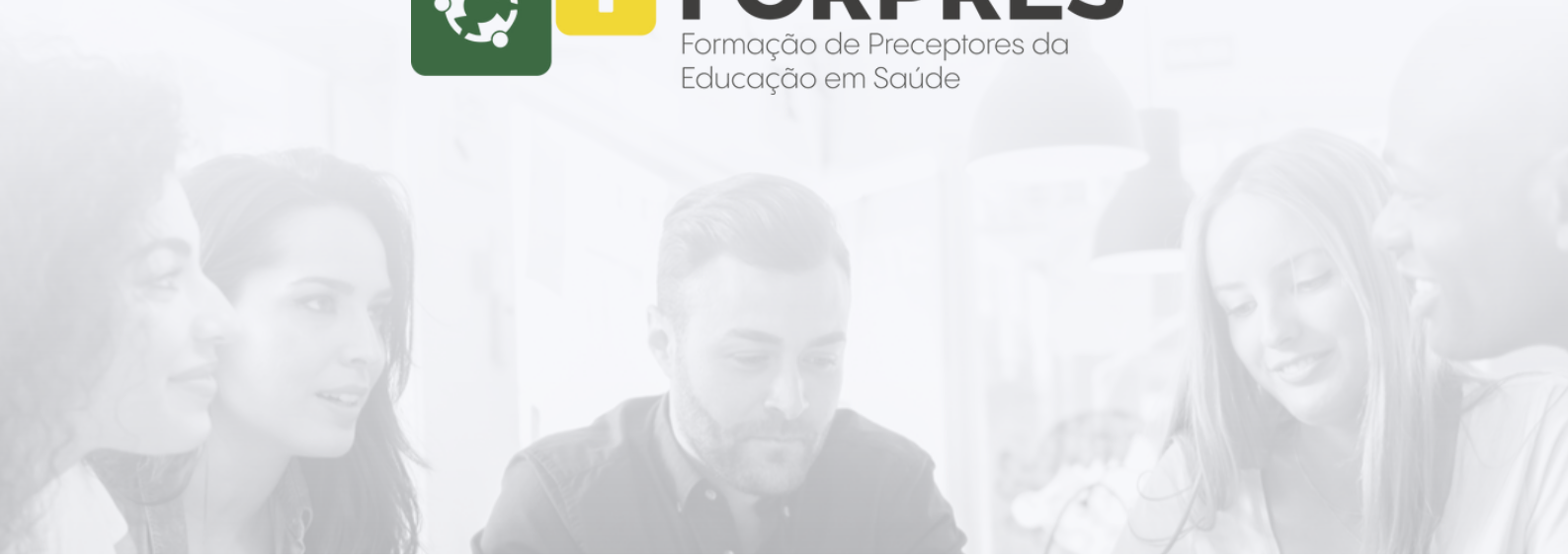
Módulo 1: O Eu Preceptor no Contexto da Educação em Saúde

ENTRUSTMENT PROFESSIONAL ACTIVITES (EPAS)

UNIDADE 4

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO
UFMA VIRTUAL
UFMA Universidade Federal do Maranhão
dted DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO

CRÉDITOS

Coordenação Geral do Curso
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)

Supervisão Pedagógica e de Orientação Educacional
Profa. Dra. Patrícia Maria Abreu Machado (DTED/UFMA)
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)
Prof. Dr. Sérgio Santos

Professor Autor
Gustavo Salata Romão

Validação Técnica
Ana Célia Sousa dos Santos

Coordenação de Produção
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)
Camila Pontes (DTED/UFMA)
Adirce Senna (MEC)

Supervisão de Produção e Monitoramento Discente
Alessandra Viana Natividade Oliveira (DTED/UFMA)

Supervisão de Oferta e Marketing Educacional
Prof. Dr. Rodolfo Viana (DTED/UFMA)

Design Instrucional
Steffi Greyce de Castro Lima (DTED/UFMA)
Profa. Dra. Christiana Salgado (DTED/UFMA)

Design Gráfico
Vital Amorim (DTED/UFMA)
Sabrina da Silva Carneiro (DTED/UFMA)

Equipe de Tecnologia da Informação
Anilton Maia (DTED/UFMA)
Jone dos Santos Sodré Correia (DTED/UFMA)

Supervisão EAD
Thaísa Dias (DTED/UFMA)

Comunicação
Sanndila Brito (DTED/UFMA)
Deise Elen Alves de Paula Carvalho (DDES/MEC)

Administradores AVA
Gregory Kevin Martins Bastos de Souza (DTED/UFMA)
Fábio José de Castro e Lima (DTED/UFMA)

COMO CITAR ESTE MATERIAL

ROMÃO, Gustavo Salata (Curso de Medicina / UNAERP). *Entrustment Professional Activites (EPAs) - Unidade 4.* In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO. **Curso de Formação de Preceptores da Educação em Saúde - FORPRES -** Módulo 1: O Eu preceptor no contexto da educação em saúde. Brasília: DDES/MEC ; São Luís: DTED/ UFMA, 2023. p. 05-40.

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO

Olá! Seja bem-vindo!

As *Entrustment Professional Activites (EPAs)* ou **Atividades Profissionais Confiabilizadoras (APC)** se apresentam como um novo referencial para a formação de profissionais da saúde e podem ser consideradas como a segunda onda do paradigma da formação orientada por competências.

Nessa unidade, vamos nos dedicar a compreender os conceitos essenciais desse novo referencial e como ele pode ser aplicado nas rotinas dos programas de graduação e pós-graduação. Iniciaremos por um breve histórico dos paradigmas da formação médica moderna, seguindo para os fundamentos da formação orientada por competências e EPAs. Ao final, discutiremos a importância das EPA para o treinamento, supervisão, avaliação e certificação dos aprendizes, bem como para monitoramento do processo de ensino-aprendizagem nos programas educacionais.

Boa leitura!

Aproveite o conteúdo e bons estudos!

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde

SUMÁRIO

Tópicos Abordados

01 A Formação Médica nos Séculos XIX e XX: O Primeiro Paradigma p 05

02 A emergência da Formação por Competências: O Segundo Paradigma p 06

03 Definindo “Competência Médica” p 08

04 A Formação orientada por Competências: Mudanças e Adaptações p 10

05 E por que mudar? p 21

06 A Formação por competências no Brasil p 22

07 A Origem das EPAs p 24

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde

SUMÁRIO
Tópicos Abordados

08 **Definindo as EPAs** p 25

09 **Diferenças e Conexões entre Competências e EPA** p 26

10 **Qual a importância das EPAs para a formação dos profissionais de saúde?** p 28

11 **Como definir e descrever as EPAs?** p 36

Síntese da unidade p 38

Referências p 40

1- A Formação Médica nos Séculos XIX e XX: O Primeiro Paradigma

• Breve Histórico

Nos Estados Unidos do século XIX, a graduação em medicina não estava vinculada às universidades, nem tampouco era regulamentada por órgãos governamentais ou sociedades médicas. Os cursos eram pouco estruturados, com tempo de duração variável (2 a 3 anos em média) e, consequentemente, geravam grandes deficiências no aprendizado teórico e prático.

A expansão no número de escolas médicas, passou de três em 1810 para mais de 140 em 1900. Em 1904, a Associação Médica Americana (AMA), preocupada com a qualidade dos médicos formados, contratou a Fundação Carnegie para realizar uma auditoria nas 155 Escolas Médicas Americanas e Canadenses. Abraham Flexner, um educador norte americano, foi designado para conduzir essa avaliação.

• Relatório Flexner

O Relatório Flexner, considerado o primeiro paradigma da educação médica moderna, transformou a formação dos médicos em nível mundial. O desenvolvimento do pensamento científico entre professores e alunos nas universidades alavancou as pesquisas e as publicações, consolidando as bases da medicina atual e promovendo grande avanço dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Entretanto, a partir de 1960, com os avanços dos métodos bioquímicos e moleculares de pesquisa, observou-se um distanciamento entre a prática médica e os laboratórios do ciclo básico, dificultando a integração entre ensino, pesquisa e assistência.

A educação médica se tornou fragmentada com uma sobrecarga de conteúdos teóricos em detrimento da prática. Nessa mesma época, movimento de reorganização do Sistema de Saúde norte americano impôs mudanças na prestação de cuidados e a sociedade passou a pressionar pela melhoria da qualidade da assistência médica.

Nesse contexto emergiram as primeiras referências à formação por competência, que estaria mais apropriada para atender aos anseios de uma sociedade mais exigente. Ao mesmo tempo, tem início um movimento de regulamentação do exercício profissional da medicina, com padrões mais rígidos que visavam a proteção dos cidadãos contra os erros profissionais (POWELL; CARRACCIO, 2018).

2- A Emergência da Formação por Competências: o Segundo Paradigma

- **Relatório "Errar é humano**

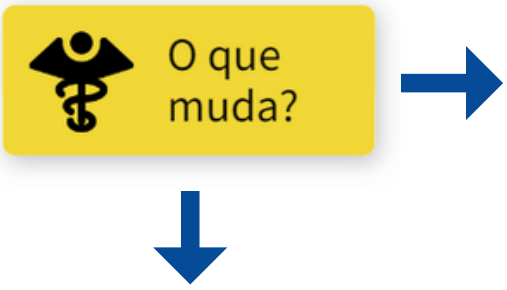
Em 1999, a pressão por uma nova reforma da formação médica ganha respaldo com a publicação do Relatório “Errar é Humano” pelo Instituto Americano de Medicina (IOM). Segundo esse relatório, o número de mortes estimadas por erros médicos nos Estados Unidos naquele ano chegava a 98.000, superando as mortes por acidentes automobilísticos, câncer de mama e Aids (KOHN et al, 2013).

Esses relatos expuseram lacunas do sistema de saúde e falhas de desempenho dos profissionais que nele atuavam. O Relatório do IOM catalisou a adoção de medidas para tornar a prática médica e o Sistema de Saúde mais seguros, eficientes, equânimes e com atenção centrada no paciente (CARRACCIO; ENGLANDER, 2013).

Os educadores passaram a questionar o Modelo Flexneriano que se baseava na aquisição de conhecimento, focando mais na teoria do que na prática clínica. Esse debate lançava luz sobre a necessidade de um currículo mais alinhado aos desafios da medicina moderna e que formasse profissionais aptos a lidar com as necessidades de saúde dos pacientes, em um ambiente seguro e humanizado. Esse debate resultou na quebra do paradigma flexneriano e na emergência do paradigma da formação orientada por competências.

- **Um novo paradigma**

De acordo com este novo referencial, todo o processo de formação deveria estar direcionado para a aquisição das competências para assistência a saúde e não apenas para o ensino teórico proferido pelos professores e especialistas.



Maior atenção passa a ser destinada aos aprendizes e a sua evolução, com menor centralidade do professor, que passa a atuar principalmente como "mediador" e "facilitador" do processo ensino-aprendizagem.

A avaliação, por sua vez, passa a incorporar a verificação de desempenho em ambientes simulados e cenários de prática, não se restringindo apenas aos testes cognitivos.

O treinamento e a avaliação das habilidades clínicas e do profissionalismo passam a ser valorizados, se tornando essenciais para garantir uma prática profissional segura e eficiente (Carraccio et al., 2002).

O treinamento e a avaliação das habilidades clínicas e do profissionalismo passam a ser valorizados, se tornando essenciais para garantir uma prática profissional segura e eficiente (Carraccio et al., 2002).



Desde os anos 2000, a formação por competências tem se tornado o principal referencial para a formação de profissionais de saúde nas diferentes intuições formadoras no mundo. Em diversos países, as competências esperadas para a graduação e para as residências nas especialidades médicas constituem documentos conhecidos por “Matrizes de Competência”. Alguns exemplos são o “CanMeds” do Canadá, o “Outcome Project” dos Estados Unidos e o “Outcomes for graduates” do Reino Unido.

Mas afinal, o que significa “Competência Médica”?

3- Definindo "Competência Médica"

Segundo Epstein e Hundert (2002), “Competência Médica” pode ser definida como “o uso habitual e criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária em benefício do indivíduo e da comunidade por ele atendida”.

O treinamento e a avaliação das habilidades clínicas e do profissionalismo passam a ser valorizados, se tornando essenciais para garantir uma prática profissional segura e eficiente (Carraccio et al., 2002).

Nessa perspectiva, o conceito de competência é muito mais abrangente do que o conceito de habilidade, pois comtempla a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes para o exercício adequado da medicina.



A competência médica é, portanto, multidimensional e compreende a integração e uso do conhecimento, a integração de diferentes habilidades psicomotoras, a capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação efetiva, habilidades afetivo-morais (como empatia e profissionalismo) e hábitos mentais que promovam atenção, autoconsciência e capacidade de atuar em diferentes contextos (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

SAIBA MAIS

JAMA Network

Review

January 9, 2002

Defining and Assessing Professional Competence

Ronald M. Epstein, MD; Edward M. Hundert, MD

ACESSAR

4- A Formação orientada por Competências: Mudanças e Adaptações

- ## Transição de paradigmas

A transição do paradigma flexneriano (modelo tradicional) para o paradigma da formação orientada por competências exigiu uma série de mudanças e adaptações nos espaços acadêmicos. Essas mudanças envolveram a estrutura curricular, o ambiente de treinamento, os procedimentos de avaliação e o papel docente. A seguir abordaremos separadamente cada um desses tópicos.

- ## O currículo orientado por competência

O modelo tradicional propõe uma estrutura curricular rígida organizada em disciplinas e com tempo de duração pré-definido. Esse modelo parte do pressuposto que o cumprimento da carga horária seja suficiente para que todos os estudantes assimilem o mesmo conteúdo proposto e possam ser promovidos para a etapa seguinte da formação.

Já a formação por competências estabelece marcos ou níveis de competências que devem ser demonstrados pelo aprendiz e verificados pelos professores, preceptores ou supervisores, para que o mesmo possa progredir, independente de seus pares. Essa abordagem é centrada no processo de aprendizagem de cada estudante ou residente e requer maior flexibilidade curricular, de modo a oferecer o suporte necessário para que as competências possam ser adquiridas a partir das experiências vivenciadas durante o treinamento.

• Modelo tradicional x Formação por competências

Diferença Básica: Enquanto no modelo tradicional o currículo é estruturado a partir dos conteúdos, na formação por competência o mais importante é o que os aprendizes deverão ser capazes de fazer ao final da graduação ou do programa de residência. O foco está na integração de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias a um bom desempenho na prática profissional, e não apenas no componente cognitivo.



As competências esperadas para cada etapa e para o final da formação devem ser definidas considerando tanto as particularidades de cada especialidade ou profissão, como também as expectativas e necessidades da população e do sistema de saúde. As competências elencadas devem compor a Matriz de Competências da graduação ou do programa de resistência em questão e serão a base para a definição dos objetivos de formação.

• Comparação entre o modelo tradicional e da formação orientada por competências

Orientação Curricular

Modelo tradicional		Modelo de Formação por Competência
O que deve ser ensinado? Currículo rígido organizado por disciplinas e por tempo.	X	O que deve ser esperado do egresso? Currículo flexível que permite adaptações de acordo com a evolução/necessidades do aprendiz.

Principal Atividade Currícular

Modelo tradicional	x	Modelo de Formação por Competência
Ensinar (Atividade Meio)		Aprender (Atividade Fim)

Métodos de Ensino

Modelo tradicional	x	Modelo de Formação por Competência
Instrucional (transmissão de conhecimento professor-estudante).		Construtivista (construção de conhecimento entre pares).

Centralidade dos Métodos de Ensino

Modelo tradicional	x	Modelo de Formação por Competência
Métodos centrados no professor, que atua como transmissor de conhecimentos. O aprendiz é um receptor.		Métodos centrados na aprendizagem do estudante/residente que atua ativamente na construção do seu conhecimento. O Professor é um facilitador do processo de aprendizagem.

Foco Principal da Avaliação

Modelo tradicional		Modelo de Formação por Competência
Verificação do conhecimento adquirido ao final do curso.	X	Verificação das competências adquiridas por observação direta do desempenho do aprendiz no atendimento a pacientes.

Modalidades de Avaliações

Modelo tradicional		Modelo de Formação por Competência
Predominantemente somativa (avaliação transversal, realizada ao final dos blocos disciplinares).	X	Somativa e Formativa (avaliação longitudinal, realizada ao longo de todo o treinamento).

Progressão

Modelo tradicional		Modelo de Formação por Competência
Baseada em tempo e estrutura curricular.	X	Baseada na verificação das competências.

Matriz Curricular

Modelo tradicional	x	Modelo de Formação por Competência
Matriz de objetivos.		Matriz de competências.

- **Os ambientes de treinamento para graduandos e residentes**

Interações: Na formação orientada por competência, todas as interações dos aprendizes com pacientes, professores, preceptores, funcionários e colegas são oportunidades de aprendizagem.

O ambiente de aprendizagem, que envolve o contexto físico, social e afetivo, deve proporcionar a aquisição das competências profissionais (conhecimento, habilidades e atitudes). **No treinamento em serviço é necessário conciliar as necessidades de atendimento dos pacientes com as necessidades de aprendizagem dos alunos e residentes.** Nesse contexto, existe uma sobreposição entre o "ambiente de trabalho" (onde os profissionais prestam assistência aos pacientes) e o "ambiente educacional" (estruturado para promover aprendizado e aquisição das competências). Dessa forma, é preciso conciliar o volume de atendimentos com a orientação e supervisão do profissional em formação.

Informações Prévias: Na lógica da formação orientada por competências, é fundamental que o estudante ou residente receba informações prévias.

O estudante deve receber informações prévias sobre o funcionamento de cada estágio, sobre as competências que ali serão desenvolvidas, sobre as expectativas e os limites de suas atividades e sobre a estrutura de apoio ao seu aprendizado, que inclui professores, preceptores e outros profissionais. Os estágios devem ser estruturados para que os preceptores possam observar diretamente a execução das atividades pelos aprendizes e fornecerem feedback sobre o seu desempenho, reforçando qualidades e apontando necessidades de melhoria. É nesse momento que o bom desempenho se consolida e as falhas podem ser corrigidas de forma adequada.

Sobrecargas de Serviços: Na visão tradicional, um bom programa de residência nos remete à ideia de serviços com grande volume de atendimentos e procedimentos.

Entretanto, sob a ótica da formação por competência, nem sempre isso equivale a um bom ambiente de treinamento. Ambulatórios superlotados geram sobrecarga de serviço, restringindo o tempo para reflexão e discussão, além de impossibilitar a supervisão adequada. Alguns estudos demonstraram que o trabalho excessivo exerce efeitos negativos sobre o aprendizado, resultando em sobrecarga cognitiva, estresse e "burnout" (NORDQUIST et al, 2019; KILTY et al, 2017).

Prática de Feedbacks: Na maioria dos serviços, os ambientes da prática profissional precisarão ser readequados para garantir que a observação direta dos residentes e a p´ratica do feedback se tornem uma realidade na rotina dos programas.

São necessárias políticas institucionais que valorizem o papel do preceptor, resguardando o tempo necessário para a supervisão adequada dos residentes. Tais medidas são essenciais para consolidar a formação por competências nas residências em saúde e garantir a segurança dos pacientes atendidos (CAVERZAGIE et al, 2017)

• Os procedimentos de avaliação das competências

Em um programa orientado por competências, a avaliação deve se basear na verificação do desempenho dos aprendizes diante das situações mais prevalentes e relevantes da prática profissional. A avaliação deve contemplar os 3 subcomponentes da competência (conhecimento, habilidade e atitudes).

A Pirâmide de Miller é um importante referencial para a avaliação das competências. Foi organizada em ordem progressiva de complexidade e cria uma taxonomia para a avaliação de cada subcomponente da competência, estabelecendo uma interrelação entre eles

1 → 2 → 3

De acordo com esse modelo, o conhecimento (SABE) corresponde ao primeiro nível da pirâmide, sendo necessário, mas não suficiente para a compreensão (SABE COMO), que corresponde ao segundo nível.

A compreensão é necessária, mas não suficiente para um bom desempenho em habilidades clínicas (DEMONSTRA), que corresponde ao terceiro nível.

As habilidades são necessárias, mas não suficientes para o bom desempenho em ambientes da prática (FAZ), que corresponde ao quarto nível.

Em 2016 foi proposto um novo patamar à pirâmide de Miller, partindo do pressuposto que um bom desempenho momentâneo em ambientes da prática clínica não reflete necessariamente a aquisição da identidade profissional (SER). A formação da identidade profissional se reflete no desenvolvimento de atitudes, valores e comportamentos demonstrados de forma consistente por alguém que "pensa, age e sente como um profissional de saúde" (CRUESS; CRUESS; STEINERT, 2016).

Pirâmide de Miller incluindo a identidade profissional
(ROMÃO; SÁ, 2022)



IDENTIDADE	Demonstra atitudes, valores e comportamento esperados para alguém que pensa, sente e age de forma consistente como profissional.

AÇÃO	Demonstra na prática, sob supervisão, o comportamento esperado para o profissional.

DESEMPENHO	Demonstra em ambiente simulado habilidades e atitudes esperadas para o profissional.
CONSCIÊNCIA	Demonstra o conhecimento integrado e necessário para a prática.
CONHECIMENTO	Demonstra a base do conhecimento médico e as normas de comportamento esperadas.

A Pirâmide de Miller segue a lógica do treinamento e da aquisição das competências. Para cada nível existe um formato de avaliação mais adequado, que confere validade e confiabilidade aos processos de avaliação.

Para a avaliação dos dois primeiros níveis ("SABE", "SABE COM"), devem ser utilizados instrumentos de avaliação cognitiva, como por exemplo o Teste de Progresso Individual.

Para o nível **"DEMONSTRA"** são mais adequados os métodos de avaliação em ambiente simulado como o **"OSCE"** (Objetive Structures Clinical Examination). Para o nível **"FAZ"**, a avaliação deve ser baseada na observação direta do aprendiz pelo preceptor nos ambientes da prática profissional. Existes instrumentos especificamente ajustados a essa finalidade, tanto para avaliar o desempenho em consultas clínica ("Mini-EX" - Mini-Clinical Exercise), quanto para avaliação do desempenho na execução de procedimentos - DOPS (Direct Observation Of Procedural Skills).

Para o nível **"SER"** podem ser utilizados instrumentos que avaliam o profissionalismo, como o **"P-MEX"** (Professionalism Mini-Exercis). O Método escolhido deve estar em consonância com os objetivos de aprendizagem e as competências esperadas para o egresso naquele momento da formação (ROMÃO; SÁ, 2022).



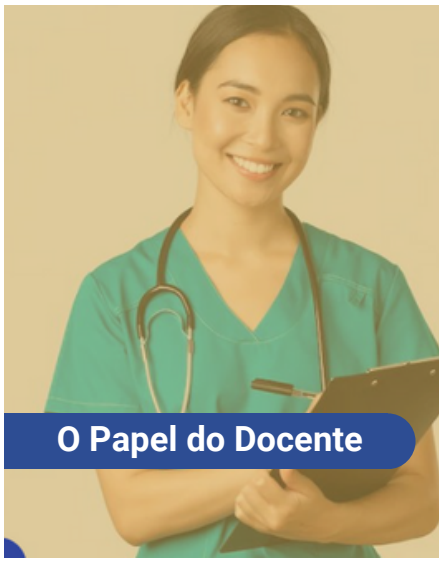
Para uma avaliação adequada das competências é fundamental que os professores, preceptores e supervisores sejam devidamente treinados e capacitados para o uso desses instrumentos. Outro ponto importante é a utilização de diferentes instrumentos de avaliação, pois a diversidade aumenta a validade e a confiabilidade do processo. Por isso é fundamental que os gestores implementem todas essas modalidades de avaliação em seus programas de residência.

SAIBA MAIS

Recomendamos a leitura dos seguintes artigos:

"Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation": artigo de Richard Cruess, Sylvia Cruess e Yvonne Steinert.

Leia o capítulo **Princípios gerais de avaliação do profissional da saúde em formação** do livro Residência Médica: ensino e avaliação das competências, organizado por Romão (2022).



A formação por competência exige mudança no referencial tradicional da educação, centralizada no professor, para uma aprendizagem centrada no aprendiz e focada na aquisição das competências. Sendo assim, torna-se necessário que os professores e preceptores dediquem mais tempo e esforço na observação direta dos aprendizes durante o atendimento aos pacientes.

A observação do desempenho em ambientes da prática profissional tem por objetivo verificar se os residentes adquiriram as competências esperadas e identificaram lacunas de aprendizagem, fornecendo feedback estruturado e apreciativo, que constitui a base para a avaliação formativa e o plano de melhoria.

Esse novo papel docente requer o treinamento de professores, preceptores e supervisores em estratégias de supervisão, técnicas de feedback e o uso dos novos métodos de avaliação em ambientes da prática profissional. Nesse sentido, as instituições formadoras deverão oferecer programas de formação docente, reestruturar estágios e disponibilizar a carga horária necessária para a supervisão e avaliação dos aprendizes. Uma estratégia para incentivar essa mudança é recompensar esses profissionais pelo engajamento no ensino, valorizando e profissionalizando a preceptoria e incorporando novas métricas aos critérios de promoção funcional para aqueles que demonstrem competência em princípios educacionais (CAVERZAGIE et al, 2017).

5- E por que mudar?

Diante de tantas mudanças necessárias para a implementação da formação orientada por competências, é natural surgirem questionamentos sobre os ganhos reais com todo esse movimento. Alguns argumentos se apoiam em experiências e impressões pessoais para justificar a manutenção do modelo tradicional e ressaltar os efeitos negativos dos processos de reforma curricular. Outros são movidos pelo receio de não atender às expectativas e exigências desse novo paradigma da formação médica e pelo desconforto com os novos papéis a serem desempenhados por docentes e preceptores.

Portanto, é essencial esclarecer que a transição do paradigma flexneriano para o paradigma da formação por competência não está ocorrendo simplesmente pelo desejo de mudança, mas pelas evidências de **melhoria da qualidade do cuidado e pela necessidade de garantir maior segurança aos pacientes, maior eficiência do sistema de saúde e maior transparência na prestação de contas às partes interessadas.**

Além do que, a formação por competência organiza o currículo de forma mais coerente e transparente, permitindo um maior entendimento sobre os processos formativos e avaliativos por parte da sociedade que será atendida e cuidada por esses profissionais.

6- A Formação por competências no Brasil

Diante de tantas mudanças necessárias para a implementação da formação orientada por competências, é natural surgirem questionamentos sobre os ganhos reais com todo esse movimento. Alguns argumentos se apoiam em experiências e impressões pessoais

2014

No Brasil, a formação por competências na medicina se tornou uma exigência a partir de 2014, com a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN-214), que definiram três áreas de competências: a Atenção à Saúde, a Gestão em Saúde e a Educação em Saúde.

2015

Em 2015, iniciou-se a construção das Matrizes de Competência também para os programas de residência. Entre 2018 e 2022 a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM-MEC), atuando em parceria com as sociedades de especialidades médicas, desenvolveu e aprovou as Matrizes de Competência para as 55 especialidades médicas e 59 áreas de atuação regulamentadas pela Comissão Mista de Especialidades. Desta forma, foi instituído um novo e importante referencial para a formação dos médicos e especialistas em todo o Brasil.

Porém, vale lembrar que este foi apenas o primeiro passo e que outros serão necessários para consolidar a formação por competências, dentre os quais merecem destaque:

Matrizes de Competências	O desenvolvimento, validação e aprovação das Matrizes de Competência em outras áreas da Saúde pelos órgãos competentes;
Treinamento	O treinamento de docentes e preceptores nos novos métodos de avaliação das competências e técnicas de feedback;
Profissionalização de Preceptoria	A profissionalização da preceptoria com horas de atividade destinadas à supervisão e avaliação dos aprendizes;
Reestruturação	A reestruturação dos estágios, com maior enfoque na aprendizagem e no treinamento das competências previstas na Matriz;
EPAs	A definição, validação e utilização das EPAs (Entrustable Professional Activities) no dia a dia dos cursos de graduação em saúde e programas de residência. Estes temas serão abordados nas páginas seguintes.



Mas afinal, o que significa uma EPA?

7- A origem das EPAs



Como já foi mencionado anteriormente, as Matrizes de Competência para a graduação e residências em saúde foram desenvolvidas em diversos países na década de 2000 a 2010. Mais recentemente, com a ampliação do conceito e do trabalho interdisciplinar, as Matrizes de Competência também passaram a ser utilizadas nas diversas áreas da saúde. Entretanto, novos desafios surgiram a partir de então:

- Como reestruturar os currículos e programas a partir da Matriz de Competência?
- Como traduzir a formação por competência no dia a dia dos serviços e programas de residência?
- Como viabilizar o treinamento e a avaliação de todas as competências previstas na Matriz?
- Como assegurar que um residente está devidamente preparado para progredir e assumir responsabilidades mais complexas?

Em resposta a estes anseios, o conceito de EPA foi desenvolvido em 2005 pelo médico holandês Olle Ten Cate como uma estratégia para traduzir as matrizes de competência em atividades profissionais observáveis (TEN CATE, 2005).

8- Definindo as EPAs

As EPAs ou em livre tradução para o português “atividades profissionais confiabilizadoras” foram definidas por Olle Ten Cate como:

> "unidades da prática profissional, que podem ser totalmente confiabilizadas a um aprendiz, quando o mesmo demonstra as competências necessárias para executála de maneira proficiente e sem supervisão" (TEN CATE, 2005).

Uma “unidade da prática profissional”, por sua vez, pode se referir a uma única tarefa (como realizar uma punção venosa), uma atividade mais ampla (como realizar uma consulta pré-natal) ou um conjunto de atividades de um setor, ou unidade de saúde (como prestar atendimento inicial aos pacientes em um serviço de urgência).

Inicialmente as EPAs foram definidas para a graduação em medicina e residência médica. Mas dado a sua grande contribuição aos processos de ensino, treinamento e avaliação, as EPAs passaram a ser definidas e utilizadas pelas diversas profissões em saúde em diversos países. Portanto, podemos estabelecer que as EPAs:

1. Correspondem às atividades realizadas pelos profissionais e aprendizes tecnicamente qualificados;
2. Estão relacionadas diretamente com a prática profissional;
3. Representam as atividades típicas de um setor, unidade ou serviço de saúde, contribuindo claramente para a prestação do cuidado;

4 Correspondem às atividades realizadas pelos profissionais e aprendizes tecnicamente qualificados;

5 Podem ser executadas de forma independente para produzir um resultado clínico definido;

6 Sua realização é observável e o desempenho de um aprendiz na sua execução é mensurável.

Porém, vale ressaltar que nem tudo o que se faz em um ambiente de prática profissional pode ser considerado uma EPA. Atividades não relacionadas ao exercício profissional na especialidade (uma confraternização, por exemplo) fogem ao escopo das EPAs.

9- Diferenças e Conexões entre Competências e EPA

As competências correspondem ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para o futuro médico ou especialista, sendo, portanto, atributos de um indivíduo. Por outro lado, as EPAs são atividades típicas de uma profissão ou especialidade médica que podem ser executadas por um profissional, e, portanto, não podem ser adquiridas ou possuídas por um indivíduo. Em algumas circunstâncias, as competências têm sido descritas de maneira equivocada como atividades profissionais, o que pode gerar confusões.

• Execução de uma atividade profissional (EPA)

Porém, é preciso enfatizar que a execução de uma atividade profissional (EPA) depende da aquisição de um conjunto de competências pelo profissional ou aprendiz. Essas competências serão mobilizadas no momento da execução desta atividade. Por exemplo, para a execução da EPA "prestar atendimento inicial aos pacientes em um serviço de urgência", diversas compe_ tências serão necessárias, tais como:



Expertise



Profissionalismo



Liderança



Colaboração



Capacidade de comunicação com familiares e equipe de saúde

10- Qual a importância das EPAs para a formação dos profissionais de saúde?

Desde que foram descritas pela primeira vez em 2005, as EPAs têm sido cada vez mais valorizadas ao redor do mundo. Dentre as aplicações e implicações das EPAs para a formação em saúde, merecem destaque:

- A simplificação do processo de avaliação das competências;
- A estruturação da supervisão e progressão dos residentes;
- A tomada de decisões confiabilizadoras;
- A certificação e recertificação profissional;
- A orientação curricular.

• A simplificação do processo de avaliação das competências

As Matrizes de Competência descrevem todo o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para uma determinada profissão ou especialidade. Ocorre, porém, que o grande número de subcomponentes das competências previstos nas Matrizes gera dificuldades na verificação de todos esses quesitos para cada estudante ou residente, tornando a avaliação um processo extremamente complexo e algumas vezes impraticável dentro da realidade dos programas educacionais.

Como exemplo, a Matriz de Competências Canadense (CANMeds), que apresenta mais de 700 subcomponentes e algumas Matrizes de Especialidades Médicas brasileiras que apresentam mais de 300 subcomponentes.

Partindo do pressuposto que as EPAs são atividades profissionais que mobilizam uma série de competências para a sua realização, é possível verificar o desempenho de um estudante na execução de uma EPA, e indiretamente inferir se este estudante adquiriu as competências relacionadas a esta atividade. Desta forma, a observação de um estudante durante a execução de cada atividade (EPA) pode servir de base para a avaliação das suas competências. Como o número de EPAs para uma especialidade costuma ser bem menor que o número de competências descritas na Matriz, a utilização das EPAs como foco principal da avaliação simplifica e viabiliza todo o processo.

O quadro abaixo apresenta as competências envolvidas na execução de algumas EPAs:

Correlação entre competências e EPAs na formação médica

Competências / EPAs	EPA 1	EPA 2	EPA 3	EPA 4
Expertise médica	++	++	++	++
Comunicação	++	++	++	+
Colaboração		++	++	++
Liderança		+	+	++
Profissionalismo	++	++	++	++

Legenda:
- EPA 1: Punção venosa
- EPA 2: Apendicectomia
- EPA 3: Prescrição de pacientes da enfermaria
- EPA 4: Elaboração e implementação de um plano de cuidados aos pacientes
- (++): Competência necessária para a EPA
- (+): Competência útil para a EPA

adaptado de ROMÃO *et al*, 2022



• A estruturação da supervisão e progressão

A necessidade de supervisão de um aprendiz se relaciona ao grau de competência adquirido pelo mesmo para a execução de determinada atividade. Quanto maior o nível de competência de um estudante, menor será a sua necessidade de supervisão. Sendo assim, é possível estabelecer escalas formais de supervisão para cada EPA, estruturando melhor o papel do preceptor e sua relação com os aprendizes. Clique nos botões abaixo para conhecer os níveis de supervisão recomendados para cada EPA (ROMÃO et al, 2022):

NÍVEL	MODALIDADE
NÍVEL 1	**Modalidade de supervisão:** O aprendiz pode apenas observar a atividade, mas ainda não pode participar diretamente da sua execução.
NÍVEL 2	**Modalidade de supervisão:** O aprendiz pode executar a atividade desde que haja supervisão direta, proativa e presente na sala ou ambiente onde a atividade está sendo realizada.
NÍVEL 3	**Modalidade de supervisão:** O aprendiz pode executar a atividade sob supervisão indireta ou reativa. O preceptor ou supervisor não precisa permanecer na sala ou ambiente onde a atividade está sendo realizada, mas deve estar rapidamente disponível se houver necessidade.
NÍVEL 4	**Modalidade de supervisão:** O aprendiz pode executar a atividade sem supervisão, de maneira autônoma e independente.
NÍVEL 5	**Modalidade de supervisão:** O aprendiz pode supervisionar outros aprendizes mais jovens e iniciantes.



• A tomada de decisões confiabilizadoras

Em livre tradução para o português, “confiabilizar” um aprendiz em uma EPA significa conceder a este residente ou estudante a autorização para executar esta atividade sem supervisão ou com um nível definido de supervisão. A confiabilização em uma EPA é resultante de uma tomada de decisão que deve considerar a qualificação de um aprendiz para assumir um determinado nível de responsabilidade sobre a execução desta atividade.

As decisões confiabilizadoras têm implicações para o aprendiz, para o serviço e para os pacientes e, portanto, devem ser tomadas por um grupo de preceptores ou supervisores experientes. Estes profissionais devem constituir um “Comitê de Avaliação” ou “Comitê de Confiabilização”, cuja finalidade é analisar um conjunto de informações válidas e confiáveis sobre o desempenho do aprendiz em diversos estágios do programa e tomar decisões responsáveis sobre a autorização ou não da sua progressão para níveis de menor supervisão em uma determinada EPA.

As fontes de informação mais importantes para a tomada de decisões confiabilizadoras são:

O desempenho do aprendiz nas avaliações de observação direta de atividades práticas. Esta avaliação é realizada nos ambientes de prática pelo preceptor, que deve fornecer um feedback ao estudante sobre o seu desempenho em cada atividade, valorizando os aspectos positivos e identificando lacunas ou necessidades de melhoria. Alguns instrumentos podem ser utilizados neste tipo de avaliação, como o Mini-Ex e o DOPs.

O desempenho nas avaliações de acompanhamento longitudinal do estudante nos estágios práticos, com enfoque maior sobre as competências relacionadas ao profissionalism, comunicação e relação interpessoal. Este tipo de observação, conhecido como "Avaliação 360 graus", "Feedback por múltiplas fontes" ou "Multisource feedback (MSF)" reflete a avaliação do estudante sob diferentes perspectivas, incluindo a do preceptor, ,dos outros aprendizes (pares), dos funcionários. dos pacientes e de outros profissionais da equipe de saúde.

O desempenho na discussão baseada em casos clínicos (Case-Based Discussion) entre o aprendiz e preceptor. Essa discurssão de caso, também conhecida por "discussão confiabilizadora" ou "entrustable-based discussion (EBD)" deve ser conduzida logo após a realização de uma determinada atividade e segue uma metodologia específica para verificar o nível de preparo para lidar com situações semelhantes de forma autônoma. Preceptores e aprendizes devem receber treinamento para participar dessa modalidade de avaliaçao

O desempenho do estudante nas avaliações de observação direta de atividades práticas. Esta avaliação é realizada nos ambientes de prática pelo preceptor, que deve fornecer um feedback ao estudante sobre o seu desempenho em cada atividade, valorizando os aspectos positivos e identificando lacunas ou necessidades de melhoria. Alguns instrumentos podem ser utilizados neste tipo de avaliação, como o Mini-Ex e o DOPs.

A avaliação dos Produtos resultantes do treinamento e da aprendizagem, tais como o registro dos procedimentos realizados, as publicações e os casos clínicos apresentados em Congressos ou Seminários.



Todas essas informações sobre o desempenho dos aprendizes nos processos de avaliação devem ser registradas pelos preceptores e estudantes nos logbooks e portfólios. Essa documentação deve ser disponibilizada ao Comitê de Avaliação, constituindo a base para a tomada de decisões sobre a confiabilização de cada aprendiz.

- **A certificação e recertificação profissional**

A formação por competências pode ser entendida como "um modelo de padrões fixos e caminhos flexíveis". Isto significa que a certificação profissional passa a depender mais da verificação das competências adquiridas pelo aprendiz durante a execução das EPAs do que do seu tempo de treinamento. Sabe-se que as curvas de aprendizagem podem ser diferentes quando se considera um mesmo grupo de estudantes ou residentes. Portanto, o tempo de treinamento deve ser flexibilizado conforme as necessidades de cada aprendiz.

Por outro lado, o nível de qualificação necessário para autorizar um aprendiz a executar uma EPA deve ser definido, padronizado e aplicado a todos sem exceção. Estes preceitos estão fundamentados na necessidade de garantir a segurança dos pacientes.

As competências são atributos profissionais necessários para a prática profissional qualificada nas EPAs e podem ser adquiridos através do treinamento sob supervisão. Da mesma forma, períodos longos sem exercício profissional levam a perdas substanciais no nível de competência para execução dessas atividades. Para evitar consequências e danos aos pacientes, torna-se necessário recertificar os profissionais que não mantiveram a prática profissional sustentada em uma determinada EPA por um longo período.

Neste caso, recomenda-se que a recertificação seja conduzida nos mesmos moldes da certificação, ou seja, iniciar com supervisão direta (Nível 2) e progredir para supervisão indireta (Nível 3) e prática autônoma (Nível 4) à medida que o profissional demonstre proficiência e segurança na execução da EPA.

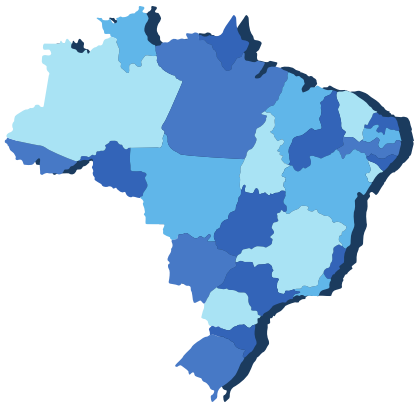
• Orientação curricular

Os programas e currículos orientados por competências podem utilizar as EPAs como principal referencial para a formação. O perfil do egresso dos cursos de graduação na área da saúde ou dos programas de residência deve corresponder a um profissional qualificado para realizar essas atividades de forma proficiente e autônoma. A grade curricular do programa de residência deve ser norteada pelo perfil do egresso e oportunizar o treinamento nas EPAs definidas para a especialidade em questão. A escolha dos estágios também deve seguir a lógica do treinamento nas EPAs daquela especialidade ou profissão na área da saúde.

Geralmente as EPAs da graduação correspondem a tarefas ou atividades menores, enquanto as EPAs da residência incluem atividades mais abrangentes e típicas de um serviço de saúde. Sendo assim, é possível definir um continuum de confiabilização nas EPAs que começa na graduação com tarefas mais pontuais (como a verificação dos sinais vitais) que se agregam no internato em atividades maiores (como a realização de uma consulta clínica) e progridem para a residência em atividades mais abrangentes (como o acompanhamento de pacientes diabéticos). As EPAs da graduação que se juntam para compor as EPAs da residência, são também conhecidas como “EPAs aninhadas” e têm sido utilizadas para estabelecer conexões e integração entre a graduação e a residência.

11- Como definir e descrever as EPAs?

Para que as EPAs possam ser utilizadas pelos programas de residência, essas atividades precisam primeiro ser definidas e descritas pelas especialidades e profissões de saúde.

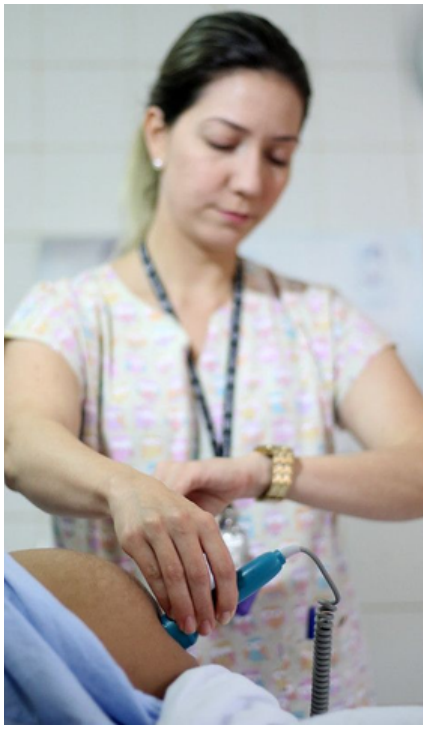


O recomendado é que as EPAs sejam elaboradas a nível nacional e não localmente. Como a confiabilização nas EPAs tem implicações para a prática profissional autônoma, deve haver consenso sobre a sua definição a nível nacional.

Em tese, um residente ou aprendiz que tenha sido confiabilizado para a prática autônoma de uma EPA em um determinado programa de residência, está autorizado a realizar esta atividade em qualquer outro serviço semelhante no território nacional. Por isso as EPAs devem ser definidas e validadas por profissionais de reconhecida expertise naquela área de atuação profissional com representatividade de todas as regiões brasileiras.

IMPORTANTE

Para o seu reconhecimento oficial é necessária a aprovação por instituições reguladoras da formação, como por exemplo a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM-MEC) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) do Ministério da Educação. Definições de EPAs a nível local por um Programa ou por um Serviço não apresentam validade a nível nacional, não podendo servir como referencial para a certificação do residente.



Como um exemplo de EPAs definidas a nível nacional, podemos citar as EPAs elaboradas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) em 2021.

A Febrasgo definiu e validou 21 EPAs para a Residência nesta espacialidade, seguindo os métodos utilizados internacionalmente. Participaram da validação mais de 250 especialistas de todas as regiões brasileiras que integram as 29 Comissões Nacionais Especializadas (CNES) em um processo conhecido por painel de especialistas.

Os resultados desse trabalho foram publicados e podem servir de modelo para que outras especialidades médicas definam suas EPAs através de um processo semelhante (ROMÃO, 2022).

SAIBA MAIS

Quer saber mais sobre as EPA da ginecologia e obstetrícia publicadas no Brasil? Leia CNE-RM, 2022

Veja abaixo os itens que devem compor a descrição completa de uma EPA (ROMÃO *et al*, 2022):

Título

- Especificações e Limites.
- Riscos potenciais em caso de falha.
- Domínios de competência mais relevantes.
- Conhecimentos, Habilidades, Atitudes e Experiências Necessárias.
- Fontes de Informação para confiabilização.
- Nível de confiabilização e supervisão esperado em cada estágio do treinamento.
- Tempo de expiração se a EPA não for praticada.



Síntese da unidade

A formação por competências é o novo paradigma da formação de profissionais de saúde, sendo um modelo de padrões fixos e caminhos flexíveis que propõe mudanças na estrutura curricular, no sistema de avaliação e na atividade dos professores, preceptores e supervisores.

As EPAs são unidades da prática profissional que podem ser confiadas a um aprendiz quando ele demonstrar as competências necessárias para executá-las de maneira proficiente e autônoma.

As EPAs facilitam o processo de avaliação, estruturam a supervisão, redefinem o currículo, servindo também como base para a certificação, recertificação e avaliação dos programas.

Para consolidar a formação por competências na realidade dos programas, diversos aspectos relacionados às EPAs precisam ser fomentados e incorporados na estrutura dos programas de residência, tais como:

- O treinamento de preceptores e supervisores em competências pedagógicas para atuar na formação orientada por competências e EPAs;
- A adequação dos currículos e processos de avaliação às Matrizes de Competências e EPAs;
- A reorganização dos estágios e campos de prática para criar ambientes propícios ao treinamento dos residentes nas EPAs de cada especialidade médica;

Síntese da unidade

- A avaliação regular do desempenho dos residentes nos ambientes da prática profissional através de instrumentos válidos e confiáveis (como o DOPS e o Mini-EX) e a incorporação da prática de feedback no dia a dia dos serviços e na cultura institucional ;
- A incorporação do uso de logbooks e portfólios nos processos de avaliação de graduandos e residentes durante a formação em áreas da saúde;
- A implementação de um Comitê de Avaliação engajado na tomada de decisões confiabilizadoras sobre as EPAs.

Referências

- CARRACCIO, Carol L.; ENGLANDER, Robert. From Flexner to competencies: reflections on a decade and the journey ahead. **Academic Medicine**, v. 88, n. 8, p. 1067-1073, 2013.
- CARRACCIO, Carol et al. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. **Academic medicine**, v. 77, n. 5, p. 361-367, 2002.
- CAVERZAGIE, Kelly J. et al. Overarching challenges to the implementation of competency-based medical education. **Medical teacher**, v. 39, n. 6, p. 588-593, 2017.
- COOKE, Molly et al. American medical education 100 years after the Flexner report. **New England journal of medicine,** v. 355, n. 13, p. 1339-1344, 2006.
- CRUESS, Richard L.; CRUESS, Sylvia R.; STEINERT, Yvonne. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. **Academic Medicine**, v. 91, n. 2, p. 180-185, 2016.
- EPSTEIN, Ronald M.; HUNDERT, Edward M. Defining and assessing professional competence. **Jama**, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.
- KILTY, Caroline et al. A national stakeholder consensus study of challenges and priorities for clinical learning environments in postgraduate medical education. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.
- KOHN, Linda T. et al. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human**: building a safer health system, 2000.
- NORDQUIST, Jonas et al. The clinical learning environment. **Medical Teacher,** v. 41, n. 4, p. 366-372, 2019.

- POWELL, Deborah E.; CARRACCIO, Carol. Toward competency-based medical education. **The New England journal of medicine**, v. 378, n. 1, p. 3-5, 2018.
- ROMÃO, Gustavo Salata et al. **Residência Médica**: ensino e avaliação das competências. 1ª ed. Barueri: Manole; 2022. p. 425-38.
- ROMÃO, Gustavo Salata (Ed.). The Role of Entrustable Professionals Activities in the Training of Specialists in Gynecology and Obstetrics. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 9, p. 819-820, 2022.
- TEN CATE, Olle. Entrustability of professional activities and competency-bases training. **Medical education**, v. 39, p. 1176-1177, 2005.

FORPRES
Formação de Preceptores da Educação em Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

UFMA VIRTUAL

UFMA Universidade Federal do Maranhão

dted
DIRETORIA DE TECNOLOGIAS NA EDUCAÇÃO