^{2,7} 

silvia.sarinho@ufpe.br

Suzy Santana Cavalcante^{2,8} 

suzysc@ufba.br

Maria Wany Louzada Strufaldi¹ 

maria.wany@unifesp.br

Fabiola Isabel Suano de Souza^{1,9} 

suano.souza@unifesp.br

RESUMO

Introdução: A integralidade da atenção à saúde da criança constitui diretriz para o ensino de pediatria, sendo essenciais as atividades práticas em todos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo descrever carga horária, cenários de práticas e preceptoria utilizados no ensino da saúde da criança e do adolescente.

Método: Trata-se de um estudo transversal, com aplicação de questionário constituído por 43 questões objetivas e duas questões abertas, encaminhado por meio de formulário eletrônico para 247 escolas médicas do país que contavam com pelo menos uma turma formada em 2019.

Resultado: Responderam ao questionário 37 (14,97%) escolas médicas, sendo 16 públicas e 21 privadas de 14 estados da Federação e das cinco regiões. Verificou-se mediana de 940,5 horas direcionadas à saúde da criança e do adolescente, equivalente a 11% da carga horária total dos cursos; 13 escolas apresentaram inserção de temas de saúde da criança desde o primeiro ano, e a maioria (75,8%), a partir do terceiro ano. Atividades práticas predominaram no internato: 87,5% (quinto ano) e 88,8% (sexto ano). Os cenários incluíram unidades básicas de saúde, comunidade, ambulatórios de pediatria geral e especializados, unidades de internação, serviços de neonatologia, urgência e emergência e laboratórios de habilidades e simulação. Foi referido que o ensino de puericultura é desenvolvido em ambulatórios de pediatria geral (32 escolas) e em unidades básicas de saúde dos municípios (32 escolas), estas consideradas essenciais para formação. Docentes pediatras desenvolvem preceptoria na maioria dos cenários de práticas; pediatras da instituição de ensino ou do sistema local de saúde estão mais presentes em unidades de internação (70,3% e 54,0%, respectivamente) e ambulatórios especializados (54,0% e 35,1%, respectivamente).

Conclusão: Com participação de 37 escolas médicas, este estudo apresenta limitações para generalizações sobre o ensino no país. Neste estudo observou-se que o ensino sobre saúde da criança e do adolescente desenvolve-se em todos níveis de atenção à saúde, visando à integralidade, sendo destinados em média 11% da carga horária total do curso para esse ensino. Houve predominância de docentes e médicos pediatras na preceptoria, e a puericultura permaneceu como componente relevante na atenção básica, sendo apontados desafios para manutenção desse cenário de práticas.

Palavras-chave: Educação Médica; Pediatria; Currículo.

ABSTRACT

Introduction: Comprehensive child health care is a guideline in pediatric teaching, and it is essential to develop practical activities considering all levels of health care in the Unified Health System.

Objectives: To describe the hours involved, practice scenarios and preceptorship in pediatric and childcare teaching in medical schools.

Method: A cross-sectional study using a questionnaire with 43 objectives and two open questions, sent by electronic forms to medical schools across the country that had already graduated at least one class in 2019.

Results: 37 (14.97%) medical schools with at least one graduated class answered the questionnaire (16 public and 21 private schools) from 14 states in the five regions of the country. A median of 940.5 hours was found for the teaching of pediatrics, equivalent to 11% of the total medical course; 13 schools included child health topics since the first year and the majority (75.8%) from the third year onwards. Practical activities predominated in the internship: 87.5% (5th year) and 88.8% (6th year). The used settings include primary health care, general and specialty pediatric outpatient clinics, inpatient units, neonatology units, emergency services and simulation laboratories. It was reported that childcare teaching is carried out in general pediatric outpatient clinics (32 schools) and basic community health units (32 schools), with an emphasis on primary care as the essential setting for teaching childcare. Pediatric teachers provide preceptorship in all practice settings; non-teaching pediatricians from the medical institution or the local health system are more present in inpatient units (70.3% and 54.0%, respectively) and specialty outpatient clinics (54.0% and 35.1%, respectively).

Conclusions: With the participation of 37 medical schools, this study has limitations for the generalizations about teaching in the country. Pediatric teaching is carried out in practice environments at all levels of care, demonstrating the importance of comprehensive child and adolescent health care, with an average of 11% of the course total workload allocated to this teaching. The predominant participation of pediatricians as teachers was observed. The learning of childcare has remained a relevant component of pediatric training and its development is significant in primary care, although there are challenges to preserving this practice setting.

Keywords: Education, medical; Pediatrics; Curriculum.

¹ Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

⁴ Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

⁵ Cento Universitário Faesa, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

⁶ Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

⁷ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

⁸ Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

⁹ Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz. | Editora associada: Daniela Chiesa.

Recebido em 20/03/23; Aceito em 19/05/24. | Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A constituição formal da pediatria como especialidade em nosso país ocorreu em 1881, com a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, por iniciativa de Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. A criação da cadeira de Clínica de Moléstias de Crianças na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1882, quase 80 anos após o início dos primeiros cursos de Medicina no Brasil, também resulta da expressiva atuação de Moncorvo de Figueiredo^{1,2}. Além dos fortes argumentos referentes às especificidades das doenças e da assistência à criança, que exigiam formação específica, e à necessidade de uma atenção voltada às orientações sobre higiene para famílias pobres diante da crescente urbanização daquele período, Moncorvo de Figueiredo enfatizava a importância da policlínica para o ensino e a produção de conhecimento, ressaltando que esse tipo de atendimento apresentaria maior potencial de diversidade de casos, quando comparada às unidades de internação das Santas Casas de Misericórdia. Moncorvo considerava que essas unidades de internação eram insuficientes e limitadas para a formação, com poucos leitos para crianças, casos muito graves e, ainda, com restrições que comprometiam a autonomia e dificultavam o desenvolvimento do ensino e de pesquisas^{3,4}.

Como parte desse processo, no final do século XIX, foi criada a cátedra de pediatria na escola médica da Bahia, e essa foi a tendência nas demais instituições do país instaladas no decorrer do século seguinte, com diferentes denominações – clínica de crianças, pediatria médico-cirúrgica, puericultura e pediatria, e medicina integral da criança. Independentemente da denominação, prevaleceu a concepção de que se tratava de uma grande área da medicina e não uma especialidade^{5,6}. Diretriz de igual importância, estabelecida na organização dos cursos, foi que as atividades deveriam proporcionar uma visão integral da criança, em seus contextos familiar, social e cultural, incluindo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação e cuidado, sendo necessária, portanto, uma diversidade dos cenários de práticas⁶⁻⁹.

Ainda que tenha sido identificada grande heterogeneidade na organização dos cursos na América Latina, em trabalho realizado nos anos 2000 pela Organização Pan-Americana da Saúde¹⁰, no Brasil, experiências e estudos sobre o ensino de pediatria na graduação têm apontado que a maioria das escolas tem incluído atividades práticas de assistência à criança e de puericultura, sobretudo em unidades básicas de saúde, estabelecendo o conceito de integralidade da atenção como diretriz na organização das atividades. Parte delas tem atuado, também, em cenários de práticas vinculados às unidades básicas de saúde, como escolas, creches, domicílios e equipamentos da comunidade¹¹⁻¹⁵.

É importante ressaltar que a histórica contribuição da pediatria nos serviços públicos de saúde, seu papel na elaboração de políticas públicas, sua abertura à incorporação de conceitos e preocupações do campo da saúde coletiva, em especial no que concerne ao princípio da integralidade na atenção à saúde, revelam que a pediatria se antecipou à discussão e às ações e normativas oficiais de mudanças curriculares que buscam romper com a fragmentação da atenção à saúde e do ensino médico¹⁶⁻¹⁸. Os programas interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde^{19,20}, nos anos 2000, impulsionaram a inclusão das atividades práticas de ensino na rede de serviços de saúde, a aproximação com a comunidade e o trabalho em equipe, fortalecendo e aprimorando o processo e as iniciativas já existentes da pediatria.

Em documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)²¹, resultante de oficina que contou com ampla participação, incluindo representantes da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), definiram-se as competências necessárias para a área da pediatria, as quais foram classificadas segundo as seguintes categorias: cuidado com o paciente, conhecimento médico, habilidades de comunicação interpessoal, profissionalismo, aprendizado e aprimoramento baseados na prática e prática baseada no sistema de saúde. Entre as competências relacionadas ao cuidado com o paciente, são destacadas a puericultura e as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, imunização, nutrição, saúde bucal, atividade física e prevenção de injúrias físicas por causas externas. O mesmo documento aborda, também, a carga horária percentual mínima de pediatria em relação ao total do curso e enfatiza que, para o desenvolvimento das competências estabelecidas, são necessárias atividades práticas em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo atenção básica, com supervisão realizada por pediatra, considerando a complexidade das demandas e necessidades em saúde da criança e do adolescente na contemporaneidade, o que já estava previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)^{17,18}. A unidade básica de saúde é cenário não exclusivo, porém essencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e uma puericultura renovada. Tem o potencial de viabilizar ações ampliadas no território e nos equipamentos a ela vinculados, com destaque a escolas, creches e organizações da comunidade.

O ensino da puericultura constitui grande desafio para a atualidade, e muitas discussões sobre seu papel na contemporaneidade e em nosso país têm sido objeto de reflexões e estudos. Na sua origem, a puericultura não reconhecia a diversidade social e cultural das crianças e de suas famílias, predominando uma visão de controle do Estado

e normalizador das condutas das pessoas. As significativas mudanças em nossa sociedade, com destaque à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente, evidenciaram a necessidade de atualização de seu conceito, visando atender às novas demandas no contexto da saúde como direito e no reconhecimento da criança como sujeito ativo do cuidado, firmando-se com caráter científico, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, em parceria com as famílias e comunidades²²⁻²⁴.

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc)²⁵ reafirma o conceito da integralidade, ressalta a importância de vínculos bem estabelecidos entre criança, cuidador/família e profissional, e a corresponsabilização como um dos princípios fundamentais dessa abordagem, enfatizando a atenção básica à saúde como essencial e responsável pela gestão do cuidado. A condução dessa política, segundo os princípios estabelecidos, reforça a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde e a inclusão da atenção básica como cenário de práticas para formação na graduação e residência médica em pediatria.

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF)^{26,27}, como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a qual não prevê o pediatra na equipe, trouxe questões e desafios para a atuação desse profissional nesse nível de atenção. Como decorrência, o ensino de pediatria na graduação do curso médico e na residência médica de pediatria com a participação direta do pediatra no processo de ensino-aprendizagem tem encontrado dificuldades para sua operacionalização nesse nível de atenção. A atuação do pediatra limitada ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é apontada como um caminho possível, com pontos positivos, porém também com limitações²⁸, as quais impactam a prática pediátrica e a formação que era anteriormente desenvolvida na atenção básica.

Soma-se a esse quadro grande ampliação do número de escolas médicas ocorrida nos últimos anos, em parte decorrente de políticas de incentivo à criação delas, resultando em crescente demanda por cenários de práticas, notadamente aqueles da atenção básica e de hospitais gerais (www.escolasmedicas.com.br), considerando que a maioria das novas escolas não possui hospital de ensino ou outros equipamentos de saúde sob sua gestão com essa finalidade²⁹.

Assim, considerando o contexto do ensino médico no Brasil e de mudanças na organização dos serviços de saúde, este estudo teve como objetivo descrever o ensino sobre saúde da criança e do adolescente, em relação à carga horária, aos cenários de práticas utilizados e à preceptoria ou supervisão docente, com destaque às atividades na atenção básica em saúde.

MÉTODO

Este estudo foi realizado pela coordenação de graduação da SBP como parte das atividades desenvolvidas no período de 2018 a 2022. Trata-se de estudo transversal descritivo que considerou escolas médicas de todas as regiões do Brasil que apresentassem pelo menos uma turma já concluída até o primeiro semestre de 2019 e que tivessem iniciado o curso até o primeiro semestre de 2014. Foram contatadas todas as escolas que preenchiam esse requisito por meio dos sítios da Abem, das universidades/instituições de ensino e, ainda, por contatos obtidos por meio das afiliadas estaduais da SBP. O questionário encaminhado às escolas, no formato do Google Forms, ficou disponível para preenchimento em dois momentos – de setembro a dezembro de 2018 (quando se incluíram as escolas que haviam iniciado o curso até 2012 e tivessem uma turma concluída no decorrer de 2017) e, posteriormente, de agosto a outubro de 2019, quando o questionário foi reapresentado para todas as escolas com o propósito de ampliar a adesão delas; incluíram-se ainda as escolas que haviam iniciado o curso até primeiro semestre de 2014. Segundo o sítio www.escolasmedicas.com.br consultado nos períodos de coleta de dados, 209 escolas médicas haviam iniciado o curso até o ano de 2012, e 247 escolas, até o primeiro semestre de 2014, e, portanto, esse foi considerado o universo de escolas para a pesquisa. Por meio de *e-mail*, encaminharam-se para 247 instituições: questionário, síntese do projeto de pesquisa, carta da SBP e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário foi preenchido pelo coordenador ou membro da comissão do curso médico, representante do núcleo docente estruturante ou representante equivalente que tivesse conhecimento sobre detalhes do projeto pedagógico do curso médico.

O questionário foi constituído por 43 questões organizadas em cinco blocos:

- Bloco 1: Identificação geral da escola médica, com questões referentes à natureza jurídica da escola, ao ano de criação, ao número de vagas/ano e à localização (município e estado).
- Bloco 2: Ensino sobre a saúde da criança e do adolescente, com questões referentes ao tempo de duração do curso, à carga horária de ensino sobre a saúde da criança e do adolescente, aos métodos de ensino-aprendizagem e aos cenários de práticas.
- Bloco 3: Atuação docente e de profissionais no ensino sobre a saúde da criança e do adolescente, com questões referentes ao perfil dos profissionais que atuam no ensino e aos vínculos deles com as instituições de ensino e os serviços de saúde.
- Bloco 4: Ensino de puericultura, com questões referentes aos cenários de práticas, às metodologias

de ensino-aprendizagem, ao pessoal envolvido no ensino e à supervisão da atividade prática.

- Bloco 5: Temas emergentes, incluídas questões referentes à abordagem de temas contemporâneos relacionados à saúde da criança e do adolescente. O questionário continha, também, duas questões abertas: "Cite os principais avanços do ensino sobre a saúde da criança e do adolescente em sua instituição" e "Cite os principais desafios do ensino sobre a saúde da criança e do adolescente em sua instituição".

Os dados obtidos por meio do questionário foram importados da planilha gerada pelo Google Forms para o pacote estatístico SPSS 25.0 IBM®. Os resultados foram apresentados na forma descritiva, com número absoluto para as variáveis qualitativas e como mediana (mínima e máxima) para as quantitativas. Em relação às questões abertas, foram organizadas e classificadas por similaridade de respostas, após a leitura delas.

Em relação aos aspectos éticos, os respondentes confirmaram o aceite de participação na pesquisa, após leitura do TCLE que constitui a primeira parte do instrumento de coleta de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/Unifesp): Parecer nº 0897/2018.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 37 (14,97%) escolas médicas, sendo 16 públicas e 21 privadas. A mediana do tempo de criação dessas escolas foi de 19 (6; 212) anos, e houve diferença quanto à natureza pública ou privada, 59,8 e 24,05 anos, respectivamente ($p = 0,02$); a mediana de número de vagas oferecidas para ingressantes foi 110 (40; 298); as escolas eram procedentes de 14 estados da Federação: Alagoas – uma, Bahia – uma, Ceará – uma, Espírito Santo – duas, Goiás – uma, Minas Gerais – sete, Mato Grosso do Sul – uma, Pará – uma,

Paraná – quatro, Rio de Janeiro – uma, Rio Grande do Norte – uma, Rio Grande do Sul – três, Santa Catarina – três e São Paulo – dez, das cinco regiões do país: Centro-Oeste – duas (9,5%), Nordeste – quatro (10,8%), Norte – uma (2,7%), Sudeste – 20 (54,1%) e Sul – dez (27,0%).

Do total da carga horária dos cursos, cuja mediana foi de 8.540 horas (entre 7.360 e 10.870), verificou-se que 940,5 horas (entre 92 e 2.540) são direcionadas ao ensino de pediatria, equivalente a 11%; não se observou diferença entre as escolas públicas e privadas tanto quanto à duração do curso – $8675,25 \pm 1029,37$ horas e $8612,33 \pm 887,45$ horas, respectivamente, como em relação à carga horária destinada ao ensino de pediatria – $833,57 \pm 445,93$ e $607,37 \pm 326,43$, respectivamente; 13 escolas apresentavam a inserção de temas de saúde da criança desde o primeiro ano do curso, e a maioria, a partir do terceiro ano. Na Tabela 1, encontram-se detalhadas as cargas horárias relacionadas aos temas de saúde da criança e do adolescente, segundo componentes teórico e prático, notando-se grande variabilidade entre elas. Nos primeiros anos, a carga horária é menor, e a mediana do percentual de carga horária teórica observada foi de 50%. Já no internato (quinto e sexto anos), houve predominância de atividades práticas (87,5% e 88,8%, respectivamente).

Na Tabela 2, apresentam-se os cenários utilizados para o desenvolvimento do ensino da saúde da criança e do adolescente. Como as respostas não são excludentes, um ou mais cenários foram citados para cada um dos anos. A sala de aula foi referida em todos os anos do curso, assim como as unidades básicas de saúde, o ambulatório de pediatria geral e as unidades de internação, e os cenários de práticas assistenciais foram referidos com maior frequência a partir do terceiro ano. As unidades de internação hospitalares constituem importante cenário nas séries ou nos anos correspondentes ao internato, assim como a neonatologia e os serviços de urgência. Além dos cenários de ensino-aprendizagem citados, ainda na Tabela 2,

Tabela 1. Mediana (mínima e máxima) do percentual da carga horária de ensino de saúde da criança e do adolescente no curso médico total (teórico e prático) do primeiro ao sexto ano. Escolas médicas ($n = 37$) – Brasil, 2018-2019.

Ensino de saúde da criança por ano do curso médico	Porcentagem em relação à carga horária do curso	%	
		Teórico	Prático
Primeiro	3,7 (1,4-50)	50 (31,8-100)	50 (20,0-100,0)
Segundo	11,2 (4,5-22,5)	50 (28,6-100)	50 (25,0-71,0)
Terceiro	9,6 (1,4-100)	50 (14,3-100)	50 (18,2-100)
Quarto	12,4 (4,2-33,3)	38,0 (10,0-100)	61,9 (11,1-100)
Quinto	30,9 (15,3-67,8)	12,5 (4,8-100)	87,5 (37,5-100)
Sexto	32,2 (11,3-67,3)	11,1 (1,2-50,0)	88,8 (50,0-100)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

percebe-se que houve também participação dos ambulatórios especializados nas atividades práticas do internato. As atividades de extensão realizadas com a comunidade são desenvolvidas em todos os anos do curso, incluindo o internato. Observou-se, também, que nem todas as escolas desenvolvem atividades de ensino sobre saúde da criança e do adolescente nos dois anos do internato, já que 34 escolas referiram ensino de pediatria no quinto ano e 29 escolas no sexto. Os laboratórios de habilidades e simulação foram citados em todos os anos do curso, principalmente a partir do quarto ano, revelando sua importância na atualidade. Na

Tabela 3, verifica-se que os pediatras docentes desenvolvem preceptoria em todos cenários de prática, e apenas três escolas não relataram a presença do docente pediatra em unidades de urgência e emergência; os pediatras da instituição de ensino não docentes ou vinculados ao sistema local de saúde estão mais presentes em unidades de internação (70,3% e 45,9%, respectivamente) e nos ambulatórios especializados (56,7% e 32,4%, respectivamente). Em atividades teóricas, de simulação e metodologias ativas, há maior presença de docentes não pediatras (45,9%) em comparação com demais cenários de práticas.

Tabela 2. Cenários utilizados para as atividades de ensino de saúde da criança e adolescente, segundo ano do curso. Escolas médicas (n = 37) – Brasil, 2018-2019.

Cenários**	Número de escolas com atividades por ano do curso médico											
	1º ano (n = 13)	%	2º ano (n = 19)	%	3º ano (n = 28)	%	4º ano (n = 30)	%	5º ano (n = 34)	%	6º ano (n = 29)	%
Salas de aula	11	84,6	19	100,0	25	89,2	30	100	30	88,2	29	100,0
Laboratório de habilidades/ simulação	6	46,1	14	73,7	13	46,4	21	70,0	24	70,6	20	68,9
Laboratório de informática	3	23,1	2	10,5	3	10,7	3	10,0	6	17,6	3	10,3
UBS* município	7	53,8	8	42,1	13	46,4	19	63,3	26	76,5	16	55,2
UBS* ou centro de saúde da instituição	3	23,1	2	10,5	8	28,6	5	16,7	13	38,2	9	31,0
Ambulatório de pediatria geral	1	7,7	5	26,3	13	46,4	20	66,7	30	88,2	21	72,4
Ambulatório de especialidades	1	7,7	-	-	7	25,0	4	13,3	24	70,6	25	86,2
Hospital (unidade de internação)	3	23,1	8	42,1	13	46,4	10	33,3	27	79,4	29	100,0
Pronto-socorro	1	7,7	1	5,3	5	17,8	5	16,7	23	67,6	29	100,0
Unidade de neonatologia	2	15,4	3	15,8	11	39,3	11	36,7	30	88,2	25	86,2
Extensão com a comunidade	3	23,1	9	47,4	6	21,4	8	26,6	11	32,3	10	34,5

* UBS = unidade básica de saúde. **As opções de cenários não são excludentes.

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 3. Profissionais responsáveis pelo ensino de temas relacionados à saúde da criança e do adolescente. Escolas médicas (n = 37) – Brasil, 2018-2019.

	Atividades teóricas, simulação, TBL*, PBL**, habilidades e simulação (N e %)	Atividades práticas ambulatoriais (UBS e atenção básica) (N e %)	Atividades práticas de urgência/ emergência (N e %)	Atividades práticas de internação (N e %)	Atividades práticas em ambulatórios especializados (N e %)
Pediatras docentes contratados pela instituição de ensino	37 (100,0)	37 (100,0)	34 (92,0)	37 (100,0)	37 (100,0)
Pediatras contratados pela instituição de ensino	18 (48,6)	18 (48,6)	18 (48,6)	26 (70,3)	21 (56,7)
Pediatras contratados pelo sistema de saúde local	7 (18,9)	13 (35,1)	17 (45,9)	17 (45,9)	12 (32,4)
Médicos docentes (não pediatras) contratados pela instituição de ensino	17 (45,9)	8 (21,6)	4 (10,8)	0 (0,0)	2 (5,4)

Continua...

Tabela 3. Continuação.

	Atividades teóricas, simulação, TBL*, PBL**, habilidades e simulação (N e %)	Atividades práticas ambulatoriais (UBS e atenção básica) (N e %)	Atividades práticas de urgência/emergência (N e %)	Atividades práticas de internação (N e %)	Atividades práticas em ambulatórios especializados (N e %)
Médicos não pediatras contratados pela instituição de ensino	3 (8,1)	7 (18,9)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (2,7)
Médicos não pediatras contratados pelo sistema de saúde local	2 (5,4)	3 (8,1)	4 (10,8)	0 (0,0)	1 (2,7)
Outros profissionais de saúde docentes contratados pela instituição de ensino	13 (35,1)	7 (18,9)	2 (5,4)	3 (8,1)	1 (2,7)
Outros profissionais de saúde contratados pelo sistema de saúde local	0 (0,0)	1 (2,7)	2 (5,4)	1 (2,7)	1 (2,7)

*TBL: *team based learning* ou aprendizagem baseada em equipes; ** PBL: *problem based learning* ou aprendizagem baseada em problemas.
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Gráfico 1. Cenários de práticas de ensino de puericultura. Escolas médicas (n = 37) – Brasil, 2018-2019.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Em relação especificamente ao ensino da puericultura, verificou-se que é ministrado em todos anos dos cursos, predominando no terceiro, quarto e quinto anos: primeiro ano – seis escolas, segundo ano – 17 escolas, terceiro ano – 23 escolas, quarto ano – 27 escolas, quinto ano – 28 escolas e sexto ano – 20 escolas. Em relação aos cenários de práticas onde esse ensino ocorre, verificou-se que o ambulatório de pediatria geral e as unidades básicas de saúde dos municípios são os cenários mais frequentemente citados (Gráfico 1).

Sobre a inserção de novos temas e estratégias de ensino-aprendizagem relacionados à saúde da criança e do adolescente, constatou-se que a maioria das escolas participantes do estudo tem buscado incorporar temas da atualidade e diversificar as atividades para além da consulta médica, considerando, também, equipamentos do território no qual se insere a unidade básica de saúde, revelando a percepção das mudanças epidemiológicas da população pediátrica e a valorização delas para a formação médica (Tabela 4).

Tabela 4. Temas e metodologias de ensino-aprendizagem para o ensino sobre saúde da criança e do adolescente. Escolas médicas (n = 37) – Brasil, 2018-2019.

Temas	N (%)
Segurança do paciente	36 (97,3)
Relação médico-paciente	37 (100)
Semiologia específica da criança e do adolescente	37 (100)
Cuidados paliativos em pediatria	21 (56,7)
Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis	36 (97,3)
Abuso de álcool e drogas ilícitas	35 (94,6)
Impacto das mídias sociais	32 (86,5)
Integralidade da atenção à criança (SUS)	37 (100)
Visitas domiciliares	21 (56,7)
Atividade planejada com outros profissionais de saúde	30 (81,1)
Identidade de gênero e orientação sexual	25 (67,6)

Fonte: Elaborada pelas autoras.

As perguntas abertas versaram sobre avanços e desafios reconhecidos pelos participantes do estudo nos processos de mudanças curriculares, e obtiveram-se respostas predominantemente complementares e não divergentes.

A seguir, são apresentados os principais pontos referentes à pergunta sobre os avanços observados nas respectivas instituições.

- *Atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde:* identificou-se como avanço o desenvolvimento de atividades nos diferentes níveis de atenção, com destaque à atenção básica, a qual favoreceu o ensino sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, trabalho em equipe multidisciplinar, bem como maior aproximação da realidade e do contexto em que vivem a criança e sua família.
- *Importância do desenvolvimento docente e do curso e estímulo a eles:* houve o reconhecimento de que as mudanças curriculares e a construção dos novos projetos políticos pedagógicos constituíram estímulo ao desenvolvimento docente, visando à atuação dos professores nos novos cenários e à apropriação de conceitos sobre saúde ampliada e integralidade da atenção.
- *Fortalecimento da articulação da relação ensino-serviço de saúde:* houve um reconhecimento de que as mudanças curriculares favoreceram a integração ensino-serviços de saúde, com abordagem geral da pediatria.

Em relação à pergunta sobre os desafios, seguem os principais pontos referidos pelos respondentes.

- *Ampliação de cenários interprofissionais de ensino e abordagem de temas emergentes:* foi destacada a necessidade de inclusão nos currículos de temas atuais e complexos que exigem uma abordagem e construção de cenários para atuação interprofissional e interdisciplinar.
- *Adequação da estrutura e do espaço físico nas unidades básicas de saúde e articulação entre instituições de ensino e rede de serviços:* os respondentes destacaram insuficiência de cenários de práticas nesse nível de atenção, inadequação das estruturas para o atendimento e para o ensino, além de instabilidade, gerando descontinuidade das ações e frustração no planejamento das atividades.
- *Suficiência e qualidade dos serviços de atenção à saúde da criança:* foram citadas dificuldades no ensino da pediatria, em especial da puericultura, nesse nível de atenção, sobretudo quando o modelo assistencial adotado é a ESF, sem inserção

do pediatra na equipe. As possíveis ações, visando à superação dessas dificuldades, apontaram diferentes caminhos. Há observações que propõem educação permanente para os profissionais da ESF, entretanto predominaram afirmações que consideram que esse atendimento e o ensino da prática em saúde da criança devem ser realizados por pediatras.

- *Preceptoría adequada em cenários ambulatoriais e unidades básicas de saúde:* identificaram-se dificuldades para estimular a preceptoría de docentes e profissionais nesses cenários, sendo esse um fator limitante para a ampliação de atividades ambulatoriais, sobretudo extra-hospitalares.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo trouxeram informações que podem contribuir para compreensão e reflexão sobre o ensino da saúde da criança e do adolescente. Em relação à carga horária de pediatria, constatou-se que as escolas médicas deste estudo destinam em média 11% da carga horária total do curso, superando os 10% propostos pela SBP²¹, entretanto observa-se grande variabilidade entre escolas. Esse resultado foi semelhante ao encontrado em pesquisas que utilizaram informações dos sítios oficiais das instituições de ensino superior e que consideraram o universo de escolas médicas do país. Del Ciampo et al.³⁰ analisaram dados de 126 cursos médicos existentes em 2008 e que já haviam formado pelo menos uma turma de estudantes, e constatou-se que a carga horária média das disciplinas de pediatria correspondia a 876,8 horas, equivalendo a 10,06% da carga horária total do curso médico. Campos et al.³¹ analisaram as informações de 294 escolas médicas existentes no ano de 2017 utilizando-se da mesma metodologia. Esses autores incluíram no estudo 151 escolas (51,4%) que continham informações sobre a carga horária total do curso e a de pediatria, e verificaram que a média da proporção entre carga horária de pediatria e do curso foi de 9,7% (DP = 2,2). Outros estudos, abrangendo estados ou regiões, como os de Veiga et al.¹⁵, que analisaram 16 escolas médicas do estado do Rio de Janeiro, e de Silva et al.³², que analisaram seis escolas de Recife e região metropolitana, encontraram dados semelhantes em relação à duração do curso e à proporção da carga horária de pediatria.

Em nosso estudo, temas sobre saúde da criança e do adolescente no primeiro ano do curso foram referidos por apenas 13 escolas, predominando a inserção desses temas a partir do terceiro ano. As atividades práticas concentraram-se no internato em unidades de internação, em serviços de urgência e emergência, neonatologia e, também, em ambulatórios

de pediatria geral, de especialidades e em unidades básicas de saúde, constatando-se que parte das escolas não cumpre com a porcentagem mínima de 80% de atividades práticas no internato, conforme preconizado pelas DCN^{17,18}. O estudo de Campos et al.³¹, de abrangência nacional, mostrou que 44,4% das escolas iniciavam o ensino de pediatria no quarto ano e 41,7% no terceiro, e poucas ofertavam atividades práticas de forma longitudinal durante os quatro anos antes do internato, o que também foi observado no estudo das escolas do Rio de Janeiro¹⁵. Contudo, em estudo mais recente de abrangência regional, realizado por Silva et al.³², verificou-se que maioria das escolas desenvolvia atividades de ensino voltado à saúde da criança e do adolescente desde o primeiro ano do curso, possivelmente devido à crescente aceitação e adesão às metodologias que favoreceram a inserção dos estudantes nos anos iniciais do curso aos locais de prática.

Em relação aos cenários de práticas, nas 37 escolas participantes, verificou-se diversificação deles, sobretudo a partir do terceiro ano do curso. Esses achados coincidem com os estudos de escolas do Rio de Janeiro¹⁵ e de Recife³², nos quais se observou que as atividades práticas voltadas à saúde da criança são desenvolvidas em serviços ambulatoriais, atenção básica, unidades de internação hospitalar, urgência e emergência e neonatologia, e que essa inserção ocorre, principalmente, a partir do terceiro ano de graduação.

A diversificação dos cenários de práticas para o ensino da graduação é ressaltada por autores de outros países e em diferentes modelos de sistemas de saúde, em especial a necessidade de ampliar a atuação em ambulatórios de serviços próprios universitários ou serviços externos por meio de parcerias³³. Ao mesmo tempo que é reconhecido como essencial para a formação, a fim de que os discentes possam adquirir competências para lidar com a criança, com o adolescente e seus cuidadores, o ensino no ambulatório é também considerado um grande desafio para esses autores³³⁻³⁵. Avanços nas práticas médicas ao longo das últimas décadas, particularmente no domínio dos recursos diagnósticos e terapêuticos, resultaram numa nova e significativa transformação na medicina. Tem-se verificado uma redução progressiva do número e da duração das internações em consequência dessa evolução, bem como alterações nos perfis dos pacientes hospitalizados. Nas unidades de internação, observa-se maior presença de pacientes crônicos com doenças complexas³⁶. Vários autores argumentam que o ensino clínico nas universidades deve ser mais direcionado para os ambulatórios e que a educação centrada em unidades de internação seria limitada e insuficiente para alcançar uma educação médica completa³⁷. Em nosso país, as DCN^{17,18} também estabelecem a importância de um ensino nos cursos médicos e nas demais profissões de saúde que inclua toda

rede de complexidade do SUS, com destaque à atenção básica, considerando o modelo implementado.

Observou-se que, em nosso estudo, os serviços ambulatoriais e na atenção básica foram os cenários mais frequentemente citados, demonstrando que há consonância com a tendência de outros países, em grande parte impulsionada pelas DCN. Entretanto, a concretização e consolidação dessas atividades foram também citadas como desafios, os quais são reconhecidos como dificuldades e barreiras na literatura mundial sobre o tema. Bardgett et al.³³ destacam o tempo insuficiente devido às demandas dos serviços, a falta de espaço disponível para os alunos atenderem os pacientes individualmente e a sobrecarga da atividade assistencial e docente. Franco et al.³⁴, em revisão de artigos sobre educação médica, publicados entre 1993 e 2018, identificaram relatos de barreiras para o desenvolvimento desse ensino em ambulatórios, as quais foram categorizadas em quatro tipos pelos autores: ambiente-instituição (apoio, reconhecimento, valorização, longa distância, adequação da área física), corpo docente ou preceptoria (preparo, sobrecarga de pacientes, capacitação), estudantes (comprometimento e número de alunos nos estágios) e pacientes (absenteísmo, continuidade do atendimento). A barreira docente ou preceptoria foi um dos obstáculos mais frequentemente mencionados. Em nosso estudo, dificuldades semelhantes foram relatadas, sobretudo na atenção básica, somando-se ainda as questões relacionadas à instabilidade da integração ensino-serviços de saúde, gerando descontinuidade das ações e frustração no planejamento das atividades.

As mudanças decorrentes das DCN de 2014 em relação ao ensino sobre saúde da criança e do adolescente na atenção básica e, possivelmente, à preceptoria requerem maior aprofundamento e novos estudos. As DCN de 2014¹⁸ dispõem que as atividades do regime de internato voltadas para a atenção básica devem ser

[...] coordenadas e voltadas para a área da Medicina de Família e Comunidade e os 70% (setenta por cento) restantes do internato devem incluir aspectos essenciais das grandes áreas da medicina de clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, saúde coletiva e saúde mental.

Essa orientação implementou uma mudança em relação às grandes áreas da medicina, quando comparada às DCN de 2001. Com essa nova orientação das DCN de 2014, o ensino voltado à criança e ao adolescente na atenção básica está incluído na área da medicina geral de família e comunidade, diferentemente do que constava nas DCN de 2001, as quais estabeleciam que “os aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde

Coletiva deveriam incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área^{17,18,38}. Os participantes deste estudo apontaram que o atual modelo da ESF tem trazido dificuldades para o desenvolvimento do ensino na atenção básica com a participação do pediatra. Estudos apontam que há experiências em unidades básicas de saúde com atuação do pediatra e de docentes das grandes áreas de forma articulada às equipes da ESF³⁹, sendo observado em outros que, quando o modelo assistencial é a ESF, o ensino de saúde da criança ocorre também sem a presença do pediatra³².

Ainda que essas questões tenham sido colocadas como desafios, em nosso estudo 32 escolas mantêm ensino de puericultura em unidade básica de saúde, não sendo possível ainda afirmar que essas mudanças das DCN de 2014 tenham trazido impactos em relação aos cenários e à preceptoria, ainda que possa vir a constituir um fator de desestímulo à atuação do pediatra nesse nível de atenção. Ainda assim, em nosso estudo, foi relatado que a preceptoria é realizada principalmente por docentes pediatras e profissionais pediatras das instituições de ensino em todos os cenários de prática, revelando a valorização desse profissional na formação do médico.

Em relação ao ensino sobre promoção da saúde, as atividades de prevenção e, especificamente, a prática da puericultura mostraram-se presentes de forma expressiva, sendo desenvolvidas preferencialmente em ambulatórios de pediatria geral e na atenção básica, proporcionando uma visão abrangente sobre o sistema público de saúde e sobre a integralidade da atenção, de acordo com outros trabalhos e recomendações^{15,17,18,21,3-32}.

Ainda que a integralidade da atenção e o cuidado devam estar presentes no atendimento em todos os níveis de atenção, a unidade básica de saúde amplia as possibilidades de atuação, favorece o vínculo com a população a ela adscrita, permite conhecer e considerar indicadores de morbidade e mortalidade do território, e cria oportunidades de desenvolvimento de ações para a coletividade^{21,39,40}. Nos ambulatórios de pediatria geral de hospitais gerais ou de ensino, a puericultura assume outro papel, também importante para formação. Tem caráter individual, frequentemente voltada para as crianças de médio risco ou para as crianças e os adolescentes com doença crônica. Nessa condição, pode proporcionar a experiência de articulação do atendimento de puericultura com as especialidades pediátricas, respeitando-se a diretriz da integralidade no atendimento – paciente e sua família, responsabilização, continuidade dos cuidados e das redes de atenção²¹. Esses dois serviços podem ser considerados complementares na formação do médico para o ensino da puericultura.

Observou-se, também, em nosso estudo, que algumas escolas desenvolvem atividades em ambulatórios

de especialidades. Estes, quando preparados para o ensino, concentrando de forma sistematizada o atendimento de crianças com afecções crônicas mais frequentes, é um cenário que pode contribuir para a formação, desde que garantidas as premissas da integralidade da atenção e a articulação com as redes de atenção à saúde. É a oportunidade de o estudante conhecer as possibilidades futuras de atuação do pediatra^{26,35}.

Com a participação de 37 escolas médicas, este estudo apresenta limitações para generalizações sobre o ensino de pediatria no país. Ainda que as instituições participantes fossem oriundas de 14 estados da Federação e de todas as regiões do país, a procedência foi desigual, tendo predominado escolas da Região Sudeste. O questionário não detalhou o vínculo dos docentes e as respectivas cargas horárias nas instituições de ensino, o que pode impactar o desenvolvimento docente e envolvimento com a construção e o aprimoramento dos planos de ensino. Ainda assim, traz informações valiosas que permitem uma compreensão das principais questões envolvidas com o ensino de pediatria na graduação e seus desafios.

Pode-se constatar, positivamente, a permanente preocupação com as mudanças curriculares e com a inserção de temas emergentes, com o objetivo de formar um profissional com competências para uma abordagem atualizada dos principais temas relacionados à saúde da criança e do adolescente. As mudanças ocorridas nos currículos das escolas médicas deste estudo foram consideradas positivas e os avanços são reconhecidos, destacando-se a inclusão de temas da contemporaneidade, o permanente processo de desenvolvimento curricular e docente, e a utilização de cenários de práticas que incluem todos os níveis de atenção à saúde, o que favorece a vivência com a comunidade, a atuação em equipe multiprofissional e a intersectorialidade. O pleno desenvolvimento dessas atividades, ao mesmo tempo, é citado como um desafio pela necessidade de construção constante e permanência e capacitação da preceptoria nesses cenários, incluindo estímulo aos docentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que as escolas participantes deste estudo destinam em média 11% da carga horária total do curso para o ensino de saúde da criança e do adolescente, superando os 10% propostos pela SBP²⁶, ainda que tenha sido observada grande variabilidade entre escolas. A maioria aborda conteúdos e contempla cenários necessários à formação médica para a atenção à saúde da criança e do adolescente, considerando os contextos familiar, social e cultural deles. A puericultura permanece como importante componente das atividades práticas, e o seu desenvolvimento na atenção básica é bastante valorizado ao mesmo tempo que é também um desafio diante

das limitações dos serviços e, alguns casos, da impossibilidade de atuação direta do pediatra, considerada essencial para o ensino sobre saúde da criança e do adolescente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Abem por ter nos disponibilizado a listagem de escolas médicas e respectivos contatos.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Rosana Fiorini Puccini, Alessandra Carla de Almeida Ribeiro, Angélica Maria Bicudo, Rosana Alves, Sílvia Wanick Sarinho, Suzy Santana Cavalcante e Maria Wany Louzada Strufaldi participaram de todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa e da elaboração do artigo. Fabíola Isabel Suano de Souza participou de todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa e da elaboração do artigo, e foi responsável pelas análises estatísticas.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Rocha JM. Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil. In: Aguiar A, Martins RM. História da pediatria brasileira. Coletânea de textos e depoimentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Reproarte Gráfica e Editora; 1996. p. 85-123.
- Madeira A. Evolução histórica e aspectos atuais da assistência médico-social da criança no Brasil (excertos). In: Aguiar A, Martins RM. História da pediatria brasileira. Coletânea de textos e depoimentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Reproarte Gráfica e Editora; 1996. p. 73-84.
- Sanglard G, Ferreira LO. Médicos e filantropos – a institucionalização do ensino de pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*. 2010;26(44):437-59.
- Moreira VC. Ações pioneiras do ensino de pediatria no Brasil: Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai) e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 1882-1901. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2020;27(2):467-84.
- Carneiro G. Um compromisso com a esperança – história da Sociedade Brasileira de Pediatria: 1910-2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; 2000.
- Woisky JR. O ensino de pediatria no curso médico. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1958;44(5):382-5.
- Lisboa JMJ. Contribuição à elaboração de diretrizes para o ensino de pediatria no curso de graduação tendo em vista a prática da medicina geral. *Rev Bras Educ Med*. 1991;15:5-7.
- Marcondes E. Diretrizes para o ensino de pediatria. *J Pediatr (Rio J)*. 1993;69(6):349-52.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Bases doutrinárias para o ensino de pediatria. Comitê de Ensino. *Pediatr (S Paulo)*. 1988;10:51-3.
- Puga TF, Leone C, Santoro Junior M, Cusminsky M, Flores MA. O ensino de pediatria nas escolas de medicina da América Latina. ALAPE – OPS 2000. Informe preliminar. *Pediatr (S Paulo)*. 2000;22:302-11.
- Marcondes E, Issler H, Mascaretti LAS, Valente MH. O ensino de pediatria preventiva e social ao nível da graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 1990;45:80-6.
- Sociedade de Pediatria de São Paulo. Ensino de graduação em ambulatório geral de pediatria e serviços de atenção primária. *Rev Paul Pediatr*. 1999;17:193-5.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenadoria de Ensino e Pesquisa, 2001-2004. Lícia Maria Oliveira Moreira. Relatório do estudo sobre ensino de pediatria no Brasil. São Paulo: SBP; 2005.
- Puccini RF, Wechsler R, Silva EMK, Silva RRF, Esteves AR, Ventura RN, et al. A experiência do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM no Programa de Integração Docente-Assistencial do Embu. *Rev Paul Pediatr*. 1998;16(2):91-8.
- Veiga EQO, Batista NA. O ensino de pediatria no nível de graduação nas escolas de medicina do estado do Rio de Janeiro. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:115-20.
- Moreira ASS, Araújo APQC, Ribeiro MG, Siqueira-Batista R. Reflexões acerca do ensino de pediatria no século XXI: o cenário brasileiro. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(3):339-43.
- Brasil. CNE/CSE nº 4/2001, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
- Brasil. CNE/CSE nº 116/2014, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março 2002. Promed. Brasília: Ministério da Educação e Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de dezembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: Ministério da Educação e Ministério da Saúde; 2005.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Premissas e diretrizes do ensino de pediatria na graduação. São Paulo: SBP [acesso em 3 jan 2023]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/paginas/graduacao/>.
- Kuhn-Santos RC, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2012;22:160-5.
- Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:7-13. doi: <http://dx.doi.org/10.2223/1276>.
- Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(supl1):S13-S22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000700003>.
- Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – Pnaisc. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- Brasil. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, cria a Política Nacional da Atenção Básica (Pnab). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017, estabelece revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Marangon CMLV, Souza JM. O pediatra e a educação permanente em saúde no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200626. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200626>.
- Escolas Médicas do Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Criança – Pnaisc. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2 jan 2023]. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/>.
- Del Ciampo LA, Del Ciampo IRL. Curso de medicina em ensino de pediatria nas escolas médicas brasileiras. *Pediatr (S Paulo)*. 2011;32(1):9-14
- Campos JB, Grosserman S. Carga horária total e de pediatria de escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(3):e098
- Silva GVC, Paredes CE, Pinheiro MALL, Berenguer MF, Santos C, Lima EJJ. Análise do ensino de pediatria nas escolas médicas de Recife e região metropolitana: um estudo transversal. *Resid Pediatr*. 2021;11(2):1-7

33. Bardgett RJ, Dent JA. Teaching and learning in outpatients and beyond: how ambulatory care teaching can contribute to student learning in child health. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011 Aug;96(4):148-52. doi: <https://doi.org/10.1136/adc.2010.193318>.
34. Franco RLO, Machado JLM, Grinbaum RS, Porfírio GJM. Barriers to outpatient education for medical students: a narrative review. *Int J Med Educ*. 2019;10:180-90.
35. O'Neill PA, Owen AC, McArdle PJ, Duffy KA. Views, behaviours and perceived staff development needs of doctors and surgeons regarding learners in outpatient clinics. *Med Educ*. 2006;40(4):348-54.
36. Kalet A, Schwartz MD, Capponi LJ, Mahon-Salazar C, Bateman WB. Ambulatory versus inpatients rotations in teaching third-year students internal medicine. *J Gen Intern Med*. 1998;13(5):327-30.
37. Young BL, Grahan RP, Shipengrover J, James PA. Components of learning in ambulatory setting: a qualitative analysis. *Acad Med*. 1998;73(10):S60-S63.
38. Puccini RF, Zöllner ACR, Lima EJJ. Ensino de pediatria no Brasil na graduação e na residência médica. In: Silva LC, Solé D. *Diagnóstico em pediatria*. 2a ed. São Paulo: Manole; 2022. p. 31-40.
39. Rosa MRR, Costa MCO, Rocha AAC, Martins ALL. O ensino de pediatria e da ginecologia na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Saúde Col UEFS*. 2017;7(2):51-8. doi: <https://doi.org/10.13102/rscauefs.v7i2.1617>.
40. Prearo AY, Rizzato ABP, Martins STF. O ensino de pediatria na atenção básica em saúde: entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(39):1039-51.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.