



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



DANIEL FONTANA PEDROLLO

**Implantação de atividades profissionais confiabilizadoras
(EPAs) no ensino baseado em competências em
medicina de emergência em um hospital universitário**

PORTO ALEGRE

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA
SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL



DANIEL FONTANA PEDROLLO

**Implantação de atividades profissionais
confiabilizadoras (EPAs) no ensino baseado em
competências em medicina de emergência em um
hospital universitário**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de mestre no Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde –
Mestrado Profissional da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Danilo Blank

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Kuchenbecker

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Pedrollo, Daniel Fontana
Implantação de atividades profissionais
confiabilizadoras (EPAs) no ensino baseado em
competências em medicina de emergência em um hospital
universitário / Daniel Fontana Pedrollo. -- 2021.
121 f.
Orientador: Danilo Blank.

Coorientador: Ricardo Kuchenbecker.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. educação em saúde. 2. educação baseada em
competências. 3. internato. 4. residência. I. Blank,
Danilo, orient. II. Kuchenbecker, Ricardo, coorient.
III. Título.

Aos meus pais Servio e Ivete – *in memoriam* – pelo incentivo constante a educação por toda minha vida.

Aos meus irmãos, Gustavo e Ricardo, companheiros sempre.

À minha esposa Vivian e meu filho Bruno, pelo amor, estímulo, apoio constante, sem vocês nada seria possível ou faria sentido.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Danilo Bank, sempre disponível, atencioso e participativo durante todo trabalho.

Ao meu coorientador, professor Ricardo Kuchenbecker, essencial na realização desse trabalho e além de tudo um amigo em momentos difíceis.

Aos médicos preceptores do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, fundamentais na participação e execução desse estudo.

À Chefia do Serviço de Emergência que apoia e incentiva o desenvolvimento da residência médica.

Aos médicos residentes de emergência que ao longo dos anos vem contribuindo para a melhoria do serviço e dos cuidados aos pacientes, em especial a primeira turma formada, que iniciou as discussões sobre educação médica.

RESUMO

A educação baseada em competências e o uso das atividades profissionais confiabilizadoras (EPAs) como ligação entre uma estrutura de competência e o treinamento prático médico ainda são incipientes em nosso meio. O estudo desenvolveu e implantou uma EPA relacionada ao atendimento dos pacientes clinicamente estáveis em emergência no Programa de Residência Médica do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O processo foi realizado através da constituição de um grupo de trabalho representado por médicos preceptores do Serviço de Emergência, médicos residentes e membros da equipe multiprofissional. Esse grupo elaborou a EPA utilizando a metodologia de conferência de consenso. Também foi sintetizado um guia do percurso metodológico da implantação da EPA na residência médica e descritos, através da realização de abordagem qualitativa de entrevistas em profundidade e grupos focados com profissionais de saúde e médicos residentes, os agentes facilitadores e dificultadores da implantação. Os dados receberam análise de conteúdo com pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Esses foram divididos em 3 categorias: impactos positivos e negativos na qualidade do cuidado prestado na emergência; influência nos processos educacionais e na formação de profissionais; facilidade e dificuldades na sua implantação.

Palavras-chave: educação em saúde, educação baseada em competências, internato e residência.

ABSTRACT

Competency-based education and the use of entrustable professional activities (EPAs) as a link between a competency framework and practical medical training are still incipient in our context. The study developed and implemented an EPA related to the care of clinically stable patients in the Medical Residency Program of the Emergency Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The process was carried out through the constitution of a working group represented by preceptors of the Emergency Service, resident physicians and members of the multidisciplinary team. This group designed the EPA using the consensus conference methodology. A guide to the methodological path of EPA implementation in medical residency was also synthesized and described, through a qualitative approach of in-depth interviews and focus groups with health professionals and resident physicians, the facilitating and hindering agents of the implementation. The data underwent content analysis with pre-analysis, material exploration and treatment of results with inference and interpretation. These were divided into 3 categories: positive and negative impacts on the quality of care provided in the emergency; influence on educational processes and training of professionals; ease and difficulties in its implementation.

Palavras-chave: health education, competence-based education, internship, medical residency

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Concordância do grupo de preceptores com o texto base da EPA Atendimento ao paciente clinicamente estável na emergência em escala de Likert (0 discorda totalmente, 10 concorda totalmente):.....	21
Quadro 2: População entrevistada.....	24
Quadro 3: Resumo dos elementos de destaque nas categorias de análise.....	26

Lista de Abreviaturas

ACGME	Acreditation Council for Graduate Medical Education
EPA	Entrustable Professional Activities
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PRMME	Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência
RCPSC	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
ABMS	American Board of Medical Specialties
CC	Conferência de Consenso
CCA	Conferência de Consenso Adaptado
COREME	Comissão de Residência Médica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	OBJETIVO GERAL	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO	18
5	MÉTODOS	22
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
5.2	CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES	25
5.3	ASPECTOS ÉTICOS E DE PROTEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA	25
5.4	PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	25
5.4.1	Desenvolvimento de EPA para o PRMME	25
5.4.2	Grupos Focais e Entrevistas Individuais	31
5.4.3	Instrumentos de Coleta de Dados	32
5.4.4	Estratégia de Análise de Dados Qualitativos	33
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6.1	PERCEPÇÕES SOBRE OS IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DA EPA NA QUALIDADE DO SERVIÇO	35
6.2	PERCEPÇÕES SOBRE A INFLUÊNCIA DA EPA NOS PROCESSOS EDUCACIONAIS E NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	38
6.3	PERCEPÇÕES SOBRE AS FACILIDADES E DIFICULDADES DA IMPLANTAÇÃO DA EPA.....	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
8	REFERÊNCIAS	54
9	APÊNDICES	61
9.1	APÊNDICE 1 BOLETIM INFORMATIVO IMPLANTAÇÃO DAS EPAS RESIDÊNCIA DE EMERÊNCIA	61
9.2	APÊNDICE 2 FORMULÁRIO ELETRÔNICO ENVIADO	70
9.3	APÊNDICE 3 EPA ATENDIMENTO DO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL NA EMERGÊNCIA	74
9.4	APÊNDICE 4 CASOS OFICINA DE <i>FEEDBACK</i>	79
9.5	APÊNDICE 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	82

9.6	APÊNDICE 6 ROTEIRO DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	84
9.7	APÊNDICE 7 ROTEIRO DE GRUPOS FOCAIS.....	85
9.8	APÊNDICE 8 GUIA DA IMPLANTAÇÃO DA EPA.....	87
10	ANEXO COMPETÊNCIAS DO EMERGENCISTA	104

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o ensino médico nos campos de prática tem sido baseado em processos educacionais de treinamento por exposição a situações específicas por determinados períodos de tempo. Esse conceito, desenvolvido em decorrência de uma falta de articulação do ensino de especialidades médicas ainda nos primeiros tempos de definição da profissão, definiu os parâmetros que persistem até hoje: treinamento por um tempo fixo, conteúdo educacional estruturado, experiência com pacientes, responsabilidade escalonada durante o treinamento e prática supervisionada (LONG, 2000). Em resumo, considerou-se o processo de formação de um especialista baseando-se em tempos de exposição em determinadas áreas relevantes por períodos delimitados para assim atingir sua capacidade de atuação profissional posterior. A estrutura adotada sofre questionamentos pertinentes à percepção de particularidades no aprendizado para diferentes indivíduos, os quais não necessariamente vão apresentar o mesmo tempo para desenvolver uma habilidade específica.

A educação baseada em competências surgiu contrapondo esse conceito de aprendizado baseado em tempo de exposição ou experiência, propondo o enfoque em objetivos claros de aprendizado e na aquisição da competência necessária para desempenhar uma profissão. Modifica-se a perspectiva de uma formação em um tempo fixo sem um objetivo definido para uma formação com um tempo variável mas com um objetivo definido (TEN CATE, 2005). Se antes colocava-se como necessário para a formação profissional o cumprimento de um determinado estágio ou ter tido determinada experiência, a educação baseada em competências tem como objetivo a capacitação num contexto específico de prática profissional (CARRACCIO; WOLFSTHAL; ENGLANDER; FERENTZ *et al.*, 2002). Por exemplo, se anteriormente considerávamos que na formação de um especialista em emergência era necessário termos um mês de estágio em uma clínica pediátrica, na educação baseada em competências o objetivo é a competência em cuidados pediátricos.

Essa mudança de paradigma então tem sido definida na área médica como um treinamento direcionado ao atingimento de um nível de proficiência em uma ou mais competências, com enfoque em adquirir habilidades definidas e organizadas em torno de objetivos claros, derivados da análise de necessidades da sociedade e dos pacientes. Objetiva retirar a ênfase no tempo delimitado para o aprendizado e direcionar o treinando para a progressiva obtenção de objetivos curriculares bem

definidos, promovendo mais responsabilidade, flexibilidade e foco no aprendiz (FRANK; MUNGROO; AHMAD; WANG *et al.*, 2010).

O objetivo da educação baseada em competências é, em última análise, a formação de um profissional de saúde que possa praticar medicina em nível definido de proficiência em acordo com as condições e necessidades locais (TOUCHIE; TEN CATE, 2016). Tais objetivos devem direcionar e determinar a implantação de processos de ensino-aprendizagem e de avaliação, mas esses processos devem ser determinados sempre a partir da definição de objetivos claros, guiando todas as definições de um currículo, diferindo do modelo tradicional, no qual a ênfase é no processo e na estrutura do programa de ensino. Em resumo, poderíamos colocar como princípios da educação baseada em competências: foco em objetivos claros de aprendizado, ênfase em habilidades, atributos pessoais e atitudes e não apenas em conhecimento, menos importância no tempo de treinamento e maior engajamento do aprendiz na obtenção dos objetivos (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010).

Competência pode ser definida como a faculdade observável de um profissional de saúde, integrando múltiplos componentes, como conhecimento, habilidades, características pessoais, atitudes e intenções para atingir um resultado positivo (LOMIS; AMIEL; RYAN; ESPOSITO *et al.*, 2017). Anteriormente, a ênfase no ensino era focada na aquisição de conhecimento, enquanto no conceito de competência as habilidades e atitudes passam a ter importância equivalente na caracterização do profissional. Como devem ter a característica de serem observáveis podem ser avaliadas e medidas para assegurar sua aquisição (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010). Um conjunto de competências de uma profissão consiste nas qualidades gerais que todo profissional deve adquirir para sua formação. Conceitualmente as competências devem ser específicas, abrangentes (incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes), duráveis, passíveis de treinamento, aferíveis, relacionadas a atividades profissionais e vinculadas a outras competências. Estruturas de domínios de competências para a profissão médica foram então desenvolvidas e adotadas nos currículos médicos em países como Canadá (FRANK; SNELL; SHERBINO; BOUCHER, 2015) e Estados Unidos (ACREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2019, July 1). Tais estruturas de competências proveem descrições gerais que servem para guiar aprendizes, supervisores e as instituições no ensino e avaliação dos treinandos.

No entanto, as definições vagas das competências do profissional e a falta de critérios para sua avaliação dificultam a sua aplicação no dia a dia da prática clínica do médico em treinamento (BEESON; WARRINGTON; BRADFORD-SAFFLES; HART, 2014). Com o intuito de operacionalizar e preencher as lacunas existentes entre a teoria da educação baseada em competências e a prática clínica curricular no local de trabalho na educação médica, Olle ten Cate desenvolveu, em 2005, o conceito de atividades profissionais confiabilizadoras (*entrustable professional activities*, popularizadas pela sigla EPA), uma abordagem pedagógica avaliativa baseada em processos de confiabilização no contexto do trabalho clínico (TEN CATE, 2005). Esse conceito tem sido adaptado para a língua portuguesa com o emprego do equivalente terminológico “atividades profissionais confiabilizadoras” (NEUMANN; GERBASE; BLANK; CAPP, 2019). Contudo, em vista da quantidade enorme de artigos científicos sobre esse tema que têm surgido na literatura do campo da educação de profissionais de saúde utilizando o termo *entrustable professional activities*, assim mesmo em inglês – e quase sempre designado pela sigla “EPAs” –, independentemente da língua da publicação (HENDREN; KUMAGAI, 2019; MIRANDA; MAZZO; ALVES PEREIRA-JUNIOR, 2018; SPENKELINK-SCHUT; TEN CATE; KORT, 2008; TORRES; GOITY; MUNOZ; DRAGO, 2018), a tendência é pela manutenção transnacional da sigla original, a qual será utilizada neste trabalho para designar esse instrumento de avaliação formativa.

Confiança é um conceito central no trabalho em cuidados de saúde: os pacientes confiam em seus cuidadores e esses necessitam cooperação e confiança entre si. Em um ambiente de ensino o supervisor necessita delegar cuidados para o seu treinando, os quais só ocorrem à medida que se confia que seu aluno adquiriu competência para realizá-los. Com essa lógica conseguiu-se operacionalizar a avaliação das competências na prática diária através da capacidade do aluno de realizar sem supervisão atividades que lhe sejam confiadas. As EPAs podem ser descritas como unidades de prática profissional (por exemplo, manejo clínico de um paciente com sepse) que podem ser confiadas a um treinando em formação tão logo demonstre competência para executá-las sem supervisão. Importante salientar que EPAs não são competências, as quais são descritores do profissional, mas sim um meio de traduzir o que as competências representam na prática, sendo, portanto, uma descrição do trabalho da profissão. EPAs usualmente requerem domínio de múltiplas competências e de forma integrativa (TEN CATE, 2013).

Constituindo então a descrição do trabalho e das responsabilidades do profissional em sua prática diária nos cuidados aos pacientes, EPAs são uma descrição operacional da profissão médica e suas especialidades (BEESON; WARRINGTON; BRADFORD-SAFFLES; HART, 2014; SCHULTZ; GRIFFITHS; LACASSE, 2015). Constituem a lista de atividades que cada unidade (enfermaria, unidade intensiva, emergência, etc.) ou profissional da saúde realiza em seu dia a dia, semana a semana ou qualquer período de tempo (CATE, 2018; TEN CATE; SCHEELE, 2007). EPAs são atividades limitadas (têm início e fim) e só podem ser confiadas a pessoas treinadas. Na profissão médica o ponto crucial é que essas atividades sejam realizadas com segurança e sua avaliação seja realizada com esse foco.

A educação baseada em competências e o uso das EPAs como ligação entre uma estrutura de competência e o treinamento prático médico ainda é incipiente em nosso meio. Em processo inovador, as escolas médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre vêm realizando um projeto colaborativo interinstitucional, liderado pelos professores Cristina Neumann, Margaret Gerbase e Danilo Blank, com a utilização de EPAs para aprimorar o processo de avaliação no internato médico. Trata-se de projeto financiado pelo National Board of Medical Examiners, dos Estados Unidos, para o biênio 2019-2020. O projeto prevê a implantação de 13 EPAs para avaliação de alunos cumprindo programa de internato nos dois cursos supracitados (NEUMANN; GERBASE; BLANK; CAPP, 2019). No entanto, não encontramos descrição de experiências locais do uso das EPAs na especialização durante a residência médica.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre iniciou seu Programa de Residência em Medicina de Emergência há 5 anos e vem desenvolvendo o seu currículo com o enfoque na aquisição de competências, mas encontra a mesma dificuldade relatada acima no desenvolvimento de mecanismos de avaliação e observação das competências definidas pelo programa. A medicina de emergência é uma especialidade nova no Brasil, reconhecida há 5 anos pelo Conselho Federal de Medicina. Por tratar-se de uma especialidade recente, necessita desenvolver seu corpo de conhecimento e processo de formação de especialistas. O presente trabalho descreveu a utilização do conceito de EPAs e sua implementação na Residência Médica em Medicina de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, caracterizando o processo utilizado e produzindo um guia do percurso dessa atividade.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se insere no contexto de recente criação do Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência (PRMME) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital de ensino afiliado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A medicina de emergência foi reconhecida como especialidade médica no Brasil no ano de 2015, o que propiciou a criação de vários programas de residência médica nessa especialidade no país (SIMERS, 2016). O HCPA teve sua primeira turma de médicos residentes em emergência em 2016 e vem consolidando seu programa, desenhado conforme as diretrizes adotadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, com duração de 3 anos, desde então.

O PRMME, sob coordenação da Comissão de Residência Médica do HCPA, conta com 22 médicos contratados do Serviço de Emergência da instituição que, liderados pelo supervisor do programa, desempenham função de preceptoria. Anualmente ingressam 4 médicos perfazendo um grupo total de 12 residentes. Por tratar-se de programa de residência médica de uma nova especialidade, encontramos um ambiente e um grupo de preceptores jovem e aberto a novas experiências didáticas e curriculares, ainda que em contexto assistencial que frequentemente promove estratégias de cuidado em situações de flagrante superlotação.

Desde a promulgação da portaria 2048, em 2002, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, foi definida a necessidade da formação de recursos humanos para a área, mas sem nenhum desdobramento quanto a que tipo ou que forma de qualificação se faz necessária para esses profissionais (SAÚDE, 2003). Também em portaria de 2013, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, foi definido o papel dessas instituições na formação de recursos humanos para o SUS, mas novamente sem detalhamento de como essa pode ou deve ocorrer (SAÚDE, 2002).

A formação ampla, com conhecimentos básicos em diversas especialidades, necessária ao médico emergencista, dificulta a construção curricular e a avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes, necessitando discussão e modernização do plano de treinamento em relação às práticas habituais de ensino médico de especialista.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e implantar uma EPA relacionada ao atendimento das queixas mais frequentes em medicina de emergência no Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Desenvolver e implantar, mediante metodologia de “conferência de consenso” uma EPA relacionada ao atendimento das queixas mais frequentes em medicina de emergência no PRMME do HCPA;
- 3.2.2. Caracterizar o processo de desenvolvimento de uma EPA no PRMME do HCPA;
- 3.2.3. Caracterizar os fatores contextuais e agentes facilitadores e dificultadores da implantação de EPA em medicina de emergência;
- 3.2.3. Elaborar um guia do percurso metodológico para implantação da EPA.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Desde os anos 1990, o Royal College of Physicians and Surgeons of Canada desenvolve uma estrutura de competências para a educação médica, composta por sete competências: expertise médica, colaboração interprofissional, comunicação, promoção de saúde, profissionalismo, liderança e educação continuada (FRANK, 2005; FRANK; SNELL; SHERBINO, 2015). Essas competências são utilizadas então como objetivos da graduação médica e sofrem adaptações quando utilizadas para uso no ensino do médico especialista.

Em 1999, o American Council for Graduate Medical Education (ACGME) definiu seis competências centrais como objetivo de ensino e avaliação para graduação médica. Esse processo foi o início de um movimento de migração de um foco no processo de aprendizagem para um foco na avaliação de objetivos educacionais. Em artigo de revisão recente, Englander e colaboradores realizaram uma revisão das estruturas de competências mais significativas publicadas e compuseram um compilado dos domínios de competências, propostos pelos seguintes grupos: Outcome Project of the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) e o American Board of Medical Specialties (ABMS), nos Estados Unidos; o CanMEDS Framework of the Royal College of Physicians and Surgeons, do Canadá; o Scottish Doctor Project, na Escócia; e o Framework for Undergraduate Medical Education, dos Países Baixos. Essa compilação seria composta por oito domínios de competência: cuidados ao paciente, conhecimento para prática, aprendizado e aperfeiçoamento baseado na prática, habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal, profissionalismo, prática baseada em sistema, colaboração interprofissional e desenvolvimento pessoal e interprofissional (ENGLANDER; FRANK; CARRACCIO; SHERBINO *et al.*, 2017).

Para fins do presente projeto, o grupo de preceptores da residência de emergência do HCPA realizou uma adaptação livre das competências, utilizando a nomenclatura e conteúdo dos domínios de competência canadense específicos para o emergencista (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA, 2018) e competências gerais para residência estadunidense (ACREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2019, July 1), adaptando para o meio em que atua, resultando em sete domínios de competência para o médico emergencista, descritos no anexo 1.

O conjunto de competências pode ser definido como as qualidades descritoras do profissional. A definição prévia do conjunto de competências é essencial para a construção das EPAs pois estas devem estar ligadas a uma estrutura de competências organizadas, ressaltando quais competências específicas são necessárias para cada atividade profissional. EPAs foram concebidas para realizar a tradução desse conjunto de competências nas atividades da prática médica. No ambiente de ensino, supervisores decidem quando e quais tarefas podem ser confiadas a um aprendiz e essas tarefas ou responsabilidades são confiadas para serem executadas sem supervisão uma vez que ele tenha demonstrado competência específica suficiente. EPAs não devem ser consideradas uma alternativa para as competências, mas sim uma maneira de traduzi-las na prática clínica. As competências são descritoras das qualidades profissionais (ex.: conhecimento, atitude profissional, habilidades de comunicação) enquanto as EPAs são descritoras do trabalho do profissional (ex.: cuidados do paciente clinicamente instável na emergência seria uma EPA que requer determinadas competências para ser confiada a um treinando).

No treinamento dos profissionais médicos contamos com um currículo que se desenvolve no local de trabalho e, à luz da educação baseada em competências, pode ser definido como o conjunto de experiências no mundo real que promovem a aquisição de competências necessárias para sua formação profissional. As características que moldam esse tipo de currículo são: a) uma trajetória de participação que vai de uma responsabilidade baixa a alta; b) acesso a conhecimento que não se poderia adquirir sozinho; c) orientação direta por pares mais experientes; d) orientação indireta pela interação com o ambiente físico e social de trabalho (TOUCHIE; TEN CATE, 2016). É nesse meio que a construção do currículo utilizando as EPAs encontra seu lugar.

Uma EPA usualmente requer múltiplas competências de maneira integrada para que seja confiada plenamente, correspondendo a uma atividade que o residente/treinando deve ser capaz de executar independentemente após ter realizado uma série de ações interconectadas necessárias para a execução plena da atividade central (TEN CATE, 2013). Uma lista de EPAs constitui o núcleo de atividades chave que se espera que um determinado profissional seja capaz de dominar (TEN CATE; CHEN; HOFF; PETERS *et al.*, 2015).

Um aluno de graduação ou pós-graduação, ao ser avaliado em uma EPA, poderá estar em um dos seguintes níveis:

1. Observa, mas não executa, mesmo com supervisão direta;
2. Executa sob supervisão direta e pró-ativa;
3. Executa sob supervisão reativa, ou seja, sob demanda ou rapidamente disponível;
4. Supervisão à distância ou posterior;
5. O aluno executa supervisão a alunos menos experientes.

Tais níveis integram conhecimento e atuação, servindo como modelo para o desenvolvimento dos marcos de aprendizado dentro de uma EPA integrada às competências específicas que se quer atingir.

Assim sendo, o conceito de EPA é útil de duas formas:

1. Convida os educadores que estão construindo o currículo a identificarem e selecionarem as atividades mais importantes, representativas e críticas que devem ser ensinadas iniciando da prática clínica e focando nos desfechos do treinamento;
2. Implica que cada atividade esteja ligada explicitamente àqueles domínios de competência que são mais cruciais, criando uma base para a observação e avaliação das competências assim como elas se manifestam na prática clínica (MULDER; TEN CATE; DAALDER; BERKVEN, 2010).

Para elaboração de uma EPA encontramos sugestões de etapas para sua construção, conforme abordado nos itens seguintes.

1. **Selecionar atividades compatíveis:** atividades profissionais que podem ser confiadas a alguém e que requerem competência, isto é, integração entre conhecimento, habilidades e atitudes, e que o treinando deve ser capaz de realizar ao fim do treinamento.
2. **Descrição da atividade:** Cada EPA deve receber um título informativo, que contenha um verbo que especifica a atividade médica e, frequentemente, define um grupo particular de pacientes. Após, a EPA deve ser resumida em 20-50 palavras, dando uma ideia geral do seu conteúdo e caráter e deixando claras as limitações quanto à responsabilidade, autoridade e autonomia. A descrição deve fazer referência às EPAs menores que compõem a EPA mais complexa.

- 2.1. **Seleção dos domínios de competência:** uma correlação adequada entre a EPA e domínios adequadamente selecionados constrói um currículo balanceado.
 - 2.2. **Especificação dos conhecimentos e as habilidades necessárias:** essa descrição pode fazer referências a manuais e protocolos.
 - 2.3. **Descrição dos métodos de avaliação:** deve levar em consideração como o conhecimento, as habilidades e atitudes se integram na atuação do estagiário em atividades reais. A base de avaliação deve sempre responder à seguinte pergunta: pode-se delegar certa atividade ao estagiário para que seja executada de forma independente?
- 3. Planejar o aprendizado e a avaliação das EPAs:**
- 3.1. **Agendar as EPAs ao longo do treinamento:** as EPAs podem ser treinadas sequencialmente ou simultaneamente. As mais simples devem ser treinadas e avaliadas antes das mais complexas;
 - 3.2. **Ajustar o calendário ao longo do treinamento:** deve-se ajustar a realização da EPA de acordo com os níveis de competência e supervisão (TEN CATE; HART; ANKEL; BUSARI *et al.*, 2016):
 - Nível 1: adquiriu conhecimento e habilidade, mas ainda insuficiente para colocar em prática;
 - Nível 2: realiza uma atividade sob supervisão total e pró-ativa do supervisor. O supervisor decide sobre a intensidade da supervisão;
 - Nível 3: realiza uma atividade sob supervisão qualificada e reativa. O estagiário solicita a supervisão;
 - Nível 4: realiza uma atividade com suporte a distância;
 - Nível 5: pode oferecer supervisão a outros.

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caso que envolveu elaboração e implantação de uma EPA no PRMME mediante conferência de consenso e análise da factibilidade do processo de implantação.

O estudo de caso realizou comparações tipo “antes-e-depois” relacionadas à elaboração e implantação de uma atividade profissional confiabilizadora (EPA) no PRMM com abordagem qualitativa incluindo a realização de “conferência de consenso” (HARTZ; SILVA, 2005) para estabelecer a EPA e seus domínios de competências, grupo focal e entrevistas em profundidade visando a caracterizar a aceitabilidade por parte de preceptores e médicos residentes em relação à possibilidade de implantação e utilização da EPA nos processos de formação e preceptoria do Serviço de Emergência do HCPA.

Há diferentes técnicas e metodologias utilizadas para a elaboração de documentos de consenso como diretrizes e protocolos clínicos entre especialistas incluindo comitês técnicos, júri simulado, método Delphi, conferências de consenso, processos de consulta pública, entre outros. Comitês de especialistas podem produzir documentos qualificados e baseados em evidências robustas. Entretanto, essa metodologia tem como potencial desvantagem a influência do “argumento da autoridade” (HARTZ; SILVA, 2005).

O método Delphi utiliza instrumentos como questionários que são preenchidos por especialistas e/ou partes interessadas em relação a determinado tema ou processo decisório. Tais instrumentos fornecem respostas que são submetidas a abordagem estatística mediante a estimativa de medidas de tendência central e/ou dispersão que norteiam a priorização de assuntos/temas entre diferentes rodadas envolvendo os especialistas na elaboração do documento síntese resultante do processo.

A elaboração de Recomendações para a Prática Clínica, por sua vez, estabelece igualmente um debate público no qual os especialistas estabelecem o contraditório e submetem a processo de votação tópicos e informações clínicas adotando mecanismos de classificação dos níveis de evidência e graus de

recomendação para cada um dos pontos abordados no documento. A elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos têm utilizado conferências de consenso, revisões sistemáticas da literatura, painéis de especialistas e metodologias Delphi, entre outras, como é o caso, por exemplo da “Terceira Definição Internacional de Consenso para a Sepse e Choque Séptico (Sepsis-3)” (SINGER; DEUTSCHMAN; SEYMOUR; SHANKAR-HARI *et al.*, 2016).

A Conferência de Consenso (CC) consiste na elaboração de recomendações técnico-científicas por um “júri” ao término de atividades de elaboração e apresentação de documentos/relatórios de especialistas visando a síntese de conhecimentos técnicos específicos. Compreende a análise crítica da literatura a partir da participação de especialistas com o objetivo de responder a questões temáticas de interesse previamente definidas. Pressupõe o desenvolvimento de sessão(ões) pública(s) para promover a discussão, o exercício do contraditório e a apresentação das evidências científicas e os pontos de vista dos especialistas em determinado assunto (SANTÉ, 1999).

Na CC, as atividades ocorrem mediante a presença de grupo multidisciplinar ou multiprofissional na presença de um júri simulado. São definidas questões temáticas norteadoras ao processo de elaboração de recomendações, as quais são revisadas ao longo de sessões prevendo o debate e o confronto de ideias. O processo de organização das atividades toma a forma de um tribunal de justiça simulado com a participação de um juiz, advogados de acusação, defesa e jurados. Advogados de defesa e acusação reúnem informações científicas prévias que consubstanciarão todo o processo de debate (SANTÉ, 1999).

Souza, Vieira da Silva e Hartz (HARTZ; SILVA, 2005) elaboraram uma “técnica mista” de elaboração de consenso entre especialistas prevendo aspectos previstos na metodologia da CC e quantitativos utilizados no método Delphi. Os autores denominaram de “Conferência de Consenso” que aqui chamaremos de conferência de consenso adaptada (CCA) para não confundir com a CC proposta pela Agência Francesa de Acreditação e Avaliação em Saúde (SANTÉ, 1999).

A CCA prevê três etapas: a) elaboração de matriz de conteúdos elaborada individualmente pelos especialistas convidados; b) discussão aberta entre os participantes; c) novo ciclo de resposta individual às questões postas na matriz. A primeira e terceira etapas são realizadas de modo a preservar o anonimato dos

respondentes, enquanto a segunda etapa compreende o debate entre os especialistas. Estes são identificados entre especialistas com notória atuação e expertise nas áreas afetas às temáticas a serem abordadas na conferência de consenso. Escolhidos, os especialistas recebem por correio eletrônico a matriz contendo os conteúdos a serem discutidos e são solicitados a opinar individualmente quanto à concordância ou discordância com relação a cada um dos itens. Os participantes atribuem de 1 a 10 pontos conforme a importância relativa atribuída a cada uma das ações-chave e desempenhos. Os especialistas podem propor a modificação das ações-chave e desempenhos, bem como sugerir a inclusão de novas proposições.

Na segunda etapa, realiza-se encontro presencial com o grupo de especialistas, ocasião em que estes recebem planilha compilando as respostas individuais. Neste momento, o debate entre os especialistas, mediado por um ou mais pesquisadores-facilitadores objetiva expressar suas opiniões e argumentos sem, no entanto, buscar algum tipo de consenso. A partir dessa etapa, nova matriz é elaborada fruto das formulações e colaborações dos participantes. Esta matriz contém indubitavelmente elementos discordantes e até mesmos contraditórios.

Na terceira e última etapa, os especialistas são convidados a se manifestar novamente de modo individual e anônimo preenchendo nova matriz com abordagem crítica do que foi sistematizado na etapa anterior. As respostas dos especialistas recebem então pontuação de zero a dez, representando a opinião do especialista sobre a importância dada pelo mesmo a cada um dos quesitos, onde 10 representa máxima importância para o tema/assunto e zero representa que o mesmo deva ser excluído do documento. São então calculadas a média aritmética e o desvio padrão. Médias maiores denotam maior importância do critério/quesito. O desvio padrão permite estimar o grau de consenso na inversa proporção. Critérios com média igual ou superior a sete são considerados como importantes. Abaixo desse valor, como não importantes. Critérios/quesitos com desvio padrão inferior a três são considerados como consensuais. Média e desvio padrão permitem, portanto, estabelecer se um critério/quesito é importante e consensual (HARTZ; SILVA, 2005).

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e envolveu os profissionais médicos contratados e preceptores da Residência de Medicina de Emergência, profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde e médicos residentes de Medicina de Emergência. As reuniões foram realizadas no próprio auditório do serviço fora de horário de trabalho.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS E DE PROTEÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a partir da Plataforma Brasil, nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Os riscos associados à participação nesta pesquisa estavam ligados ao fato dos sujeitos poderem sentir desconforto com a presença de pesquisadores/as e com a gravação de interações das quais participaram. Caso houvesse qualquer tipo de desconforto ou constrangimento a gravação seria interrompida e os dados descartados. A identidade, nome real, nomes de outras pessoas, cidades e instituições que foram mencionados durante o andamento das reuniões e entrevistas serão substituídas por pseudônimos em qualquer apresentação ou publicação do estudo.

5.4 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

5.4.1 Desenvolvimento de EPA para o PRMME

O projeto previu o desenvolvimento e implantação de uma EPA através das seguintes etapas:

- a. Constituição de um grupo de trabalho representado por médicos preceptores do Serviço de Emergência, além de representantes dos

médicos residentes, dos enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional que atuam no serviço e de representante da Comissão de Residência Médica do hospital. Esse grupo de trabalho teve as seguintes atribuições: 1) participar, como especialistas consultores, do processo de elaboração e implantação da EPA que incluiu uma conferência de consenso; b) participar de reuniões periódicas de discussão, monitoramento e implantação da EPA no referido serviço; c) participar de um processo de formação com o objetivo de implantar a EPA no processo de supervisão, avaliação e feedback dos médicos residentes do serviço; d) relatar suas impressões, fatores facilitadores e dificultadores em relação à implantação e utilização da EPA no processo de supervisão, avaliação e feedback dos médicos residentes.

- b. Apresentação do projeto e dos conceitos de ensino baseado em competências e EPAs: foi realizada uma primeira reunião com os preceptores expondo as atividades previstas e iniciando a discussão com o grupo sobre a metodologia a ser empregada e suas particularidades. Previamente foi enviado para o grupo de preceptores a matriz de competências (anexo 1) utilizada como base no programa de residência e um boletim informativo introdutório ao assunto resumindo o ensino baseado em competências e a utilização de EPAs (apêndice 1). A apresentação incluiu as intervenções, etapas, objetivos e resultados esperados, além de breve exposição dialogada sobre conteúdos relacionados ao ensino baseado em competências e utilização das EPAs em serviços de emergência. Também foram discutidas as competências já estabelecidas e sua adequação. Esse primeiro encontro serviu como espaço para esclarecimento de dúvidas e convite à participação de todos na realização do projeto. Em virtude de restrições decorrentes da pandemia da covid-19 os encontros foram realizados em formato virtual. Após esse encontro, quatro preceptores e a equipe de pesquisadores reuniram-se para elaborar uma proposta de EPA conforme abaixo.
- c. Definição do escopo de abrangência e construção de uma EPA a partir da metodologia de conferência de consenso (HARTZ; SILVA, 2005).

- i. Inicialmente, quatro preceptores e a equipe de pesquisa elaboraram conteúdo para descrição de uma EPA pré-definida contendo: nome, descrição da atividade, competências necessárias para sua realização, conhecimentos e habilidades requeridas, proposta de avaliação. Esta EPA foi elaborada a partir de um texto-base redigido pela equipe de pesquisadores prevendo as competências relacionadas a um escopo de síndromes clínicas mais comuns no atendimento de pacientes em serviços de emergência. Entre as atividades realizadas pelo emergencista em sua prática está a avaliação de pacientes em consulta em emergência. Essas são caracterizadas por pacientes com estabilidade clínica e por um grupo de queixas, dentre as mais frequentes: dispneia, dor torácica, dor abdominal, dor lombar e cefaleia. O atendimento dessas síndromes contempla a caracterização de uma EPA pois requerem múltiplas competências, são atividades que o treinando deve ser capaz de realizar de forma independente e são essenciais da sua profissão como emergencista. Nessa EPA estariam excluídos os pacientes instáveis clinicamente pois requerem um escopo de competências mais avançado e que caracterizaria outra atividade.
- ii. Foi promovido novo encontro virtual entre todos os preceptores para apreciação do conteúdo elaborado, acréscimo de sugestões e críticas. Foram enviadas sugestões ao texto apresentado e incorporadas a esse.
- iii. Após a elaboração de documento-síntese a partir das sugestões dos preceptores na reunião, a matriz de conteúdo foi reenviada com acréscimos sugeridos pelo grupo para apreciação e votação não presencial através de formulário eletrônico com assertivas a serem avaliadas pelos sujeitos de pesquisa mediante questões estruturadas utilizando escala de Likert de concordância (ver apêndice 2). As respostas dos especialistas consistiam em uma pontuação de zero a dez, representando a opinião dos preceptores sobre a importância dada a cada um dos quesitos,

onde 10 representa máxima importância para o tema/assunto e um representa que o mesmo deveria ser excluído do documento. Foram então calculadas a média aritmética e o desvio-padrão. Médias maiores denotam maior importância do critério/quesito. O desvio-padrão permitiu estimar o grau de consenso na inversa proporção. Critérios com média igual ou superior a sete foram considerados como importantes. Critérios/quesitos com desvio-padrão inferior a três são considerados como consensuais. Média e desvio-padrão permitiu, portanto, estabelecer se um critério/quesito é importante e consensual. A votação contou com 25 participantes respondendo o questionário, dentre esses 16 preceptores médicos, 6 médicos residentes e 3 preceptores da residência multiprofissional. A análise das respostas do texto base da EPA demonstrou ampla concordância com o texto elaborado conforme demonstrado no quadro 1, com médias de consenso acima de 7 e desvios-padrão inferiores a 3.

- iv. Nova reunião virtual com os preceptores e representantes dos médicos residentes para apresentação do texto final da EPA finalizada, processo de implantação da EPA e proposta de instrumentos de avaliação para serem testados (apêndice 3). Dois instrumentos poderão ser utilizados para avaliação: um de habilidades gerais e outro para procedimentos associados à EPA. Nesse encontro foi aprofundado o tema do treinamento em serviço dos médicos residentes e avaliação de suas competências, propondo-se a realização de uma oficina de treinamento de feedback com participação de preceptores e residentes.
- d. Treinamento para os preceptores: o grupo de pesquisadores elaborou uma oficina de preceptoria e *feedback* no formato de *role playing*. Participaram desse exercício 8 preceptores e 4 médicos residentes. Foram elaborados 4 casos para exercício de preceptoria entre os pares com a intenção de demonstrar a importância do feedback estruturado, a técnica de sua aplicação e dificuldades da sua implantação (apêndice 4). Essa atividade marcou o fim do processo de elaboração da EPA e

preparou o grupo para a etapa de coleta de dados através de entrevistas individuais e realização dos grupos focais para obter a percepção do grupo sobre a implantação das EPAs e seus fatores dificultadores e facilitadores.

Quadro 1 Concordância do grupo de preceptores com o texto base da EPA Atendimento ao paciente clinicamente estável na emergência em escala de Likert (1 discorda totalmente, 10 concorda totalmente):

Componentes do texto base da EPA	Média (desvio-padrão)
1 - Quanto ao título: "Atendimento ao paciente clinicamente estável na unidade de emergência", qual o seu grau de concordância de 0 a 10?	9,54 (0,75)
2 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Elabora, comunica e registra uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares", qual o seu grau de concordância de 0 a 10?	9,45 (1,2)
3 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Identifica através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determina a prioridade do manejo terapêutico", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,75 (0,5)
4 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Avalia o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,54 (1,1)
5 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Constrói uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnósticos com elevado potencial de morbidade e mortalidade", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,62 (0,7)
6 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Determina a prioridade e solicita exames complementares coerentes com as hipóteses interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, rx, tomografia e laboratório)", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,54 (0,85)
7 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Conhece o local que está atuando sabendo direcionar o paciente de acordo com suas necessidades, Identifica e aloca recursos necessários para o diagnóstico e o tratamento condizentes com a situação e o cenário", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,5 (1,1)
8 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Seleciona apropriadamente os agentes farmacológicos para	9,58 (0,9)

administração e considera seus efeitos adversos", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	
9 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Interpreta e discute os resultados da avaliação com o especialista quando necessário para realizar o plano de manejo", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,5 (1,1)
10 – Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Indica e interpreta, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável – punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese", qual o seu grau de concordância em uma escala de 1 a 10?	9,2 (1,3)
11 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Realiza com registro adequado procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese", qual o seu grau de concordância em uma escala de 1 a 10?	9,2 (1,3)
12 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Indica, realiza e interpreta adequadamente a ecografia à beira do leito, compreendendo suas limitações", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,5 (0,9)
13 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Comunica adequadamente à equipe, os familiares e pacientes as condutas a serem adotadas e as suas justificativas.", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,54 (1,3)
14 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Identifica a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planeja a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,5 (1,2)
15 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Elabora plano de alta da emergência orientando o seguimento e fornecendo informações necessárias", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,58 (1,1)
16 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Percebe as suas deficiências e limitações e elabora um plano de estudo para a situação", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?	9,6 (1,1)
18 - O processo de confiabilização de um médico residente em relação a uma EPA deve envolver, para além do mesmo, a interação com pelo menos três preceptores	9,5 (1,1)
20 - O prazo máximo para o residente ser avaliado e confiabilizado nessa EPA deverá ser de 1 ano podendo ser prorrogado por 6 meses.	8,8 (1,8)

22 - Os residentes deverão realizar um registro mínimo de atendimentos e observações com 3 preceptores diferentes para se tornarem confiáveis.	9,3 (1,4)
--	--------------

M média; DP desvio padrão.

5.4.2 Grupos Focais e Entrevistas Individuais

O estudo realizou abordagem qualitativa envolvendo entrevistas individuais em profundidade e grupos focais compostos por 4 sujeitos de pesquisa. A amostra das entrevistas em profundidade foi de preceptores médicos, enfermeiros, farmacêutico e médicos residentes participantes do processo de desenvolvimento que atenderam a, pelo menos, duas das 3 reuniões de apresentação e discussão da EPA realizadas. Foram realizadas então 16 entrevistas individuais com 9 preceptores médicos, 3 preceptores multiprofissionais e 4 médicos residentes.

Os grupos focais foram formados com os participantes da oficina de preceptoria pois entendeu-se que a participação nessa atividade enriqueceria a discussão em grupo. Foram realizados então 4 grupos focais no seguinte formato: 1 grupo com 4 preceptores médicos emergencistas, 1 grupo com preceptores do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Ênfase em Adulto Crítico (com atuação nos Serviços de Emergência e Medicina Intensiva), 1 grupo com 4 residentes e 1 grupo com residentes e preceptores.

Cabe ressaltar que o serviço de emergência contava no momento da realização da pesquisa com 20 preceptores cadastrados junto à COREME do HCPA e 12 médicos residentes. As interações dos grupos foram registradas no local de realização das reuniões em imagens e áudio, a partir da utilização de câmeras de vídeo fornecidas pelo pesquisador, o qual cuidou de sua manipulação. As entrevistas individuais foram registradas em áudio. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5) foi aplicado a todos os participantes em duas vias de igual conteúdo, uma das quais ficou em poder do pesquisador e a outra com o participante.

A utilização das imagens no âmbito do projeto de pesquisa obedeceu ainda ao Plano de Videomonitoramento e Imagens e Plano de Segurança Patrimonial e Política de Segurança da Informação e Comunicações do HCPA, documentos institucionais

que salvaguardam a privacidade, a intimidade, a vida privada, a imagem e a honra das pessoas no âmbito das atividades de assistência, ensino e pesquisa realizadas pela instituição. Embora o uso das imagens esteja em consonância com os planos institucionais supracitados, as câmeras utilizadas no projeto de pesquisa não estiveram ligadas ao sistema de segurança patrimonial.

Segundo o Plano de Videomonitoramento de Imagens do HCPA, “todas as imagens recolhidas, armazenadas e/ou processadas por meio de videomonitoramento são consideradas informações sensíveis e devem ser tratadas conforme as condições indicadas” [...] “com privacidade das informações e imagens”. O Plano de Videomonitoramento de Imagens considera “informação sensível qualquer informação captada pelo sistema de videomonitoramento, pois trata de comportamentos, hábitos, características, rotinas ou quaisquer outras informações que, direta ou indiretamente, permita ao espectador das filmagens inferir sobre qualquer pessoa, seja esta pessoa física ou jurídica”.

A equipe de pesquisa comprometeu-se a preservar a privacidade, confidencialidade e integridade das informações não registrando situações que violem a intimidade ou privacidade das pessoas em locais como banheiros, vestiários e salas de lanche. A equipe de pesquisa não coletou informações que não tiveram relação direta com as interações entre os profissionais de saúde correspondente ao objetivo da pesquisa.

Quadro 2: População entrevistada

Grupo de Entrevistados	Identificação dos Entrevistados
Preceptores	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9
Equipe multiprofissional	M1, M2, M3
Médicos Residentes	R1, R2, R3, R4

5.4.3 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram elaborados roteiros semiestruturados para as entrevistas em profundidade e grupos focados, os quais encontram-se nos apêndices 6 e 7.

5.4.4 Estratégia de Análise de Dados Qualitativos

Após a coleta dos dados foi realizada a análise de conteúdo tendo como direcionador a metodologia proposta por Bardin envolvendo pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação (BARDIN, 2011). Para tal, as unidades de análise corresponderam às manifestações dos sujeitos de pesquisa registradas em áudio a partir das atividades previstas pela coleta de dados. Inicialmente as entrevistas foram transcritas e então relidas pelos 3 pesquisadores responsáveis em busca dos objetivos do estudo e de informações relevantes para o tema surgidas espontaneamente. A análise das transcrições oriundas das sessões de grupos focados e entrevistas em profundidade permitiram, a partir das percepções e reflexões realizadas pelos sujeitos de pesquisa e pelos pesquisadores, a construção de categorias de análise.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 16 pessoas: 9 preceptores médicos, 2 enfermeiros, 1 farmacêutico e 4 médicos residentes do serviço pesquisado. Também foram realizados 4 grupos focais, como descritos no item 5.4.2. A análise da transcrição das entrevistas e grupos focais permitiu categorizar as seguintes temáticas: percepções dos entrevistados sobre os impactos positivos e negativos da EPA na qualidade do serviço, percepções sobre a influência da EPA nos processos educacionais e na formação dos profissionais e, por fim, percepções sobre as facilidades e dificuldades da implantação da EPA no Serviço de Emergência. Dentre essas categorias os principais elementos destacados nas entrevistas encontram-se resumidos no quadro abaixo.

Quadro 3 Resumo dos elementos de destaque nas categorias de análise

Categoria	Elementos de destaque
<ul style="list-style-type: none"> • percepções sobre os impactos positivos e negativos da EPA na qualidade do cuidado prestado no serviço de emergência 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda promovendo um atendimento mais cauteloso e acompanhamento maior do residente • Carência de sistematização por parte dos preceptores que poderia ser obtida com as EPAs: ato de instruir no local de trabalho é desorganizado, heterogêneo • Processo de avaliação dos médicos residentes é ruim atualmente • Aumento da carga de trabalho representado pelas atividades de avaliação e feedback dos médicos residentes
<ul style="list-style-type: none"> • percepções sobre a influência da EPA nos processos educacionais e na formação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza a preceptoría e coloca objetivos de aprendizado • Tendência a ver como uma prova prática • Tornar uma avaliação contínua, frequente e construtiva • Promover feedback aos médicos residentes
<ul style="list-style-type: none"> • percepções sobre as facilidades e dificuldades da implantação da EPA 	<ul style="list-style-type: none"> • Lotação do serviço de emergência dificulta a realização de atividades de preceptoría aos médicos residentes • Modo de trabalho leva ao costume de apenas dizer o que o residente deve fazer, pouca orientação para o raciocínio clínico mais para cumprir tarefas • Falta de formação em educação, necessidade e interesse em treinamento para preceptoría • A confiabilização já é feita de maneira informal • Ideia previa de avaliação punitiva por parte dos residentes • Falta de entendimento do médico residente sobre a relevância da participação de outras profissões na sua formação

A seguir detalhamos nas categorias os principais elementos destacados nas entrevistas e grupos focais. Optamos, para melhor fluidez do texto, construir

ponderações junto à apresentação dos resultados relacionando com achados na literatura que dialogam com as impressões colhidas nas entrevistas.

6.1 PERCEPÇÕES SOBRE OS IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DA EPA NA QUALIDADE DO SERVIÇO

Neste item descrevemos os impactos na qualidade do serviço percebidos pelo grupo do estudo. Os elementos analisados destacaram considerações sobre promoção de um atendimento mais cauteloso e atenção ao médico residente, uniformização da preceptoria, impressão de o processo avaliativo atual ser inadequado e, portanto, necessário ser modificado. Também se notou receio de uma atividade que possa ser complexa demais para o ambiente habitualmente tumultuado de uma emergência, acarretando mais sobrecarga ao preceptor.

Quanto ao atendimento ao paciente, foi citado que EPAs poderiam promover um atendimento melhor por ser mais cauteloso e com melhor acompanhamento das atividades dos treinandos. Além disso a participação da equipe multidisciplinar na formação do residente poderia melhorar o processo de assistência. As citações abaixo demonstram essa ideia percebida pelo residente, preceptor e enfermeiro:

Acho que a gente vai conseguir fazer um atendimento mais cauteloso, perceber mais o todo. (R1)

Acho que elas serão um avanço, por ter uma sistemática de avaliação que envolva pares da preceptoria, que a gente possa dizer através dessa sistemática que esse residente está apto ou não pra ser confiado a dar conta de determinadas situações ou uma supervisão mais a distância. De certa forma a gente faz isso de maneira informal e mais arriscada por não ser sistemática (P5)

Pode alinhar mais os trabalhos que nós fazemos pois se o enfermeiro se inserir no processo de educação do residente médico talvez algumas coisas possam se alinhar em relação aos processos assistenciais do paciente. (M2)

É percebida pelos preceptores e médicos residentes a falta de uniformidade e estruturação nas avaliações e formas de instrução dos residentes:

Acho que vem melhorando (a preceptoria), acho que com as EPAS, acho q é importante ressaltar ter uma uniformização na preceptoria, é muito necessário. Não dá pra o residente ouvir uma coisa num dia, outra noutro dia. Claro que as pessoas são diferentes, as pessoas lidam com as coisas de maneiras diferentes, também é positivo ter contato com várias pessoas. Mas acho que

seria importante ter alguma uniformidade de condutas, de função, de apresentar as coisas. (P3)

Acho que ela [a EPA] padroniza. O que pode ser importante para mim pode não ser importante para um colega. Se o serviço tiver uma visão, tiver um mapeamento do que é necessário para aquele residente naquele nível, fica mais fácil para gente perceber e fazer remediação ou não. Acho que isso é o principal benefício. (P2)

acho que é importante que os preceptores conversem pra gente não ter um retorno de uma coisa de um preceptor e outro dia outro diz outra coisa diferente, ser uma coisa mais uniforme entre os preceptores. (GF residentes)

Acho que ajudam dando padrão de avaliação e de organização da preceptoria, a impressão que eu tenho é que ela vai dar uma uniformizada em como a gente vai discutir os casos, como vamos orientar o residente, como a gente vai avaliar, nesse sentido vai ajudar bastante. (P6)

É importante para o residente saber o que ele está fazendo certo ou errado e essa EPA vem para tentar uniformizar a avaliação do preceptor com o atendimento, as coisas que o residente tem que ser capaz de fazer. (R3)

As manifestações acima enfatizam a necessidade de orientação aos preceptores dos objetivos de aprendizado, assim como traduzem a impressão de que com a implantação da EPA tais objetivos ficarão mais claros e voltados para o aprendiz.

Atualmente os médicos residentes são avaliados pelos preceptores através de formulário eletrônico, o qual o preceptor responde a cada 3 meses com qualificações sobre quesitos pré-determinados. Em relação a esse processo avaliativo a impressão é de que a metodologia atual é falha e pouco clara para os participantes.

O sistema atual é desadaptado a realidade, ainda que os quesitos fossem os melhores, mas não são, às vezes se responde sobre coisas que tu não viste, aí não pode deixar sem resposta, acaba se colocando uma ideia geral daquela pessoa, com base em outras experiências. Precisava muito melhorar. (P5)

A gente até tem a avaliação do hospital, mas é uma coisa muito ampla, não tem uma coisa prática e não é uma coisa clara para os residentes. (GF Residentes)

a EPA ajuda em avaliar o residente de uma forma mais objetiva, tu saber as habilidades que ele tem que adquirir para ter uma cobrança proporcional ao que se espera dele. Pro residente é válido porque é um parâmetro para ele buscar (P4)

Os preceptores manifestaram receio de aumento de carga de trabalho e quanto à complexidade da realização da avaliação de médicos residentes mediante o emprego de uma EPA:

Acho que se ficar muito complexa, com muitos itens talvez isso tome tempo, talvez em dias [de trabalho] caóticos ... talvez tenha que ser o mais simples possível. (P3)

Se isso for cobrado de alguma forma oficial, pra gente cobrar fazer algum tipo de avaliação formal a mais no nosso dia a dia, talvez seja um pouco ruim. (P1)

É uma quebra de paradigma, isso pode ter algum problema, eu acho legal achei muito interessante desde início, mas algumas pessoas podem ver como mais uma coisa pra gente fazer.(P9)

Acho que é uma boa alternativa, acho que é importante a gente tornar, e essa é a sugestão que eu tenho, tornar o grafismo disso, a apresentação a mais simplista possível. Se tiver esse formato de diversos ítems a serem preenchidos, pensar numa forma de facilitar a revisão daquilo, seja deixando a mostra em algum lugar, criar algum tipo de aplicativo que se consiga carregar com ele. (P2)

Avaliando as manifestações acima podemos identificar focos de atenção para implementação da EPA que contemplam, de parte dos entrevistados, manifestações de aceitação da introdução da metodologia por essa sistemática de avaliação. A estruturação de uma forma de preceptoria e avaliação parece ter aceitação e ser inclusive percebida como uma necessidade de parte dos preceptores, devendo esse ser um foco importante na implantação resultando em uma avaliação simplificada, prática e adaptada à realidade a fim de diminuir as resistências em relação ao acréscimo de trabalho para o médico preceptor. A implantação de um método educacional novo no currículo deve levar em consideração a prática diária do ambiente clínico em que essa se desenvolve (VAN LOON; BONNIE; VAN DIJK; SCHEELE, 2021). Bonnie e cols realizaram estudo em que exploraram as percepções dos preceptores e residentes quanto ao uso de EPAs em um programa de residência em medicina de família e é mencionada a descrição dos marcadores a serem observados nos treinandos como um fator importante para sua aplicação. É colocado que termos muito gerais e pouco claros dificultam o seu uso, coerente com a ideia colocada pela nossa população de simplificar a EPA para torná-la prática e de fácil compreensão por parte de quem aplica e de quem é avaliado (BONNIE; VISSER; BONT; KRAMER *et al.*, 2019).

6.2 PERCEPÇÕES SOBRE A INFLUÊNCIA DA EPA NOS PROCESSOS EDUCACIONAIS E NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Questionados sobre o papel da EPA nos processos educacionais e na formação dos médicos residentes, os preceptores e médicos residentes identificam o uso dessa abordagem como elemento facilitador, enfatizando a participação do aprendiz na busca das competências que integram as EPAs. Nesse grupo de análise os destaques ficaram com a ideia de EPAs ajudarem na objetivação do aprendizado e de sua avaliação, no estímulo à realização de *feedback* por parte dos preceptores, receio do processo se tornar uma prova prática e necessidade de se tornar uma avaliação contínua, frequente e construtiva.

talvez tu consigas passar para o residente um mapeamento do que ele tem que desenvolver, quais são as expectativas que a gente tem do desenvolvimento dele. Então isso tira um pouco da responsabilidade de tentar determinar o que ele tem que aprender em determinado estágio. (P1)

porque tem um lado que a EPA, por exemplo, eu vou avaliar um residente: eu vou avaliar o quê? Ter um instrumento objetivo facilita, acho que pode facilitar. (P3)

No trabalho do preceptor a EPA ajuda em avaliar o residente de uma forma mais objetiva, tu saber as habilidades que ele tem que adquirir para ter uma cobrança proporcional ao que se espera dele. Pro residente é válido porque é um parâmetro para ele buscar. (P4)

As EPAs podem ajudar a dar um norte para os preceptores de saber como avaliar o residente e de tentar incorporar isso na sua prática no dia-a-dia, de como dar um *feedback*, fazer ele mais frequente e mais sistematizado. (GF residentes)

As EPAs devem ser compreendidas não apenas como mera definição de objetivos e, como afirmado pelo preceptor acima, permitem o compartilhamento da responsabilidade pelo aprendizado, incentivando o aprendiz a buscar suas próprias competências. Para isso é importante o compartilhamento e clareza dos objetivos quando se usa essa metodologia (PETERS; HOLZHAUSEN; BOSCARDIN; TEN CATE *et al.*, 2017).

Percebe-se nas falas a percepção prévia negativa de processos avaliativos em processos de aprendizagens em estágios anteriores, como a graduação em medicina, especialmente se realizados de forma pontual. Preceptores e residentes mencionam o desafio de tornar a avaliação contínua e construtiva, sendo sugerido que tornar a avaliação mais frequente ajudaria a amenizar a percepção negativa dos processos

avaliativos, além de a forma de abordagem do preceptor ser também relevante para a aplicação.

Pode dificultar nas primeiras abordagens em achar que tudo é uma avaliação, tanto da parte do residente como do contratado. Até ficar “azeitada” [a implantação do processo de avaliação utilizando EPAs] tenho uma impressão que pode ter uma resistência de o preceptor achar que está sempre avaliando o residente e o residente de que está sendo avaliado, isso pode gerar um desconforto, uma certa tensão enquanto não se tornar natural. (P6)

Talvez eles [os médicos residentes] se sintam mais cobrados, mais vigiados em todas ações, que tudo eu vou estar sendo avaliado. Vai depender de como for colocado, se conversar de uma forma amigável, enfatizando também as coisas positivas e dando o direito deles se explicarem de algo que tu cobrasses. (P9)

Acho que se ficar parecido como sendo avaliado como em uma prova prática, isso pode tornar uma coisa enrijecida, mas se for várias vezes que isso ocorra vai amenizar. (R1)

Acho que a dificuldade da EPA é tentar tirar o peso de ser uma coisa pontual e avaliativa para ser mais contínua. E construtiva. (GF Residentes)

O desafio de realizar avaliações mais frequentes é comum na utilização das EPAs, especialmente quando envolvem um grupo de competências amplo para a sua aquisição. A utilização de instrumentos separados de observação direta específicos para determinadas atividades parece facilitar essas avaliações. Esses instrumentos avaliariam práticas específicas e são componentes da EPA, não se avaliando todos os itens descritos como marcadores de aprendizado que compõem a atividade. Um exemplo seria a utilização de instrumento de observação específico para procedimentos ligados àquela atividade ou instrumentos aplicados em uma determinada rotação do médico residente (WARM; MATHIS; HELD; PAI *et al.*, 2014).

Sobre a realização de avaliações através das EPA, um dos residentes entrevistados comenta do risco dessas se tornarem também meros exercícios de *checklist*, podendo prejudicar a naturalidade das ações e da preceptoria se realizadas desse modo:

Sendo longitudinal, não sendo uma coisa de ficar fazendo um checklist, tem que ser uma coisa natural e instigando o residente e deixando o residente confortável, perguntando porque tu fez isso, o que tu gostaria de fazer. E ouvir o residente e dar feedback. (R4)

Essa preocupação encontra respaldo em estudos realizados com residentes que também demonstram preocupação com a aplicação das EPAs se tornarem exercícios de checagem para cumprir exigências de avaliações (MARTIN; SIBBALD; BRANDT VEGAS; RUSSELL *et al.*, 2020).

A realização de atividades de *feedback* é um ponto central da aplicação das EPAs. O ambiente de um serviço de emergência é percebido como sendo um potencial dificultador dessa prática em função do seu elevado número de pacientes e dinâmica de trabalho particular. O uso da técnica de *feedback* é percebido como importante mas pouco utilizado na preceptoria e com riscos de uma realização inadequada. Esse formato de instrução poderia ser um ponto de aproximação entre residentes e preceptores aperfeiçoando a relação entre esses.

Acho que as vezes no plantão seja difícil fazer essas avaliações, e nas situações de feedback, acho que às vezes o residente pode levar mal se for feito de maneira inadequada. Mas o treinamento que foi feito foi importante pra gente ver que existe uma maneira pra gente tentar fazer isso adequadamente. (P9)

Muito volume de paciente pode dificultar, vai faltar tempo para dar o feedback. Talvez tenha que fazer um resumo no fim do dia de todos os casos e de todos atendimentos(R2)

Eu achei interessante porque muitas vezes quando a gente está fazendo as nossas coisas da residência a gente não tem o feedback do que a gente está fazendo certo ou errado.(R3)

Às vezes o residente não tem muita abertura para falar com algum chefe e nesse momento em que vai sentar e discutir, falar como tu foste e como pode melhorar talvez melhore a relação entre o preceptor e o residente. (R3)

toda educação que a gente tem é baseada no sistema punitivo: isso está certo, isso está errado e não se dá feedback. Acho que por isso avaliações acabam sendo levadas para o lado pessoal. É importante deixar a coisa ser engrandecedora sem ser punitiva. (GF residentes)

E não acho que é um defeito deles (não dar feedback). Acho que eles não estão acostumados a dar porque eles não estão acostumados a receber isso, é uma dificuldade natural não é uma culpa do preceptor. Ao mesmo tempo são ótimos preceptores, eles discutem, eles te ouvem, mas eles não dão feedback se você não conversar com eles. Acho que isso deve ser até uma sequela, porque na época deles, se faziam perguntas, eles ouviam: não, esquece isso aí, está errado. (GF residentes)

Às vezes o preceptor que dá o feedback melhora muito a relação, quando se faz isso de maneira adequada. (GF multiprofissional e preceptor)

Muito tem se escrito sobre a importância do *feedback* no aprendizado e avaliação, além das qualidades associadas à sua realização efetiva. Essas incluem recomendações desde o processo de construção de uma cultura de sua utilização até especificidades do seu conteúdo, como identificação de pontos-chaves realizados inadequadamente ou omissões, foco em trabalhar estratégias para melhorar a performance, ações possíveis para promover melhorias e a reflexão sobre as atividades (LEFROY; WATLING; TEUNISSEN; BRAND, 2015). A prática de *feedback* necessita possibilitar um crescimento positivo no treinamento e ser usada para oportunamente demonstrar a confiança. Os instrumentos avaliativos de apoio para sua realização devem ajudar os preceptores a prover conversas com instruções de ações para que o treinando melhore sua performance para ativamente estimular o desenvolvimento (NORCINI; ANDERSON; BOLLELA; BURCH *et al.*, 2011).

A impressão das EPAs facilitarem *feedback* é descrita na literatura. Em estudo qualitativo realizado no Canadá os participantes perceberam as EPAs como capazes de aumentar as observações de suas atividades e o surgimento de uma interação de melhor qualidade com os preceptores, mais longa, com mais discussão e com mais *feedback* de sua performance. Também foi relatado uma fadiga de avaliações quando essas ocorriam com frequência muito grande, o que diminua a qualidade da interação (MARTIN; SIBBALD; BRANDT VEGAS; RUSSELL *et al.*, 2020). Outro estudo avaliou se instrumentos de avaliação específicos impactavam no *feedback* dos médicos em uma residência de oncologia. Nesse artigo preceptores e residentes consideraram os retornos verbais de sua performance melhores do que quando recebiam relatos escritos. Sobre os registros de encontros e *feedback* documentado os residentes consideraram ter impressões anteriores ser importante para visualização da evolução de sua performance. Preocupação com a aplicação da metodologia e incorporação na sua prática em ambientes sobrecarregados também foi presente entre preceptores e residentes (TOMIAK; BRAUND; EGAN; DALGARNO *et al.*, 2020).

6.3 PERCEPÇÕES SOBRE AS FACILIDADES E DIFICULDADES DA IMPLANTAÇÃO DA EPA

Dentre as particularidades da implantação da EPA em um serviço de emergência, foi citada pelos entrevistados a lotação da emergência como um

importante fator dificultador do trabalho de educação do preceptor. A frequente superlotação desse setor teria um efeito de moldar o processo educativo e de atendimento, como explicam os preceptores P5 e P9:

O ambiente prejudica um pouco a preceptoria na mesma condição que prejudica a assistência, quando se está além do que seria o ideal. E tem uma coisa muito perniciosa de viver cronicamente superlotado que às vezes tu fica tão acostumado a fazer as coisas de forma tocada (rápida) que quando tu não está lotado tu também fazes as coisas de modo tocado pois virou teu “modus operandi” e eu acho que se aplica também ao papel de preceptor que quando a coisa está mais folgada, lembrar de dar um passo atrás e fazer a coisa mais padrão. (P5)

Acho que a nossa preceptoria é bastante intensa, a gente lida com muitos pacientes, casos muito agudos e que precisam de uma opinião mais forte do preceptor pois são tomadas de decisões importantes, a primeira medida a ser tomada no cuidado do paciente, que as vezes pode decidir desfecho dos pacientes. (P9)

Uma dessas maneiras de realizar a preceptoria que sofreria influência do ambiente seria a falta de tempo disponível para a discussão e supervisão dos casos com o treinando, deixando de ouvir a opinião deste sobre as condutas de uma situação, apenas instruindo com respostas as demandas, exercitando pouco o raciocínio clínico:

Acho que isso é compreensível porque às vezes a gente está num ambiente que é muito dinâmico e a gente quer resolver o caso rápido. Essa discussão mais detalhada leva mais tempo e a nossa ansiedade em querer resolver os casos logo faz com que a gente acabe dando as respostas para os residentes.(GF preceptores)

O nível de estresse com pacientes graves atrapalha a discussão. Às vezes tu tens quinze casos para discutir e as coisas são atropeladas. (P9)

Acho que muitas vezes ela não é feita da melhor forma, o preceptor tem uma tendência a atuar ativamente para dizer o que deve ser feito, e não questionar o que o residente pensa que deve ser feito, a gente tem uma tendência maior de dar as condutas, de dizer como deve ser feito, sem fazer com que o residente pense a forma como deve ser realizado o atendimento. (P4)

No grupo focal dos médicos residentes foi ressaltado o aspecto negativo dessa forma de atuação:

acho que a diferença entre ser preceptorado de uma maneira adequada é que nós sentimos que estamos aqui pra aprender, não só tocar o serviço. Com alguns preceptores a sensação que tu tens é que tu estás como secretário,

executando condutas que eles dão, sem nenhum aprendizado, sem nenhum raciocínio para aprender sobre aquele caso. (GF residentes)

A metodologia das EPAs poderia ser pensada como um acompanhamento constante do residente até a conquista de sua autonomia, contribuindo para o relatado acima em que essa ocorreria com pouca frequência. O ambiente de emergência parece ser desafiador para ocorrer tal processo pelo risco à segurança do paciente para permitir a atuação, gerando desconforto no preceptor. No entanto, na metodologia proposta das EPAs, ressalta-se que essas devem envolver um processo de conquista de autonomia e não necessariamente supervisão constante até a conquista da autonomia (EL-HADDAD; DAMODARAN; MCNEIL; HU, 2016). Podem ocorrer decisões de confiabilidade em determinadas circunstâncias controladas antes do treinando ter chegado ao seu objetivo definitivo. Essas são situações que podem variar no dia a dia das atividades.

O grupo focal dos residentes mostrou essa necessidade de exercitar seu papel em um ambiente controlado, em que não apenas cumprisse orientações, mas que pudessem exercer por completo sua atividade e tomada de decisões, isso é visto como importante para seu aprendizado. Para isso é relevante que o treinando atue mesmo sem estar necessariamente no nível de confiança ideal, pois serão nessas observações controladas que se proporá mudanças para que a autonomia seja conquistada em definitivo (PETERS; HOLZHAUSEN; BOSCARDIN; TEN CATE *et al.*, 2017). Se treinandos não encontram oportunidade para praticar decisões independentes isso retarda o seu desenvolvimento e potencialmente atrasa a conquista das competências profissionais (STERKENBURG; BARACH; KALKMAN; GIELEN *et al.*, 2010).

Dentre os aspectos da formação médica, é identificada pelo grupo pesquisado a necessidade de aperfeiçoamento pedagógico, incluindo diferenças entre os pares na forma de atuar como educador:

Talvez na questão de tempo talvez e também na forma de abordar o residente, porque cada um tem uma forma de preceptorar, tem que ter um treinamento, tem que ser padronizado para ter um resultado mais eficaz. (P4)

Com exceção de alguns que se interessaram muito e foram buscar conhecimento na área de educação médica, mas a maioria de nós não tem formação pra isso, a gente teve a graduação e depois a gente fez pós, na maioria assistenciais, técnicas, e aí de repente estamos também na função de preceptor. (P5)

Nas reuniões deu pra entender, nas simulações, não é uma coisa tão simples, tem que se treinar pra fazer e conseguir fazer direito. (R3)

Acho que a gente tem que treinar, fazer simulados. O treinamento que a gente fez aquele dia (**oficina de preceptoria**) foi bom pra mostrar isso: quando a gente teve que demonstrar a gente teve dificuldade, teve entraves. (GF preceptores)

A evolução dos cuidados de saúde vem aumentando de complexidade e, como citado pelos entrevistados, perturba o ambiente de ensino. A realização de treinamentos com vistas a facilitar a interação entre preceptores e aprendizes e torná-la de melhor qualidade é uma necessidade na prática atual. Técnicas de preceptoria necessitam ser discutidas e apresentadas aos preceptores médicos. Encontram-se relatos de experiências bem-sucedidas de aplicação de roteiros de discussão para casos comuns que poderiam ser interessantes se introduzidas ao grupo, em vista da ideia de possibilidade de aperfeiçoamento presente nas entrevistas (LANG; O'CONNOR; BLATT; GRACEY, 2012). A estruturação de discussões voltadas para avaliação de confiabilização também são possíveis de serem colocadas como metodologia de discussão (CATE; HOFF, 2017).

A utilização de EPAS na educação médica tem no processo de confiabilização de atividades o cerne da avaliação da aquisição de competências para o trabalho. Através dessa definição de confiabilidade o treinando é considerado competente para uma atividade (TEN CATE, 2020). Nas entrevistas com o grupo, tanto preceptores como os residentes, destacam que essa forma de avaliação é realizada de maneira empírica e informal, mas que sua formalização seria importante para passar a ser constante essa forma de observação:

Como não é tão diferente do que a gente já faz, é só uma conscientização de que você tem que fazer esse tipo de avaliação, presta atenção nisso etc, acho que não vai acrescentar um peso a mais no trabalho, porque é algo que vai transcorrer naturalmente só que tu vai ter que ter um olhar para isso. Acho que pode ajudar porque tu vai conscientizar algo que tu já faz. (P7)

Ao longo da residência a gente faz isso informalmente, mas a gente não documenta isso. Mas quando eles estão no fim da residência, ao longo do tempo a gente tem essa confiança, penso que isso é uma coisa já meio natural.(GF preceptores)

Acho que é justo, eu vejo isso na prática: no r1 eu era supervisionado o tempo inteiro, agora eu vejo que estou com um pouco mais de autonomia, e até a gente se sente seguro para dar algumas condutas sem ter um supervisor do lado(R4)

O conceito de confiança para uma tarefa é um processo de progressiva confiabilização que parece se alinhar com a forma como preceptores entrevistados pensam. Ao focar no quanto é necessário supervisionar um treinando, o preceptor pesa diversos aspectos do aprendiz, do contexto, da tarefa e da sua relação com esse (TEN CATE; SCHWARTZ; CHEN, 2020). Estudo recente testou a hipótese de que escalas de avaliação voltadas para o desenvolvimento de independência proviam respostas com uma melhor discriminação da performance do aprendiz do que escalas tradicionais (CROSSLEY; JOHNSON; BOOTH; WADE, 2011).

Entre possíveis dificultadores da implantação de EPAs também foi trazida pelos entrevistados a ideia prévia de um ensino baseado em avaliações punitivas e não formativas. Isso poderia ser um fator de desconforto e dificuldade de aceitação pelos avaliados. Além disso, foi reconhecido pelos preceptores a dificuldade com a realização de avaliações junto aos médicos residentes.

Isso poderia ser reforçado, que não é uma avaliação punitiva, a gente não está querendo avaliar reprovação, se quer que o residente melhore, que você tenha feedback para melhorar. (R1)

Desde o início da residência acho a ideia de feedback importante, você sempre quer saber o que você tem que melhorar. A gente é criado vendo avaliação como uma coisa ruim, que a gente vai perder ponto, que a gente vai ser punido por aquilo e quando você entende as EPAs se vê que não é esse o intuito, mas a gente fica receoso de que vão me avaliar mal. (R1)

Acho que nós também temos medo de avaliar, é bilateral. Acho que é uma cultura nossa não fazer avaliação. É algo que a gente tem que trazer, não é nem um resgate de algo, eu acho que a gente não faz, nunca fez e a gente tem que aprender a fazer. (GF preceptores)

As manifestações evidenciam certa preocupação com a forma de aplicação das EPAs e com a instituição de um processo avaliativo novo com ênfase formativa ser de difícil entendimento. Uma avaliação desse gênero deve ter o intuito de estimular o aprendizado, ser oportuna e natural, tendo “efeito catalizador” do aprendizado. Para isso, deve estar inserida nas atividades diárias do treinamento em serviço com a proposição de *feedback* não apenas instrutivo mas com proposição de ações específicas de melhoria, contínuas e oportunas (NORCINI; ANDERSON; BOLLELA; BURCH *et al.*, 2011). As informações colhidas com os entrevistados mostram experiências prévias com ênfase maior em avaliações pouco instrutivas e com caráter punitivo, resultando em uma concepção negativa dos métodos utilizados com esse fim. A aplicação cuidadosa da metodologia é importante para evitar efeitos

indesejados e reações negativas que prejudiquem o seu andamento. Esses achados são compatíveis com evidências empíricas descritas por Watling and Ginsburg que colocam as escalas de confiabilidade podendo também prejudicar a eficácia do feedback quando não ocorre a conquista da confiança. Treinandos têm desejo de serem bem sucedidos conquistando a EPA e experimentam ansiedade e frustração quando não apresentam desempenho adequado nas escalas de confiabilidade (WATLING; GINSBURG, 2019). Isso pode se tornar verdade especialmente quando os supervisores incorporam uma cultura de performance ao invés de aprimoramento do treinando (KRUPAT; BORGES; BROWER; HAIDET *et al.*, 2017).

A participação da equipe multiprofissional no processo desenvolvido também foi importante e trouxe relevantes acréscimos à discussão desenvolvida no serviço. A literatura tem enfatizado a importância do aprendizado multiprofissional para obtenção de um atendimento seguro, eficiente e centrado no paciente (NATESAN; BAILITZ; KING; KRZYZANIAK *et al.*, 2020) (ORGANIZATION, 2010). Os enfermeiros M1 e M3 salientaram a importância de outros conhecimentos que podem ser agregados com seu envolvimento:

Acho que é importante eles entenderem que nós fazemos parte do processo e mais do que avaliar a gente tem coisa a ensinar que eles não aprenderam nas suas disciplinas, tem coisa distintas que nós aprendemos que nós podemos dividir. (M1)

Os médicos às vezes desconhecem alguns processos assistenciais e acho que essa integração pode facilitar para delegar algumas coisas que podem ser vistas por outras pessoas e que vão fazer parte da confiabilização dele por parte da equipe. Acho que o contato dele com outras profissões vai ajudar no crescimento dele. Eu acho que o enfermeiro pode ajudar nesse processo avaliativo nas relações interpessoais do residente e até de procedimentos a gente pode ajudar nisso também. (M3)

Para o enfermeiro M3 há várias possibilidades de ampliação da participação dos enfermeiros no processo de formação dos médicos residentes:

Acho que a gente poderia inserir mais, trabalhar mais em conjunto com a equipe de residentes, tanto a nível de rotinas implantação de protocolos e no acompanhamento de outros fatores gerenciais eles poderiam também participar mais disso. Acho que tem alguma integração com a participação em rounds multiprofissionais. (M3)

Pode ocorrer de o residente se questionar porque que ele está recebendo feedback de uma enfermeira. (GF Multi)

Ainda sobre o trabalho multidisciplinar, o residente R1 também percebe a necessidade de uma integração maior com a equipe multidisciplinar e da carência em sua formação da capacidade de trabalho em equipe:

A gente é uma especialidade que necessita de outras especialidades, precisa trabalhar em grupo, e essa coisa de trabalhar em grupo não é toda especialidade que está acostumada. Isso eu não tive na faculdade, a gente não tem noção de trabalho em equipe. (R1)

Estudo qualitativo realizado com residentes de emergência para avaliar barreiras ao ensino interprofissional divide os achados em 4 grupos temáticos: fatores do ambiente (alta complexidade de cuidado, sobrecarga de trabalho, troca frequente das equipes de cuidado), fatores interpessoais (respeito mútuo, desconhecimento da outra profissão, hierarquia), fatores pessoais (falta de autoconfiança, medo) e fatores do treinamento (falta desse) (OLDE BEKKINK; FARRELL; TAKAYESU, 2018). A divisão dos temas encontra semelhança com as percepções descritas nas entrevistas e grupos focais. Algumas sugestões apresentadas pela equipe como introdução aos residentes do trabalho realizado pelas outras profissões e participação em reuniões multiprofissionais no departamento de emergência também são colocadas como potenciais facilitadores para melhor integração multiprofissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS é uma necessidade e consta nas diretrizes das políticas públicas de urgência e atenção hospitalar do país, mas é pouco abordada nos ambientes específicos de formação desses profissionais (SAÚDE, 2003). A implantação de EPAs no currículo de uma especialização médica contribui com essas diretrizes pois trata-se de prática inovadora e que muda o paradigma do currículo atual utilizado no programa de residência em medicina de emergência aperfeiçoando a qualificação desses profissionais (BEESON; WARRINGTON; BRADFORD-SAFFLES; HART, 2014). O processo de elaboração de uma EPA no Serviço de Emergência do HCPA com a participação da equipe assistencial permitiu uma ampla discussão e aperfeiçoamento técnico dessa população com sua participação nas atividades. Os preceptores e residentes tomaram contato com práticas de ensino novas, refletiram sobre o ambiente de trabalho e sua atuação, encontrando espaço para colaborar no processo de melhoria.

O ambiente de educação da residência médica é um exemplo de contexto educacional completo com seus valores e normas, caracterizando uma comunidade de prática. Decisões de confiança ocorrem em situação de aprendizado com uma progressão de aprendendo-observando, atuando sob supervisão e finalmente sendo considerado apto a praticar independentemente. Essa definição final de confiança pode ser considerada então o desfecho final do treinamento. Lave e Wenger chamam esse processo, onde novatos inicialmente observam e então participam de maneira gradual, de participação legítima periférica (LAVE; WENGER, 1991). Para que esse processo se desenvolva vários fatores concorrem. Interação social e colaboração são componentes essenciais do aprendizado à medida que os aprendizes se envolvem em uma comunidade de prática, o qual inclui valores e comportamentos a serem adquiridos. Na educação médica, tal aprendizado compõe-se não somente de habilidades e conhecimento, mas também normas sociais como comunicação, empatia e profissionalismo e tem que ser observado em conjunto com essas interações que ocorrem no ambiente de prática. Quando essas ocorrem de maneira satisfatória e com independência progressiva como objetivo, o aprendiz é capaz de mostrar mais conhecimento ou mostrar falhas que necessitam ser corrigidas (YOON; KURZWEIL; DURNING; SCHREIBER-GREGORY *et al.*, 2020). A aplicação das EPAs

e o exercício de *feedback* vêm ao encontro das teorias citadas acima. Nosso trabalho iniciou um processo de interação entre os preceptores e residentes em que esses perceberam uma possibilidade de aproximação maior ser produtivo para o aprendizado de ambos.

Quanto ao processo de confiabilização proposto pelas EPAs, esse não pareceu estranho ao grupo tanto de preceptores como de médicos residentes. Os primeiros acreditam que esse processo ocorre de forma empírica e será agora formalizado nas avaliações. Já os residentes sentem por vezes falta de exercer sua autonomia com mais frequência, sentimento que nos parece ser coerente com o conceito da psicologia educacional de “fricção construtiva”, termo utilizado para descrever quando o aprendiz realiza uma atividade um pouco acima do seu nível de competência ou o espaço que existe entre o que já é de seu conhecimento e o que está prestes a aprender. Inversamente, efeitos adversos podem acontecer quando se é dada responsabilidade muito acima de sua capacidade ou muito precocemente denominando-se “fricção destrutiva” (VERMUNT; VERLOOP, 1999). Não encontramos nas entrevistas relatos de que aconteça esse último fenômeno na prática diária dos médicos residentes, mas a amostra pequena desses que foi entrevistada não permite dizer que isso não ocorra.

Sobre os fatores que influenciam a confiabilização do aprendiz, Ten Cate e col descrevem 4 fatores preponderantes: a atividade em si (as mais complexas terão curva de aprendizado maior); o ambiente (organizado, com retaguarda para o aprendiz etc), o aprendiz (motivado, confiante); o educador (confortável com o ensino da EPA, capaz de avaliar adequadamente) (TEN CATE; SCHEELE, 2007). Em nosso serviço foram relatadas dificuldades ocasionadas pelo ambiente não necessariamente relacionadas a aplicação da metodologia específica, mas sim para atividades educativas de preceptoria em geral. As particularidades do ambiente de emergência devem ser consideradas e adaptadas para facilitar o processo de aplicação.

Avaliação formativa no ambiente de trabalho tem sido muito enfatizada com o crescimento do ensino baseado em competências na educação médica e foi uma preocupação dos entrevistados (CARRACCIO; WOLFSTHAL; ENGLANDER; FERENTZ *et al.*, 2002). O receio de uma avaliação punitiva criando mais um evento estressor foi considerado pelos médicos residentes e elencado que o histórico educacional desses levava a esse tipo de consideração. Na literatura, os maiores obstáculos descritos para a realização dessa mudança para um processo formativo é

a factibilidade, com os educadores descrevendo o tempo insuficiente para fazer avaliações em número adequado e falta de treinamento para qualificar as observações dos treinandos e prover feedback (NORCINI; ANDERSON; BOLLELA; BURCH *et al.*, 2011). A efetividade de uma avaliação formativa é dependente da percepção acurada do aprendiz de suas lacunas de conhecimento e de sua motivação para mudá-las, sendo um processo com participação dos dois componentes da interação, quem provê e quem recebe o *feedback*. *Feedback* tem, portanto uma perspectiva construtivista, enfatizando como componente essencial a participação do aprendiz, especialmente estimulando a realização de sua auto avaliação e direcionando para o aperfeiçoamento (RUSHTON, 2005). Ele é parte fundamental da avaliação formativa, devendo ser capaz de prover informação sobre o que o aprendiz fez corretamente e o que não fez, além de prover orientação para o desenvolvimento (LEFROY; WATLING; TEUNISSEN; BRAND, 2015). No processo que se instituiu na pesquisa, o treinamento realizado através da oficina com os preceptores e residentes foi fundamental para a compreensão desses da necessidade de treinamento e da mudança de paradigma que ocorre na aplicação das EPAs, com o feedback se tornando essencial para sua aplicação com sucesso quando utilizado de forma adequada, isto é, estimulando o envolvimento ativo do aprendiz em seu desenvolvimento. Essa ênfase em avaliação formativa parece ser um dos aspectos mais importantes para o sucesso da metodologia pois é central para a configuração de um ambiente saudável de interação com seus pares em uma comunidade de prática, sendo fundamental que prossiga sendo abordada com o grupo de preceptores.

A EPA elaborada é coerente com outras proposições realizadas em serviços internacionais, mas procurou manter as particularidades locais através das contribuições dos participantes. Hart e colaboradores realizaram estudo utilizando metodologia de Glaser modificada para elaborar 11 EPAs para residências de emergência nos Estados Unidos (HART; FRANZEN; BEESON; BHAT *et al.*, 2019). Nas atividades selecionadas pelo estudo pelo menos 3 delas guardam semelhanças com a EPA desenvolvida em nosso serviço podendo se supor que estariam dentro do escopo da que foi construída em nosso trabalho. A discussão do número de EPAs de uma profissão é bastante frequente, com algumas críticas quando se tem número excessivo dessas pois dificultaria ou prejudicaria as avaliações que poderiam passar a ser utilizadas apenas como “checklist” de atividades (BONNIE; VISSER; BONT; KRAMER *et al.*, 2019). Ten Cate, em artigo de revisão, coloca como ideal no máximo

10 decisões de confiabilidade serem aplicadas a um treinando em um ano e nas diversas especialidades listadas em seu artigo encontramos um número de 4 EPAs para especializações com menos tempo de duração (1 ano) até 30 para treinamentos mais longos (3 anos) (TEN CATE; CHEN; HOFF; PETERS *et al.*, 2015). Nossa opção por desenvolver apenas uma EPA inicialmente deve-se principalmente à metodologia ser ainda pouco aplicada em nosso meio e para, a partir da construção dessa, esclarecer e instruir o grupo sobre sua utilização no ensino baseado em competências, além de tentar conhecer as particularidades e impressões dos preceptores e residentes para assim desenvolver o caminho para criação de mais atividades do gênero. Consideramos que iniciar com muitas atividades concomitantes poderia dificultar o aprendizado com a metodologia frente a um grupo que refere também falta de costume de realizar avaliações, como citado nas entrevistas. A atividade escolhida (manejo do paciente estável na emergência) é ampla, mas tentamos especificar ao máximo seu conteúdo, atendendo a demanda dos preceptores que deveria se ter um processo simples de aplicação e de fácil entendimento. A escolha de uma atividade ampla relaciona-se com a ideia de criar um número pequeno de EPAS para a residência de emergência. A criação de atividades muito específicas acarreta a necessidade de criar um número alto dessas para cobrir todas as atividades da profissão, o que poderia acarretar o problema citado anteriormente e prejudicar as avaliações quando se tem muitas EPAs em um treinamento.

O desenvolvimento da EPA procurou envolver a equipe multidisciplinar em sua construção e contará com a participação ativa das outras profissões na sua implantação prática. As diretrizes curriculares nacionais de graduação já incluem a integração profissional como parte importante da orientação pedagógica da profissão médica (EDUCAÇÃO, 2014). A participação de outras profissões no processo avaliativo dos residentes ajuda na coesão da comunidade em torno do processo educativo, aproximando os diferentes atores do cuidado em prol de um objetivo. A complexidade das demandas de saúde em um hospital terciário torna essencial participação de diferentes profissões nesse tipo de serviço, mas essa interação acaba na maior parte das vezes por ser mais colaborativa do que um processo de educação interprofissional (TOASSI, 2017). A construção da EPA e sua aplicação pode também ser avanço para a criação desse espaço educacional.

Diversas sugestões apresentadas pelo grupo foram incorporadas ao projeto, muitas delas tentando adequar a aplicação das avaliações nas atividades diárias do serviço. A equipe multiprofissional colocou-se à disposição de mensalmente encontrar-se com o supervisor e fornecer suas impressões sobre as atividades dos residentes que passam em suas unidades de cuidado. Alguns preceptores acham que será mais factível estimular uma reunião breve de alguns minutos com os residentes para avaliar as atividades realizadas por eles ao fim de um turno, pois em virtude do ambiente da emergência o *feedback* de cada atendimento individual às vezes é difícil de ser realizado. Vários preceptores acham importante a realização de um encontro periódico para discutir as avaliações realizadas e formar um comitê de competência, nos moldes descritos na literatura (CANADA, 2018). Foram também sugeridos encontros com pequenos grupos de preceptores (4 integrantes) para instrução detalhada da EPA e dos instrumentos de avaliação. Várias questões levantadas pelo grupo seguem em aberto, como o impacto no tempo no trabalho, engajamento efetivo dos participantes, qual impacto efetivo em estimular o feedback para os aprendizes. Essas questões só poderão ser respondidas após a aplicação da EPA em sua totalidade no serviço.

A implantação do ensino baseado em competências e de EPAs em um serviço de emergência apresenta algumas peculiaridades que talvez limitem a externalização das impressões colhidas nesta pesquisa. Como se trata de especialidade reconhecida recentemente e com uma residência no serviço também recente, o cenário para introdução de metodologias para o treinamento dos especialistas encontra-se mais aberto e com menos barreiras para a inclusão e discussão de novas metodologias de ensino. A população estudada tem interesse em atividades de ensino e tem incentivos no hospital com ganhos em seu currículo institucional quando se propõe a participarem como preceptores do serviço, ajudando em seu engajamento nas atividades educativas. Além disso, as entrevistas mostraram um grupo disposto a mudanças em sua atividade e em aprimorar essas participando ativamente do processo.

A comunidade médica discute intensamente a aplicação do ensino baseado em competência e as mudanças necessárias para aplicação de seus conceitos (POWELL; CARRACCIO, 2018). Alguns países avançam para quais EPAs cada especialidade requer e a melhor forma de reestruturar seus programas de residência para enfatizar a conquista de competências de forma independente do tempo de programa. Graff e

cols descrevem em artigo recente o projeto nacional holandês de aplicação do ensino baseado em competências que ao longo de 6 anos resultou em: introdução e implementação de programas nacionais baseado em EPAs, apoiados em portfólios digitais; implementação de programas com duração de tempo variáveis; reorganização das estruturas para combinar tempo variável e continuidade de funcionamento dos cuidados em saúde nos serviços. Durante a realização das mudanças foi reconhecido como um dos componentes do sucesso da implantação a introdução do chamado portfólio digital. Esse deveria conter as observações documentadas, conter espaço para feedback, documentar encontros clínicos e procedimentos, visualização do crescimento individual da progressão para prática independente das EPAs e dispor das informações para os diretores de programa e para o comitê de competências. (DE GRAAF; BOLK; DIJKSTRA; VAN DER HORST *et al.*, 2021). Devido à importância desse item, a equipe responsável pelo presente trabalho de pesquisa está em contato com outros pesquisadores do tema e encontra-se em tratativa a utilização de um aplicativo já desenvolvido para uso em EPAs da graduação da Faculdade de Medicina da UFRGS (NEUMANN; GERBASE; BLANK; CAPP, 2019). Esse será adaptado com os marcadores de aprendizado desenvolvidos para a EPA da residência médica, facilitando a aplicação das avaliações e configurando o portfólio digital. A construção desse portfólio é um desafio importante aos educadores e é parte essencial da aplicação para que se tenha uma coleta robusta de dados de avaliação que permita a tomada de decisões de confiabilidade (HAUER, 2019). Um comitê de competência já se encontra em formação com adesão espontânea de preceptores interessados. A Comissão de Residência Médica do Hospital de Clínicas também tem interesse em iniciar utilização de EPAs em outras residências sendo a residência de emergência incluída no projeto piloto. Por fim, foi elaborado como produto técnico um guia da implantação realizada para servir de apoio a outros locais que tenham interesse em realizar a metodologia, contendo os materiais utilizados na introdução do assunto aos contratados e a descrição do percurso metodológico realizado além do detalhamento da EPA implementada, o qual encontra-se no apêndice 8.

8 REFERÊNCIAS

ACREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION. **ACGME Common Program Requirements (Residency)**. 2019, July 1. Disponível em: <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRResidency2019.pdf>.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo/Laurence Bardin; Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. **São Paulo: Edições**, 70, 2011.

BEESON, M. S.; WARRINGTON, S.; BRADFORD-SAFFLES, A.; HART, D. Entrustable professional activities: making sense of the emergency medicine milestones. **J Emerg Med**, 47, n. 4, p. 441-452, Oct 2014.

BONNIE, L. H. A.; VISSER, M. R. M.; BONT, J.; KRAMER, A. W. M. *et al.* Trainers' and trainees' expectations of entrustable professional activities (EPAs) in a primary care training programme. **Educ Prim Care**, 30, n. 1, p. 13-21, Jan 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2048 de 2002 Urgencia e Emergencia 2002**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-2048-2002>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: 2003.

CARPENTIER, F.; PAZART, L. **Les conférences de consensus: base méthodologique pour leur réalisation en France**. Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé, 1999. 2910653455. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guideCC.pdf>.

CARRACCIO, C.; WOLFSTHAL, S. D.; ENGLANDER, R.; FERENTZ, K. *et al.* Shifting paradigms: from Flexner to competencies. **Academic medicine**, 77, n. 5, p. 361-367, 2002.

CROSSLEY, J.; JOHNSON, G.; BOOTH, J.; WADE, W. Good questions, good answers: construct alignment improves the performance of workplace-based assessment scales. **Med Educ**, 45, n. 6, p. 560-569, Jun 2011.

DE GRAAF, J.; BOLK, M.; DIJKSTRA, A.; VAN DER HORST, M. *et al.* The Implementation of Entrustable Professional Activities in Postgraduate Medical Education in the Netherlands: Rationale, Process, and Current Status. **Acad Med**, 96, n. 7S, p. S29-S35, Jul 1 2021.

EL-HADDAD, C.; DAMODARAN, A.; MCNEIL, H. P.; HU, W. The ABCs of entrustable professional activities: an overview of 'entrustable professional activities' in medical education. **Internal medicine journal**, 46, n. 9, p. 1006-1010, 2016.

ENGLANDER, R.; FRANK, J. R.; CARRACCIO, C.; SHERBINO, J. *et al.* Toward a shared language for competency-based medical education. **Medical teacher**, 39, n. 6, p. 582-587, 2017.

FRANK, J. **The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.** Ottawa: The Royal College Physician and Surgeon of Canada, 2005. 0-9739158-0-3 2.

FRANK, J.; SNELL, L. S.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.** Ottawa: Royal College of Surgeons of Canada, 2015.

FRANK, J. R.; MUNGROO, R.; AHMAD, Y.; WANG, M. *et al.* Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. **Med Teach**, 32, n. 8, p. 631-637, 2010.

FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J.; BOUCHER, A. CanMEDS 2015. **Physician Competency Framework Series I**, 2015.

FRANK, J. R.; SNELL, L. S.; CATE, O. T.; HOLMBOE, E. S. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. **Medical teacher**, 32, n. 8, p. 638-645, 2010.

HART, D.; FRANZEN, D.; BEESON, M.; BHAT, R. *et al.* Integration of Entrustable Professional Activities with the Milestones for Emergency Medicine Residents. **West J Emerg Med**, 20, n. 1, p. 35-42, Jan 2019.

HARTZ, Z. M. d. A.; SILVA, L. M. V. d. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 2005. 9788575415160.

HAUER, K. E. Seeking trust in entrustment: shifting from the planning of entrustable professional activities to implementation. **Med Educ**, 53, n. 8, p. 752-754, Aug 2019.

HENDREN, E. M.; KUMAGAI, A. K. A Matter of Trust. **Acad Med**, 94, n. 9, p. 1270-1272, Sep 2019.

KRUPAT, E.; BORGES, N. J.; BROWER, R. D.; HAIDET, P. M. *et al.* The Educational Climate Inventory: Measuring Students' Perceptions of the Preclerkship and Clerkship Settings. **Acad Med**, 92, n. 12, p. 1757-1764, Dec 2017.

LANG, V. J.; O'CONNOR, A. B.; BLATT, A.; GRACEY, C. Collaborative development of teaching scripts: an efficient faculty development approach for a busy clinical teaching unit. **J Hosp Med**, 7, n. 8, p. 644-648, Oct 2012.

LAVE, J.; WENGER, E. **Situated learning: Legitimate peripheral participation.** Cambridge university press, 1991. 0521423740.

LEFROY, J.; WATLING, C.; TEUNISSEN, P. W.; BRAND, P. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. **Perspect Med Educ**, 4, n. 6, p. 284-299, Dec 2015.

LOMIS, K.; AMIEL, J. M.; RYAN, M. S.; ESPOSITO, K. *et al.* Implementing an Entrustable Professional Activities Framework in Undergraduate Medical Education: Early Lessons From the AAMC Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency Pilot. **Acad Med**, 92, n. 6, p. 765-770, Jun 2017.

LONG, D. M. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. **Academic Medicine**, 75, n. 12, p. 1178-1183, 2000.

MARTIN, L.; SIBBALD, M.; BRANDT VEGAS, D.; RUSSELL, D. *et al.* The impact of entrustment assessments on feedback and learning: Trainee perspectives. **Med Educ**, 54, n. 4, p. 328-336, Apr 2020.

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; ALVES PEREIRA-JUNIOR, G. Construção e validação dos marcos de competências para formação do enfermeiro em urgências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 26, 2018.

MULDER, H.; TEN CATE, O.; DAALDER, R.; BERKVEN, J. Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training. **Med Teach**, 32, n. 10, p. e453-459, 2010.

NATESAN, S.; BAILITZ, J.; KING, A.; KRZYZANIAK, S. M. *et al.* Clinical Teaching: An Evidence-based Guide to Best Practices from the Council of Emergency Medicine Residency Directors. **West J Emerg Med**, 21, n. 4, p. 985-998, Jul 3 2020.

NEUMANN, C. R.; GERBASE, M. W.; BLANK, D.; CAPP. **Avaliação de competências no internato: Atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica.** Porto Alegre: UFCSPA/UFRGS, 2019. 978-85-9489-180-8.

NORCINI, J.; ANDERSON, B.; BOLLELA, V.; BURCH, V. *et al.* Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Med Teach**, 33, n. 3, p. 206-214, 2011.

OLDE BEKKINK, M.; FARRELL, S. E.; TAKAYESU, J. K. Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. **Int J Med Educ**, 9, p. 262-270, Oct 25 2018.

ORGANIZATION, W. H. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** World Health Organization. 2010.

PETERS, H.; HOLZHAUSEN, Y.; BOSCARDIN, C.; TEN CATE, O. *et al.* Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. **Med Teach**, 39, n. 8, p. 802-807, Aug 2017.

POWELL, D.; CARRACCIO, C. Toward Competency-Based Medical Education. **N Engl J Med**, 378, n. 1, p. 3-5, Jan 4 2018.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. **Emergency Medicine Competencies.** 2018. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/emergency-medicine-competencies-e.pdf>.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. **Competence Committee Guideline: Process and Procedures in Decision Making.** 2018. Disponível em: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/competence-committees-process-procedures-e>. Acesso em: Setembro 14th 2021.

RUSHTON, A. Formative assessment: a key to deep learning? **Med Teach**, 27, n. 6, p. 509-513, Sep 2005.

SCHULTZ, K.; GRIFFITHS, J.; LACASSE, M. The Application of Entrustable Professional Activities to Inform Competency Decisions in a Family Medicine Residency Program. **Acad Med**, 90, n. 7, p. 888-897, Jul 2015.

SIMERS. **O desafio de gerir o caos: O futuro da especialidade de emergencista no brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.simers.org.br/noticia/o-desafio-de-gerir-o-caos-o-futuro-da-especialidade-de-emergencista-no-brasil>. Acesso em: 2020, fevereiro 6.

SINGER, M.; DEUTSCHMAN, C. S.; SEYMOUR, C. W.; SHANKAR-HARI, M. *et al*. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA**, 315, n. 8, p. 801-810, Feb 23 2016.

SPENKELINK-SCHUT, G.; TEN CATE, T. J.; KORT, H. S. M. Toepassing van het concept EPA als verbinding tussen professionele activiteiten en CanMEDS competentie-gebieden: pilotstudie Physician Assistant Urologie. **Tijdschrift voor Medisch Onderwijs**, 27, n. 5, p. 230-238, October 01 2008.

STERKENBURG, A.; BARACH, P.; KALKMAN, C.; GIELEN, M. *et al*. When do supervising physicians decide to entrust residents with unsupervised tasks? **Acad Med**, 85, n. 9, p. 1408-1417, Sep 2010.

TEN CATE, O. Entrustability of professional activities and competency-based training. **Med Educ**, 39, n. 12, p. 1176-1177, Dec 2005.

TEN CATE, O.; SCHEELE, F. Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? **Academic Medicine**, 82, p. 542-547, 2007.

TEN CATE, O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. **J Grad Med Educ**, 5, n. 1, p. 157-158, Mar 2013.

TEN CATE, O.; CHEN, H. C.; HOFF, R. G.; PETERS, H. *et al*. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. **Med Teach**, 37, n. 11, p. 983-1002, 2015.

TEN CATE, O.; HART, D.; ANKEL, F.; BUSARI, J. *et al*. Entrustment Decision Making in Clinical Training. **Acad Med**, 91, n. 2, p. 191-198, Feb 2016.

TEN CATE, O.; HOFF, R. G. From case-based to entrustment based discussions. **The Clinical Teacher**, 14, n. 6, p. 385-389, 2017.

TEN CATE, O. A primer on entrustable professional activities. **Korean J Med Educ**, 30, n. 1, p. 1-10, Mar 2018.

TEN CATE, O. When I say ... entrustability. **Med Educ**, 54, n. 2, p. 103-104, Feb 2020.

TEN CATE, O.; SCHWARTZ, A.; CHEN, H. C. Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales. **Academic Medicine**, 95, n. 11, p. 1662-1669, 2020.

TOASSI, R. F. C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 2017.

TOMIAK, A.; BRAUND, H.; EGAN, R.; DALGARNO, N. *et al.* Exploring How the New Entrustable Professional Activity Assessment Tools Affect the Quality of Feedback Given to Medical Oncology Residents. **J Cancer Educ**, 35, n. 1, p. 165-177, Feb 2020.

TORRES, C.; GOITY, L.; MUNOZ, N.; DRAGO, P. Entrustable Professional Activities: Una propuesta innovadora para la evaluación de competencias médicas. **Revista médica de Chile**, 146, p. 10641069, 2018.

TOUCHIE, C.; TEN CATE, O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. **Med Educ**, 50, n. 1, p. 93-100, Jan 2016.

VAN LOON, K. A.; BONNIE, L. H. A.; VAN DIJK, N.; SCHEELE, F. Benefits of EPAs at risk? The influence of the workplace environment on the uptake of EPAs in EPA-based curricula. **Perspect Med Educ**, 10, n. 4, p. 200-206, Aug 2021.

VERMUNT, J. D.; VERLOOP, N. Congruence and friction between learning and teaching. **Learning and instruction**, 9, n. 3, p. 257-280, 1999.

WARM, E. J.; MATHIS, B. R.; HELD, J. D.; PAI, S. *et al.* Entrustment and mapping of observable practice activities for resident assessment. **J Gen Intern Med**, 29, n. 8, p. 1177-1182, Aug 2014.

WATLING, C. J.; GINSBURG, S. Assessment, feedback and the alchemy of learning. **Med Educ**, 53, n. 1, p. 76-85, Jan 2019.

YOON, M. H.; KURZWEIL, D. M.; DURNING, S. J.; SCHREIBER-GREGORY, D. N. *et al.* It's a matter of trust: exploring the basis of program directors' decisions about whether to trust a resident to care for a loved one. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, 25, n. 3, p. 691-709, Aug 2020.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE 1 BOLETIM INFORMATIVO IMPLANTAÇÃO DAS EPAS RESIDÊNCIA DE EMERGÊNCIA

Implantação de EPAs na Residência de Medicina de Emergência

Daniel Fontana Pedrollo

Supervisor do Programa de Residência em Medicina de Emergência
 dpedrollo@hcpa.edu.br
 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
 Faculdade de Medicina
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul
 Email: dpedrollo@hcpa.edu.br

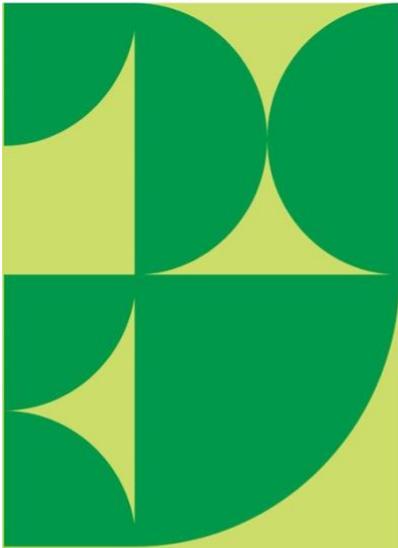
Danilo Blank

Orientador

Ricardo Kuchenbecker

Co-orientador





Educação baseada em competência

Formação com objetivo fixo e definido e não tempo fixo

Conceitos Gerais

Historicamente, o ensino médico nos campos de prática tem sido baseado em processos educacionais de treinamento por exposição a situações específicas por determinados períodos de tempo. Esse conceito definiu os parâmetros que persistem até hoje: treinamento por um período fixo de tempo, conteúdo educacional estruturado, experiência com pacientes, responsabilidade escalonada durante o treinamento e prática supervisionada. Em resumo, considerou-se o processo de formação de um especialista baseando-se em tempos de exposição em determinadas áreas relevantes por períodos delimitados para assim atingir sua capacidade de atuação profissional posterior. A estrutura adotada sofre questionamentos pertinentes à percepção de particularidades no aprendizado para diferentes indivíduos, os quais não necessariamente vão apresentar o mesmo tempo para desenvolver uma habilidade específica.

A educação baseada em competências surgiu contrapondo esse conceito de aprendizado baseado em tempo de exposição ou experiência propondo o enfoque em objetivos claros de aprendizado e na aquisição da competência necessária para desempenhar uma profissão. Modifica-se a perspectiva de uma formação em um tempo fixo sem um objetivo definido para uma formação com um tempo variável mas com um objetivo definido (TEN CATE, 2005). Se antes colocava-se como necessário para a formação profissional o cumprimento de um determinado estágio ou ter tido determinada experiência, a educação baseada em competências tem como objetivo a capacitação num contexto específico de prática profissional. Por exemplo, se anteriormente considerávamos que na formação de um especialista em emergência era necessário termos um mês de estágio em clínica cardiológica, na educação baseada em competências o objetivo é a competência em cuidados cardiológicos de emergência.

Essa mudança de paradigma então tem sido definida na área médica como um treinamento direcionado ao atingimento de um nível de proficiência em uma ou mais competências, com enfoque em adquirir habilidades definidas e organizadas em torno de objetivos claros, derivados da análise de necessidades da sociedade e dos pacientes. Objetiva retirar a ênfase no tempo delimitado para o aprendizado e direcionar o treinando para a progressiva obtenção de objetivos curriculares bem definidos, promovendo mais responsabilidade, flexibilidade e foco no aprendiz (FRANK; MUNGROO; AHMAD; WANG *et al.*, 2010).



O objetivo da educação baseada em competências é, em última análise, a formação de um profissional de saúde que possa praticar medicina em nível definido de proficiência em acordo com as condições e necessidades locais (TOUCHIE; TEN CATE, 2016). Tais objetivos devem direcionar e determinar a implantação de processos de ensino-aprendizagem e de avaliação, mas esses processos devem ser determinados sempre a partir da definição de objetivos claros, guiando todas as definições de um currículo, diferindo do modelo tradicional, onde a ênfase é no processo e na estrutura do programa de ensino. Em resumo, poderíamos colocar como princípios da educação baseada em competências: foco em objetivos claros de aprendizado, ênfase em habilidades, menos importância no tempo de treinamento e maior engajamento do aprendiz na obtenção dos objetivos (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010).

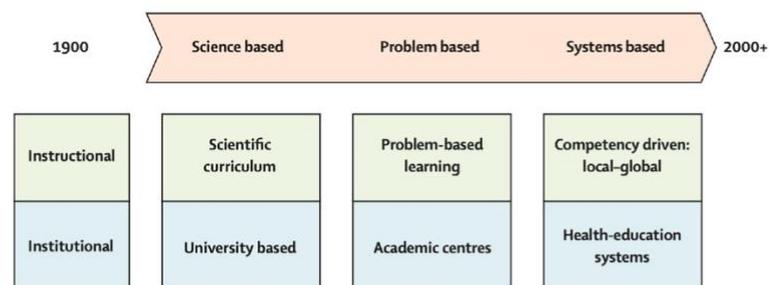


Figura 1. Evolução conceitual do ensino médico

O que é uma competência

Competência pode ser definida como a habilidade observável de um profissional de saúde, integrando múltiplos componentes como conhecimento, habilidades, características pessoais, atitudes e intenções para atingir um resultado positivo (LOMIS; AMIEL; RYAN; ESPOSITO *et al.*, 2017). Anteriormente, a ênfase no ensino era focada na aquisição de conhecimento, enquanto no conceito de competência as habilidades e atitudes passam a ter importância equivalente na caracterização do profissional. Como devem ter a característica de serem observáveis podem ser avaliadas e medidas para assegurar sua aquisição (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010). Um conjunto de competências de uma profissão consiste nas qualidades gerais que todo profissional deve adquirir para sua formação. Conceitualmente as competências devem ser específicas, abrangentes (incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes), duráveis, passíveis de treinamento, aferíveis, relacionadas a atividades profissionais e vinculadas a outras competências. Estruturas de domínios de competências para a profissão médica foram então desenvolvidas e adotadas nos currículos

médicos em países como Canadá. Tais estruturas de competências proveem descrições gerais que servem para guiar aprendizes, supervisores e as instituições no ensino e avaliação dos treinandos. Aqui um link para o Royal College Canadense com detalhamento das competências utilizadas:

[Canadian physician framework](#)

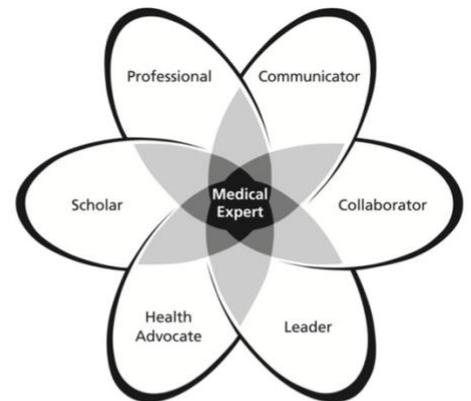


Figura 2 Matriz de competências canadense

Com o intuito de operacionalizar e preencher as lacunas existentes entre a teoria da educação baseada em competências e a prática clínica curricular no local de trabalho na educação médica, Olle ten Cate desenvolveu, em 2005, o conceito de atividades profissionais confiabilizadoras (*entrustable professional activities*, popularizadas pela

Competências

Um conjunto de competências são as habilidades que todo profissional deve adquirir para sua formação (incluem conhecimentos, habilidade e atitudes).



sigla EPA), uma abordagem pedagógica avaliativa baseada em processos de confiabilização no contexto do trabalho clínico. Esse conceito tem sido adaptado para a língua portuguesa com o emprego do equivalente terminológico atividades profissionais confiabilizadoras (NEUMANN; GERBASE; BLANK; CAPP, 2019).



O que são EPAs?

Confiança é um conceito central no trabalho em cuidados de saúde: os pacientes confiam em seus cuidadores e esses necessitam cooperação e confiança entre si. Em um ambiente de ensino o supervisor necessita delegar cuidados para o seu treinando, os quais só ocorrem à medida que se confia que seu aluno adquiriu competência para realizá-las. Com essa lógica conseguiu-se operacionalizar a avaliação das competências na prática diária através da capacidade do aluno de realizar sem supervisão atividades que lhe sejam confiadas. As EPAs podem ser descritas como unidades de prática profissional (por exemplo, manejo clínico de um paciente com sepse) que podem ser confiadas a um treinando em formação tão logo demonstre competência para executá-las sem supervisão. EPAs usualmente requerem domínio de múltiplas competências e de forma integrativa.

Constituindo então a descrição do trabalho e das responsabilidades do profissional em sua prática diária nos cuidados aos pacientes, EPAs são uma descrição operacional da profissão médica e suas especialidades. Constituem a lista de atividades que cada unidade (enfermaria, unidade intensiva, emergência, etc.) ou profissional da saúde realiza em seu dia a dia, semana a semana ou qualquer período de tempo. EPAs são atividades limitadas (tem início e fim) e só podem ser confiadas a pessoas treinadas. Na profissão médica o ponto crucial é que essas atividades sejam realizadas com segurança e sua avaliação é realizada com esse foco. Aqui um vídeo de 2 minutos também do Royal College resumindo o conceito de EPAs: [link](#)

A educação baseada em competências e o uso das EPAs como ligação entre uma estrutura de competência e o treinamento prático médico ainda é incipiente em nosso meio. Em processo inovador, as escolas médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre vêm realizando um projeto colaborativo interinstitucional, liderado pelos professores Cristina Neumann, Margaret Gerbase e Danilo Blank, com a utilização de EPAs para aprimorar o processo de avaliação no internato médico. Trata-se de projeto financiado pelo National Board of Medical Examiners, dos Estados Unidos, para o biênio 2019-2020. O projeto prevê a implantação de 13 EPAs para avaliação de alunos cumprindo

EPAs

Atividades práticas realizadas no dia a dia que constituem a descrição do trabalho e responsabilidades do profissional ao cuidar de pacientes.

programa de internato nos dois cursos supracitados. No entanto, não há descrição de experiências locais do uso das EPAs na especialização durante a residência médica.



Figura 3 Projeto EPAs na graduação

Competências e EPAs na Residência de Emergência



EPAs e competências

Ao conquistar a confiança em poder realizar uma atividade de forma independente o treinando atingiu as competências necessárias para essa atividade.

No treinamento dos profissionais médicos contamos com um currículo que se desenvolve no local de trabalho e, à luz da educação baseada em competências, pode ser definido como o conjunto de experiências no mundo real que promovem a aquisição de competências necessárias para sua formação profissional. As características que moldam esse tipo de currículo são: a) uma trajetória de participação que vai de uma responsabilidade baixa a alta; b) acesso a conhecimento que não se poderia adquirir sozinho; c) orientação direta por pares mais experientes; d) orientação indireta pela interação com o ambiente físico e social de trabalho. É nesse meio que a construção do currículo utilizando as EPAs encontra seu lugar.

Uma EPA usualmente requer múltiplas competências de maneira integrada para que seja confiada plenamente, correspondendo a uma atividade que o residente/treinando deve ser capaz de executar independentemente após ter realizado uma série de ações interconectadas necessárias para a execução plena da atividade central. Conceitualmente, ao conquistar a confiança em poder realizar uma atividade de forma independente o treinando atingiu as competências necessárias para essa.

Uma lista de EPAs constitui o núcleo de atividades chave que se espera que um determinado profissional seja capaz de dominar e que correspondem a atividades realizadas no dia a dia da profissão.

Aqui um link para uma de lista das 14 EPAs utilizadas em residência de terapia intensiva na Alemanha. Interessante observar que consistem em uma lista de atividades chave realizadas pelo profissional dessa especialidade: [15 epas de uma residência de UTI](#)

A Residência em Emergência pretende iniciar a construção das EPAs de nossa especialização. Para isso contamos com a participação dos preceptores para a construção desse modelo. Constituiremos um grupo de trabalho formal na instituição para através da técnica de conferência de consenso elaborarmos uma EPA inicial para desenvolver no ano de 2021. Inicialmente um grupo de preceptores elaborará o conteúdo para descrição de uma EPA pré-definida contendo: Nome, descrição da atividade, competências necessárias para sua realização, conhecimentos e habilidades requeridas, proposta de avaliação. Esta EPA será elaborada a partir de um texto-base redigido pela equipe de pesquisadores prevendo as competências relacionadas a um escopo de síndromes clínicas mais comuns no atendimento de pacientes em serviços de emergência especificado a seguir.

Entre as atividades realizadas pelo emergencista em sua prática está a avaliação de pacientes em consulta em emergência. Essas são caracterizadas por pacientes com estabilidade clínica e por um grupo de queixas, dentre as mais frequentes: dispneia, dor torácica, dor abdominal, dor lombar e cefaleia. O atendimento dessas síndromes contempla a caracterização de uma EPA pois requerem múltiplas competências, são atividades que o treinando deve ser capaz de realizar de forma independente e são essenciais da sua profissão como emergencista. Nessa EPA estariam excluídos os pacientes instáveis clinicamente pois requerem um escopo de competências mais avançado e que caracterizaria outra atividade confiabilizadora.

Após a elaboração inicial da EPA o grupo de trabalho realizará em torno de 3-4 encontros presenciais mas com possibilidade de participação virtual para a apreciação do conteúdo da EPA.

9.2 APÊNDICE 2 FORMULÁRIO ENVIADO ELETRONICAMENTE

Concordância com EPA elaborada

Formulário para avaliar consenso do grupo com os descritores da EPA realizada pelos preceptores. Assinale o seu grau de concordância numa escala de 0(discorda totalmente) a 10(máxima concordância) com os ítems elaborados para descrever a EPA.

1 - Quanto ao título: "Atendimento ao paciente clinicamente estável na unidade de emergência", qual o seu grau de concordância de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 - Se desejar, coloque abaixo sugestões quanto ao nome.

As questões abaixo referem-se aos descritores da EPA (conhecimento, habilidades e atitude necessários para o aprendiz ter a tarefa confiabilizada
Assinale o seu grau de concordância com a descrição

3 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Elabora, comunica e registra uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares", qual o seu grau de concordância de 0 a 10?

4 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Identifica através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determina a prioridade do manejo terapêutico", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Avalia o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Constrói uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnóstico com elevado potencial de morbidade e mortalidade", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Determina a prioridade e solicita exames complementares coerentes com as hipóteses

interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, rx, tomografia e laboratório)", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Conhece o local que está atuando sabendo direcionar o paciente de acordo com suas necessidades, identifica e aloca recursos necessários para o diagnóstico e o tratamento condizentes com a situação e o cenário", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Seleciona apropriadamente os agentes farmacológicos para administração e considera seus efeitos adversos", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Interpreta e discute os resultados da avaliação com o especialista quando necessário para realizar o plano de manejo", qual seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Indica e interpreta, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese", qual o seu grau de concordância em uma escala de 1 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Realiza com registro adequado procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese", qual o seu grau de concordância em uma escala de 1 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Indica, realiza e interpreta adequadamente a ecografia à beira do leito, compreendendo suas limitações", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Comunica adequadamente à equipe, os familiares e pacientes as condutas a serem adotadas e as suas justificativas.", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Identifica a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planeja a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Elabora plano de alta da emergência orientando o seguimento e fornecendo informações necessárias", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17 - Quanto ao marcador de aprendizado descrito como: "Percebe as suas deficiências e limitações e elabora um plano de estudo para a situação", qual o seu grau de concordância em uma escala de 0 a 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 - Deseja acrescentar algum comentário aos descritores da EPA?

As questões agora se referem ao processo de avaliação da EPA
Assinale o grau de concordância em uma escala de 0 a 10 quanto aos itens:

19 - O processo de confiabilização de um médico residente em relação a uma EPA deve envolver, para além do mesmo, a interação com pelo menos três preceptores.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20 - Caso discorde e tenha outra sugestão para pergunta 19, especifique abaixo

21 - O prazo máximo para o residente ser avaliado e confiabilizado nessa EPA deverá ser 1 ano podendo ser prorrogado por 6 meses.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22 - Caso discorde do prazo acima e tenha outra sugestão, escreva abaixo.

23 - Os residentes deverão realizar um registro mínimo de atendimentos e observações com 3 preceptores diferentes para se tornarem confiáveis.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24 - Caso deseje insira comentários a pergunta 23 no espaço abaixo:

9.3 APÊNDICE 3 EPA ATENDIMENTO DO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL NA EMERGÊNCIA

EPA 01	Atendimento ao paciente clinicamente estável na Emergência	Nível de supervisão				
Decisão de confiabilidade – atender de forma independente queixas comuns na emergência		I	II	III	IV	V
Foco principal	história e exame físico, diagnóstico diferencial e hipóteses, investigação e manejo, comunicação com familiares e equipe, definição de necessidades do paciente, definição de alta ou admissão das principais queixas ocorrendo na emergência					
Checklist para ajudar na decisão de confiabilidade: conhecimento, habilidades e atitudes						Aspectos para melhorar
Elabora, comunica e registra uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares						
Identifica através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determina a prioridade do manejo terapêutico						
Avalia o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares						
Constrói uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnósticos com elevado potencial de morbidade e mortalidade						
Determina a prioridade e solicita exames complementares coerentes com as hipóteses interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, rx, tomografia e laboratório)						
Conhece o local que está atuando sabendo direcionar o paciente de acordo com suas necessidades, identifica e aloca recursos necessários para o diagnóstico e o tratamento condizentes com a situação e o cenário						
Seleciona apropriadamente os agentes farmacológicos para administração e considera seus efeitos adversos						
Interpreta e discute os resultados da avaliação com o especialista quando necessário para realizar o plano de manejo						
Indica e interpreta, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese						
Realiza com registro adequado procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável – punção lombar, toracocentese, artrocentese						
Indica, realiza e interpreta adequadamente a ecografia à beira do leito, compreendendo suas limitações						
Comunica adequadamente a equipe, os familiares e pacientes sobre as condutas e garante a sua realização						
Identifica a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planeja a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar						
Elabora plano de alta orientando o seguimento e fornecendo informações necessárias						
Percebe as suas deficiências e limitações e elabora um plano de estudo para a situação						

Extra Feedback	
Residente	
Supervisor	
Data	

Plano de observação

- Mínimo de 20 observações (5 de cada uma das principais queixas: dor torácica, dispneia, dor abdominal/lombar, cefaleia) documentadas com objetivo atingido
- Mínimo de 3 preceptores diferentes
- Comitê de competência deve reunir-se a cada 4 meses para discussão do andamento
- Supervisor reunião mensal com equipe multidisciplinar para coleta de observações da equipe

Temas do Programa de Treinamento em Medicina de Emergência	I. Queixas comuns em emergências II. Emergências cardiológicas, III. Emergências neurológicas IV Emergências pneumológicas. V Emergências Abdominais VI. Profissionalismo VII. Procedimentos
Requisitos	Mínimo de treinamento 1 ano Decisão de confiança por pelo menos 3 preceptores diferentes Discussão de casos com preceptores Portfólio de atendimentos e procedimentos observados através de instrumento padronizado
Sugestões para melhoria na progressão	Atividades focadas em déficits detectados Discussões baseados em casos

Informações Gerais

Campos de competência	M	Expertise médica
	C	Comunicação
Níveis de Supervisão * aprendiz permanece sob responsabilidade do supervisor	Co	Colaborador
	HA	Promotor de saúde
	P	Profissional
	S	Acadêmica
	I	Supervisão direta
II	Supervisão proativa	Aprendiz pode realizar a atividade com o preceptor presente e esse decide quando necessário intervir, supervisor checa todos achados do atendimento
III	Supervisão conforme demanda	Aprendiz pode realizar atividade independente sem o supervisor presente mas disponível imediatamente. Supervisor checa os achados importantes do caso.
IV	Supervisão posterior	Aprendiz pode realizar a tarefa sozinho com supervisão posterior. Supervisor atua após a atividade. Esse estágio gradualmente se estende para a prática sem supervisão e marca o início da confiança na atuação independente na EPA.*
V	Capaz de supervisionar	Aprendiz demonstra habilidade para prover supervisão e pode atuar nesse papel para os aprendizes iniciantes.*

EPA: ATENDIMENTO AO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL

Instrumento de observação de atendimento

Residente	Data	Baseado nessa observação do residente, você teve que: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> realizar o atendimento <input type="radio"/> orientar durante o atendimento <input type="radio"/> orientar em alguns momentos <input type="radio"/> estar apenas se o residente precisasse <input type="radio"/> você não precisaria estar lá
Residente	Local	
	Tipo de Avaliação	
	Tipo de Avaliação	

- 1 Elaborar, comunicar e registrar uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 2 Identificar através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determinar a prioridade do manejo terapêutico Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 3 Avaliar o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 4 Construir uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnósticos com elevado potencial de morbidade e mortalidade Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 5 Determinar a prioridade e solicitar exames complementares coerentes com as hipóteses interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, rx, tomografia e laboratório) Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 6 Selecionar apropriadamente os agentes farmacológicos para administração e considerar seus efeitos adversos Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 7 Perceber as suas deficiências e limitações e elaborar um plano de estudo para a situação Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 8 Indicar e interpretar, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 9 Identificar a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planejar a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar Atinge nível Em progresso Não avaliado

Feedback ao residente e ao comitê de competência:	Profissionalismo e segurança do paciente
<p>Você tem alguma consideração em relação ao profissionalismo do residente?</p>	<p>Você tem alguma consideração em relação a segurança do paciente?</p>

EPA: ATENDIMENTO AO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL

Instrumento de observação de procedimento

Toracocentese
 Paracentese
 Acesso Central
 Punção Lombar

Data

Residente

Local

Contexto (descrição do caso)

- Baseado nessa observação do residente, você teve que:
- realizar o atendimento
 - orientar durante o atendimento
 - orientar em alguns momentos
 - estar apenas se o residente precisasse
 - você não precisaria estar lá

1 Explica para o paciente e solicita permissão para realizar o procedimento

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

2 Prepara os materiais, o local e realiza antisepsia adequada

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

3 Posiciona adequadamente o paciente e identifica os marcadores anatômicos

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

4 Discute os possíveis resultados e implicações desses

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

5 Prevê possíveis complicações e manejo

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

Feedback ao residente e ao comitê de competência:

Profissionalismo e segurança do paciente

Você tem alguma consideração em relação ao profissionalismo do residente?

Você tem alguma consideração em relação a segurança do paciente?

9.4 APÊNDICE 4 CASOS OFICINA DE *FEEDBACK*

A dinâmica envolveu 4 grupos de 3 pessoas alternando os seus papéis na oficina: um observador, um preceptor e um treinando. O grupo recebia as informações e exercitava situações cotidianas onde deveria dar feedback. Os objetivos propostos de cada caso estão citados nas descrições.

Primeiro caso

Informação para ambos os atores:

O médico residente João atende um paciente masculino de 50 anos, trazido ao box de atendimento referindo que há 2 meses apresenta inchaço nos membros inferiores e dispneia aos moderados esforços, que pioraram nesta semana. Nega dor torácica, tosse, alterações urinárias e febre. Refere estar em uso correto das medicações de uso contínuo, porém baixa adesão à dieta orientada por seu cardiologista. O médico residente examina o paciente depois da coleta da história; realiza ausculta cardíaca e pulmonar e verifica o edema com formação de cacifo. Durante o atendimento, o paciente mantém saturação em torno de 89-90%. O técnico de enfermagem pergunta se ele quer instalar oxigênio, mas o residente pede para esperar. Após alguns minutos ele pede para o mesmo técnico instalar o oxigênio (percebe-se que o técnico ficou incomodado agora com o pedido). Ele não nota que o paciente apresentava turgência jugular enquanto estava deitado e não examina os membros inferiores para comparar se o edema é simétrico ou se algum dos membros não apresenta sinais de infecção. No plano para o caso, ele coloca que o paciente deve ter insuficiência cardíaca e devem ser administrados diuréticos e solicitados exames.

Na discussão com o preceptor, este pergunta se ele acha que pode ser alguma outra coisa, obtendo a resposta de que pode ser uma embolia pulmonar e que isso poderia também descompensar a insuficiência cardíaca. Ao ser questionado como isso poderia ser resolvido, o médico residente acha que talvez então tenha que pedir uma angiotomografia. A seguir para esclarecer mais dados, conversa com o familiar que questiona se o paciente necessitará ser internado apenas responde que sim, o que deixa o familiar surpreso.

informação ao preceptor:

Você vai dar feedback para o residente que atendeu o paciente acima: você percebe que ele examinou inadequadamente os membros inferiores, deixando de comparar o edema e verificar sinais flogísticos (não elevou a calça para olhar a perna). Além disso, durante o atendimento o técnico de enfermagem sugeriu O₂ para o paciente, ele não aceitou a princípio, mas após alguns minutos solicitou ao técnico que instalasse (o técnico ficou descontente e o residente fingiu não perceber). Na discussão de caso, ao ser perguntado sobre outros diagnósticos, falou em TEP e, ao ser questionado como poderia excluir essa hipótese, sugeriu uma angiotomografia, quando solicitar dímeros-D poderia ser a solução. O residente mostrou-se hesitante quanto à

possibilidade do paciente ser internado e não soube indicar critérios possíveis para essa decisão.

Informação exclusiva para o ator-residente responder ao receber feedback:

Vai questionar que o técnico é sempre intrusivo nos atendimentos e que achava que realmente não precisava O₂ naquele momento. Quanto ao exame, o paciente não falou em infecção e o edema estava igual nos dois lados; portanto devia ser insuficiência cardíaca. Quanto aos dímeros-D, ele trabalhou um ano em pronto atendimento e não tinha esse exame, mas ele pensou em pedir – sim – mas só não falou.

Intenção da discussão: como lidar com o residente que não aceita a orientação e não admite suas inadequações.

Segundo caso

Informação para ambos atores

O médico residente João atende um paciente de 45 anos com queixa de cefaléia. O paciente é soropositivo e realiza tratamento há 10 anos, vindo à consulta acompanhado de um amigo. O médico residente insiste questionando várias vezes na consulta se o paciente faz uso correto de suas medicações e este confirma fazer uso correto repetidas vezes. Ao sair para conversar com o acompanhante, o médico residente não pergunta ao paciente se esse é seu familiar e se pode falar sobre sua doença com esse. Nesse momento o preceptor intervém e pergunta para o paciente que afirma ser apenas um colega de trabalho. Ao discutir o caso, acha que o paciente tem que ser submetido a uma punção lombar para descartar infecções, mas que ficou com a impressão de ser apenas um caso de cefaleia. Durante todo o atendimento, o paciente estava lúcido, orientado, mas com fácies de dor; contudo, o médico residente prescreveu analgesia apenas ao final do atendimento, quando foi discutir o caso.

Ator-Preceptor: baseado no relato acima, como conversaria com o residente?

Ator-Residente: recebe o feedback e acha que fica inseguro no atendimento de pacientes soropositivos. Não sabia que o paciente HIV tem que ser submetido a tomografia antes de punção lombar. Insistiu nas perguntas pois esses pacientes frequentemente não fazem uso correto de medicações, isso é muito comum

Intenção do caso: mostrar o início do feedback com ponto positivo, salientar o cuidado necessário com sigilo nas informações. Deve orientar a ler indicações de tomografia antes de punção lombar. Deve perguntar porque ele acha que esses pacientes não tomam medicações adequadamente e tentar mostrar o preconceito presente no atendimento e como isso pode afetar a relação médico-paciente.

Terceiro caso

O médico residente João atende um paciente de 65 anos com dor abdominal, que iniciou há 1 dia e vem piorando. O paciente é diabético, em uso de hipoglicemiantes orais e também de diversas medicações anti-hipertensivas. Refere ter dor na região superior da barriga e que há 2 meses fez ecografia de rotina, que constatou pedra na vesícula. Paciente está com sinais estáveis; ao exame do abdômen, tem dor difusa, sem defesa e com dor na região superior à palpação. Ao discutir o caso, o médico residente acha que o paciente tem que ser submetido a exames, iniciando com uma ecografia do abdômen. Por agora gostaria de fazer analgesia com morfina. Ele solicita morfina, sentado de onde está, e fala alto com o técnico, que responde também de longe, falando alto no meio da unidade, onde pacientes encontram-se dormindo.

Durante a discussão, o médico residente quer descartar primeiro colecistite, pois o exame é mais simples e se vier positivo evitará a tomografia; já por ser diabético há possibilidade do paciente ter insuficiência renal. Durante o atendimento, não percebe que a paciente tem fibrilação atrial e que esse é um fator importante para pensar em isquemia mesentérica.

Feedback do ator preceptor: o ator define na hora após ler o relato.

Médico residente: Responde que falou alto porque queria que o paciente recebesse a medicação logo e acha que é melhor evitar a tomografia pois o paciente tem potencial insuficiência renal. Durante a discussão, fala com o preceptor, mas olha o celular diversas vezes.

Intenção da discussão: Iniciar pelo ponto positivo que ele se preocupou com a função renal do paciente e isso é importante em pacientes diabéticos. O preceptor deve corrigir o comportamento do médico residente, que deve prestar atenção aos cuidados do ambiente (não perturbar os outros pacientes), corrigir o raciocínio diagnóstico (em que isquemia mesentérica deve ser pensada e descartada nessa situação) e prestar atenção nos fatores de risco para doença grave como essa (fibrilação atrial). Deve orientar o residente a estudar dados do exame e de história que aumentam a chance de isquemia mesentérica. Deve também discutir a ordem de solicitação de exames, nesse caso é necessário excluir o diagnóstico de isquemia precocemente para evitar danos prováveis se ocorrer retardo diagnóstico.

Quarto caso

O médico residente João vai realizar uma toracocentese e solicita a ajuda de um preceptor. Ele conduz o paciente à sala adequada e o coloca na posição correta. Quando o paciente está posicionado, ele explica o procedimento e obtém a sua concordância. João realiza a antisepsia, coloca os campos e realiza o procedimento sem intercorrências. Ao final, solicita os exames pertinentes.

Feedback do preceptor: definido pelo ator

Intenção do caso: demonstrar um residente confiável para o procedimento. Na discussão o preceptor pode perguntar sobre possíveis intercorrências nesse procedimento e quais seriam as possíveis condutas

9.5 APÊNDICE 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Número do Projeto no GPPG: 2020-0550

Título do Projeto: Implantação de atividades profissionais confiabilizadoras (EPAs) no ensino baseado em competências em medicina de emergência em um hospital universitário

Você está sendo convidado/a a participar de um estudo intitulado *Implantação de Atividades Profissionais Confiabilizadoras no ensino baseado em competências em medicina de emergência em um hospital universitário*. O estudo visa desenvolver e implantar uma atividade profissional confiabilizadora além de analisar os fatores contextuais e agentes facilitadores e dificultadores do processo junto aos preceptores do programa e residentes da Residência de Medicina de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

As atividades que servirão de dados para o estudo serão as seguintes: (a) conversas entre os/as pesquisadores/as e os/as participantes e registro resumido do conteúdo das conversas em diário de campo; (b) realização de 1 grupos focados com 4 participantes com duração máxima de 1 hora e entrevistas em profundidade individuais com duração máxima de 30 minutos com os preceptores e residentes do serviço; (c) anotações de observações relevantes sobre o ambiente pesquisado e sobre os/as participantes da pesquisa em diário de campo; (d) gravações em áudio das entrevistas em profundidade e em áudio e vídeo dos grupos focados.

Sendo você um/uma profissional de saúde que atua como Preceptor do Programa de Residência de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, integrantes da equipe de pesquisa irão conversar com você além de observar e tomar notas de observações do que ocorre ao longo das reuniões de conferência de consenso. Sua participação poderá contribuir com o entendimento sobre: (a) dificuldades para implantação do projeto; (b) qualificação do processo de ensino.

Os riscos associados à sua participação nesta pesquisa estão ligados ao fato de que você pode sentir-se desconfortável com a presença de pesquisadores/as e com a gravação de interações das quais você participa. Caso haja qualquer tipo de desconforto ou constrangimento durante a gravação, ela será interrompida e os dados serão descartados. As informações que serão obtidas a seu respeito serão rigorosamente confidenciais. Sua identidade, seu nome real, nomes de outras pessoas, cidades e instituições que forem mencionados durante o andamento das

reuniões e entrevistas serão substituídos por pseudônimos em qualquer apresentação ou publicação do estudo. Os dados de imagens, contudo, poderão ser apresentados em eventos científicos e de formação profissional, e em publicações científicas. Por outro lado, suas informações pessoais, tais como nome, idade, profissão, endereço, telefone, etc., serão confidenciais e sua participação no estudo é voluntária. Diante dos riscos apresentados, deve-se considerar que, em virtude de não haver a possibilidade de um controle total sobre os dados, existe uma probabilidade mínima de quebra de confidencialidade. Reitera-se, entretanto, que essa chance é mínima, tendo em vista todo o cuidado assegurado ao longo do estudo.

Você pode se recusar a participar ou se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer penalidade. Não há relação entre este estudo e qualquer tipo de avaliação institucional envolvendo o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Também não está prevista nenhuma forma de pagamento por sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com relação a quaisquer dos procedimentos envolvidos. Você também tem o direito de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento.

Os dados gerados serão sempre tratados confidencialmente e ficarão sob inteira responsabilidade do responsável pelo estudo. Após o término da pesquisa, serão armazenados em *HDs* externos e em um servidor *online* seguro (nuvem), permanecendo com o responsável pelo estudo para eventuais esclarecimentos. Os dados serão guardados por tempo indeterminado e poderão ser utilizados no futuro para fins de pesquisa.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora responsável. Com sua assinatura, você declara sua concordância em participar do estudo nas condições descritas.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Danilo Blank, pelo telefone 51998044094, com o pesquisador Daniel Fontana Pedrollo, pelo telefone 51998787994 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Nome do/a participante: _____

Assinatura do/a participante: _____

Nome do pesquisador que aplicou o termo: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Local e Data: _____

9.6 APÊNDICE 6 ROTEIRO DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Instrumentos de coleta de dados

Projeto de Pesquisa

Implantação de Atividades Profissionais Confiabilizadoras em um hospital universitário

Roteiro semiestruturado de entrevista individual

1 - Nome: _____

Atuação: _____

- a) Qual é sua opinião sobre a atividade dos médicos residentes no Serviço de Emergência?
- b) Como você vê a atividade de preceptoria aos médicos residentes no serviço de emergência?
- c) Qual é a sua opinião em relação à EPA no contexto do seu trabalho no Serviço de Emergência?
- d) Como você acha que os seus colegas receberão a APC no Serviço de Emergência?
- e) Como a utilização da APC pode ajudar nas atividades de preceptoria?
- f) Como você acha que o conceito de EPA pode dificultar o trabalho de preceptoria?

9.7 APÊNDICE 7 ROTEIRO DE GRUPOS FOCAIS

Instrumentos de coleta de dados

Projeto de Pesquisa

Implantação de Atividades Profissionais Confiabilizadoras em um hospital universitário

Roteiro semiestruturado de grupos focados

Componentes do grupo

1 - Nome: _____

Atuação: _____

2 - Nome: _____

Atuação: _____

3 - Nome: _____

Atuação: _____

4 -Nome: _____

Atuação: _____

Pesquisadores observadores:

Nome: _____

Nome: _____

- a) Como estabelecer a confiança para um médico atender o meu familiar?
- b) Como vocês acham que a as EPA podem ajudar no programa de residência médica? (estruturação da preceptoria)
- c) Como vocês acham que pode ajudar na formação do emergencista? Como que eu confio que esse médico atenda o meu familiar?
- d) Como vocês se veem no papel de preceptor? Quais as dificuldades para implantar essa metodologia? Papel de educador x contratado. Ênfase em confiabilização para determinada ação e não “confiar na pessoa”.
- e) Avaliação continuada e não pontual, avaliação formadora. Como fazer uma avaliação continuada?
- f) Como feedback deve ser praticado? Residentes comentaram de discutir com grupo de residentes sobre o feedback dado, “socializar o feedback”
- g) Como as EPAs pode avaliar o aprendizado em equipe e a relação com outras especialidades?

Guia para Implantação de EPAs na Residência de Medicina de Emergência

Daniel Fontana Pedrollo

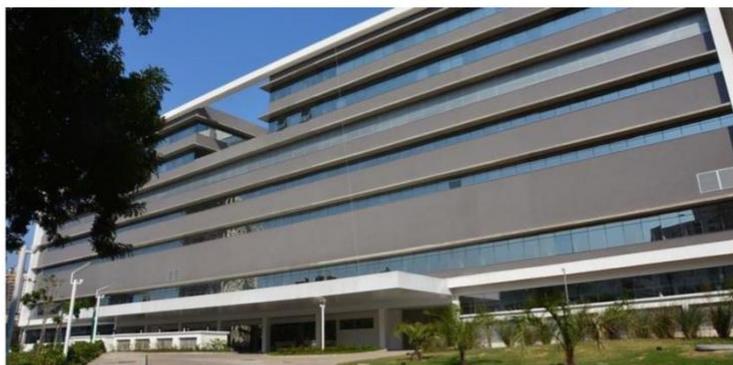
Supervisor do Programa de
Residência em Medicina de
Emergência
dpedrollo@hcpa.edu.br
Programa de Pós-Graduação
em Ensino na Saúde
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio
Grande do Sul
Email: dpedrollo@hcpa.edu.br

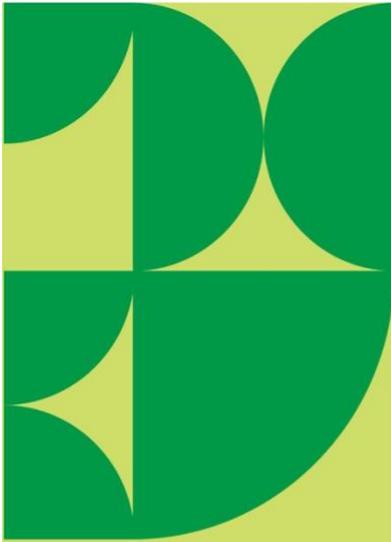
Danilo Blank

Orientador

Ricardo Kuchenbecker

Co-orientador





Educação baseada em competência

Formação com objetivo fixo e definido e não tempo fixo

Conceitos Gerais

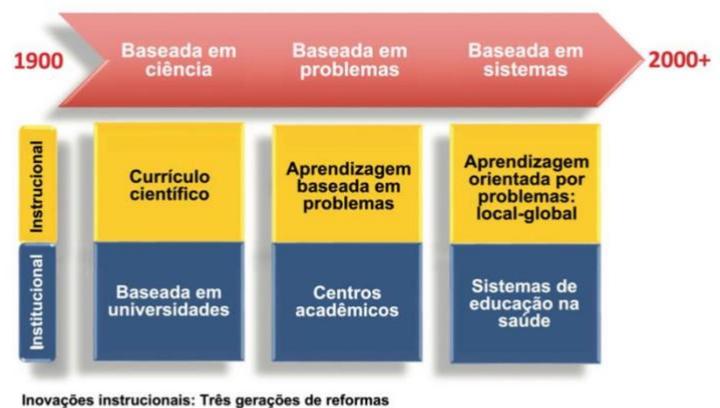
Historicamente, o ensino médico nos campos de prática tem sido baseado em processos educacionais de treinamento por exposição a situações específicas por determinados períodos de tempo. Esse conceito definiu os parâmetros que persistem até hoje: treinamento por um período fixo de tempo, conteúdo educacional estruturado, experiência com pacientes, responsabilidade escalonada durante o treinamento e prática supervisionada. Em resumo, considerou-se o processo de formação de um especialista baseando-se em tempos de exposição em determinadas áreas relevantes por períodos delimitados para assim atingir sua capacidade de atuação profissional posterior. A estrutura adotada sofre questionamentos pertinentes à percepção de particularidades no aprendizado para diferentes indivíduos, os quais não necessariamente vão apresentar o mesmo tempo para desenvolver uma habilidade específica.

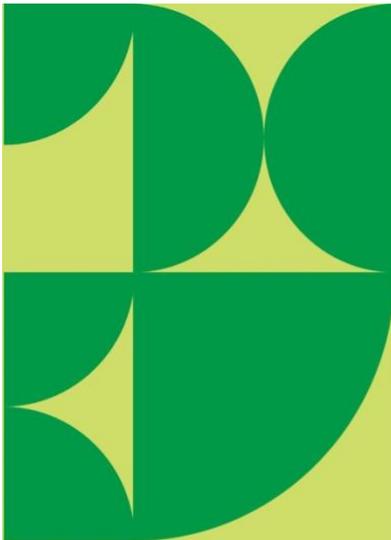
A educação baseada em competências surgiu contrapondo esse conceito de aprendizado baseado em tempo de exposição ou experiência propondo o enfoque em objetivos claros de aprendizado e na aquisição da competência necessária para desempenhar uma profissão. Modifica-se a perspectiva de uma formação em um tempo fixo sem um objetivo definido para uma formação com um tempo variável mas com um objetivo definido (TEN CATE, 2005). Se antes colocava-se como necessário para a formação profissional o cumprimento de um determinado estágio ou ter tido determinada experiência, a educação baseada em competências tem como objetivo a capacitação num contexto específico de prática profissional. Por exemplo, se anteriormente considerávamos que na formação de um especialista em emergência era necessário termos um mês de estágio em clínica cardiológica, na educação baseada em competências o objetivo é a competência em cuidados cardiológicos de emergência.

Essa mudança de paradigma então tem sido definida na área médica como um treinamento direcionado ao atingimento de um nível de proficiência em uma ou mais competências, com enfoque em adquirir habilidades definidas e organizadas em torno de objetivos claros, derivados da análise de necessidades da sociedade e dos pacientes. Objetiva retirar a ênfase no tempo delimitado para o aprendizado e direcionar o treinando para a progressiva obtenção de objetivos curriculares bem definidos, promovendo mais responsabilidade, flexibilidade e foco no aprendiz (FRANK; MUNGROO; AHMAD; WANG *et al.*, 2010).



O objetivo da educação baseada em competências é, em última análise, a formação de um profissional de saúde que possa praticar medicina em nível definido de proficiência em acordo com as condições e necessidades locais (TOUCHIE; TEN CATE, 2016). Tais objetivos devem direcionar e determinar a implantação de processos de ensino-aprendizagem e de avaliação, mas esses processos devem ser determinados sempre a partir da definição de objetivos claros, guiando todas as definições de um currículo, diferindo do modelo tradicional, onde a ênfase é no processo e na estrutura do programa de ensino. Em resumo, poderíamos colocar como princípios da educação baseada em competências: foco em objetivos claros de aprendizado, ênfase em habilidades, menos importância no tempo de treinamento e maior engajamento do aprendiz na obtenção dos objetivos (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010).





Competências

Um conjunto de competências são as habilidades que todo profissional deve adquirir para sua formação (incluem conhecimentos, habilidade e atitudes).

O que é uma competência

Competência pode ser definida como a habilidade observável de um profissional de saúde, integrando múltiplos componentes como conhecimento, habilidades, características pessoais, atitudes e intenções para atingir um resultado positivo (LOMIS; AMIEL; RYAN; ESPOSITO *et al.*, 2017). Anteriormente, a ênfase no ensino era focada na aquisição de conhecimento, enquanto no conceito de competência as habilidades e atitudes passam a ter importância equivalente na caracterização do profissional. Como devem ter a característica de serem observáveis podem ser avaliadas e medidas para assegurar sua aquisição (FRANK; SNELL; CATE; HOLMBOE *et al.*, 2010). Um conjunto de competências de uma profissão consiste nas qualidades gerais que todo profissional deve adquirir para sua formação. Conceitualmente as competências devem ser específicas, abrangentes (incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes), duráveis, passíveis de treinamento, aferíveis, relacionadas a atividades profissionais e vinculadas a outras competências. Estruturas de domínios de competências para a profissão médica foram então desenvolvidas e adotadas nos currículos médicos em países como Canadá. Tais estruturas de competências proveem descrições gerais que servem para guiar aprendizes, supervisores e as instituições no ensino e avaliação dos treinandos. Aqui um link para o Royal College Canadense com detalhamento das competências utilizadas:

[Canadian physician framework](#)

Com o intuito de operacionalizar e preencher as lacunas existentes entre a teoria da educação baseada em competências e a prática clínica curricular no local de trabalho na educação médica, Olle ten Cate desenvolveu, em 2005, o conceito de atividades profissionais confiabilizadoras (*entrustable professional activities*, popularizadas pela

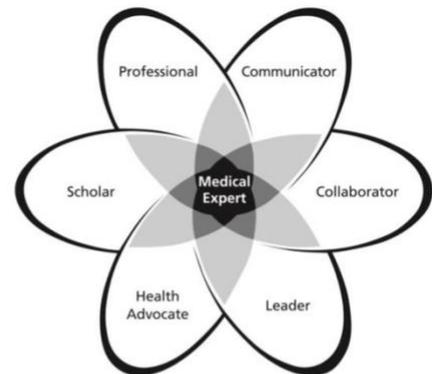


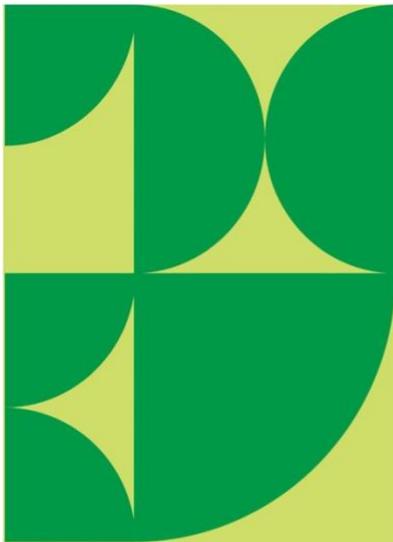
Figura 1 Matriz de competências canadense





sigla EPA), uma abordagem pedagógica avaliativa baseada em processos de confiabilização no contexto do trabalho clínico. Esse conceito tem sido adaptado para a língua portuguesa com o emprego do equivalente terminológico atividades profissionais confiabilizadoras (NEUMANN; GERBASE; BLANK; CAPP, 2019).





EPAs

São atividades práticas realizadas no dia a dia que constituem a descrição do trabalho e responsabilidades do profissional em sua prática diária ao cuidar de pacientes.

O que são EPAs?

Confiança é um conceito central no trabalho em cuidados de saúde: os pacientes confiam em seus cuidadores e esses necessitam cooperação e confiança entre si. Em um ambiente de ensino o supervisor necessita delegar cuidados para o seu treinando, os quais só ocorrem à medida que se confia que seu aluno adquiriu competência para realizá-las. Com essa lógica conseguiu-se operacionalizar a avaliação das competências na prática diária através da capacidade do aluno de realizar sem supervisão atividades que lhe sejam confiadas. As EPAs podem ser descritas como unidades de prática profissional (por exemplo, manejo clínico de um paciente com sepse) que podem ser confiadas a um treinando em formação tão logo demonstre competência para executá-las sem supervisão. EPAs usualmente requerem domínio de múltiplas competências e de forma integrativa.

Constituindo então a descrição do trabalho e das responsabilidades do profissional em sua prática diária nos cuidados aos pacientes, EPAs são uma descrição operacional da profissão médica e suas especialidades. Constituem a lista de atividades que cada unidade (enfermaria, unidade intensiva, emergência, etc.) ou profissional da saúde realiza em seu dia a dia, semana a semana ou qualquer período de tempo. EPAs são atividades limitadas (tem início e fim) e só podem ser confiadas a pessoas treinadas. Na profissão médica o ponto crucial é que essas atividades sejam realizadas com segurança e sua avaliação é realizada com esse foco.

A educação baseada em competências e o uso das EPAs como ligação entre uma estrutura de competência e o treinamento prático médico ainda é incipiente em nosso meio. Em processo inovador, as escolas médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre vêm realizando um projeto colaborativo interinstitucional, liderado pelos professores Cristina Neumann, Margaret Gerbase e Danilo Blank, com a utilização de EPAs para aprimorar o processo de avaliação no internato médico. Trata-se de projeto financiado pelo National Board of Medical Examiners, dos Estados Unidos, para o biênio 2019-2020. O projeto prevê a implantação de 13 EPAs para avaliação de alunos cumprindo



programa de internato nos dois cursos supracitados. No entanto, não há descrição de experiências locais do uso das EPAs na especialização durante a residência médica.



Figura 2 Projeto EPAs na graduação

Competências e EPAs na Residência de Emergência

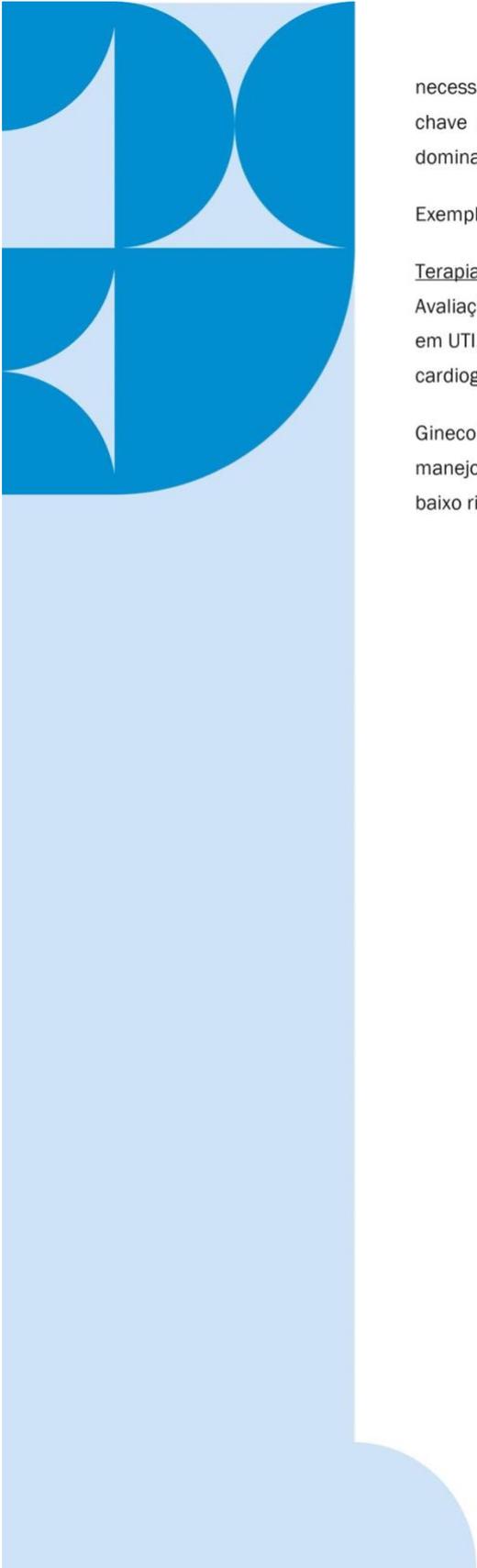


EPAs e competências

Ao conquistar a confiança em poder realizar uma atividade de forma independente o treinando atingiu as competências necessárias para essa atividade.

No treinamento dos profissionais médicos contamos com um currículo que se desenvolve no local de trabalho e, à luz da educação baseada em competências, pode ser definido como o conjunto de experiências no mundo real que promovem a aquisição de competências necessárias para sua formação profissional. As características que moldam esse tipo de currículo são: a) uma trajetória de participação que vai de uma responsabilidade baixa a alta; b) acesso a conhecimento que não se poderia adquirir sozinho; c) orientação direta por pares mais experientes; d) orientação indireta pela interação com o ambiente físico e social de trabalho. É nesse meio que a construção do currículo utilizando as EPAs encontra seu lugar.

Uma EPA usualmente requer múltiplas competências de maneira integrada para que seja confiada plenamente, correspondendo a uma atividade que o residente/treinando deve ser capaz de executar independentemente após ter realizado uma série de ações interconectadas necessárias para a execução plena da atividade central. Conceitualmente, ao conquistar a confiança em poder realizar uma atividade de forma independente o treinando atingiu as competências



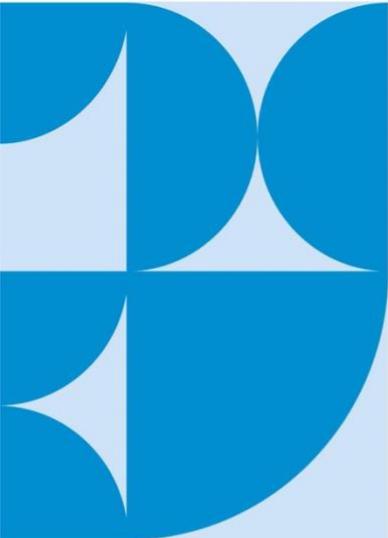
necessárias para essa. Uma lista de EPAs constitui o núcleo de atividades chave que se espera que um determinado profissional seja capaz de dominar.

Exemplos internacionais de EPAs de Especialidades

Terapia intensiva: Manejo pós operatório de uma paciente cirúrgico, Avaliação e triagem de potenciais pacientes em enfermaria para internação em UTI, manejo do paciente com sepse, Manejo do paciente com choque cardiogênico e/ou patologias cardiovasculares...

Ginecologia/obstetrícia: manejo do parto normal sem complicações, manejo do sangramento vaginal agudo, acompanhamento pré-natal de baixo risco, acompanhamento pré-natal de alto risco etc.





Passo a Passo realizado para a criação da EPA

Passo 1: Introdução dos conceitos de Educação Médica Baseada em Competências ao grupo de preceptores e convite a elaboração da atividade.

Passo 2: Constituição de um grupo de preceptores (4-5 indivíduos) para elaborar os marcadores de aprendizado de uma atividade prática da profissão. Esse texto base será colocado a disposição para avaliação e críticas do grupo geral de participantes no ensino dos residentes. Os preceptores especialistas convidados elaborarão conteúdo para descrição de uma EPA pré-definida contendo: **Nome, descrição da atividade, competências necessárias para sua realização, conhecimentos e habilidades requeridas, proposta de avaliação.**

Passo 3: Encontro entre todos os preceptores para apreciação do conteúdo elaborado, acréscimo de sugestões, críticas e discussão. Nesse momento todas sugestões são acrescentadas independente da concordância do grupo

Passo 4: Após Elaboração de documento-síntese a partir das sugestões dos preceptores na reunião, a matriz de conteúdo deve ser reenviada com acréscimos sugeridos pelo grupo para apreciação e votação não presencial através de formulário eletrônico utilizando escala de likert de concordância. As respostas dos especialistas consistirão em uma pontuação de zero a dez, representando a opinião dos preceptores sobre a importância dada a cada um dos quesitos, onde 10 representa máxima importância para o tema/assunto e um representa que o mesmo deveria ser excluído do documento. Calcula-se então a média aritmética e o desvio padrão. Médias maiores denotam maior importância do critério/quesito. O desvio padrão permite estimar o grau de consenso na inversa proporção. Critérios com média igual ou superior a sete são considerados como importantes. Critérios/quesitos com desvio padrão inferior a três são considerados como consensuais. Média e desvio padrão permite, portanto, estabelecer se um critério/quesito é importante e consensual. Esta caracterização possibilita identificar quatro tipos de critérios: 1) consensualmente importantes; 2) consensualmente pouco importantes. 3) importantes, mas não consensuais; 4) pouco importantes e não consensuais.



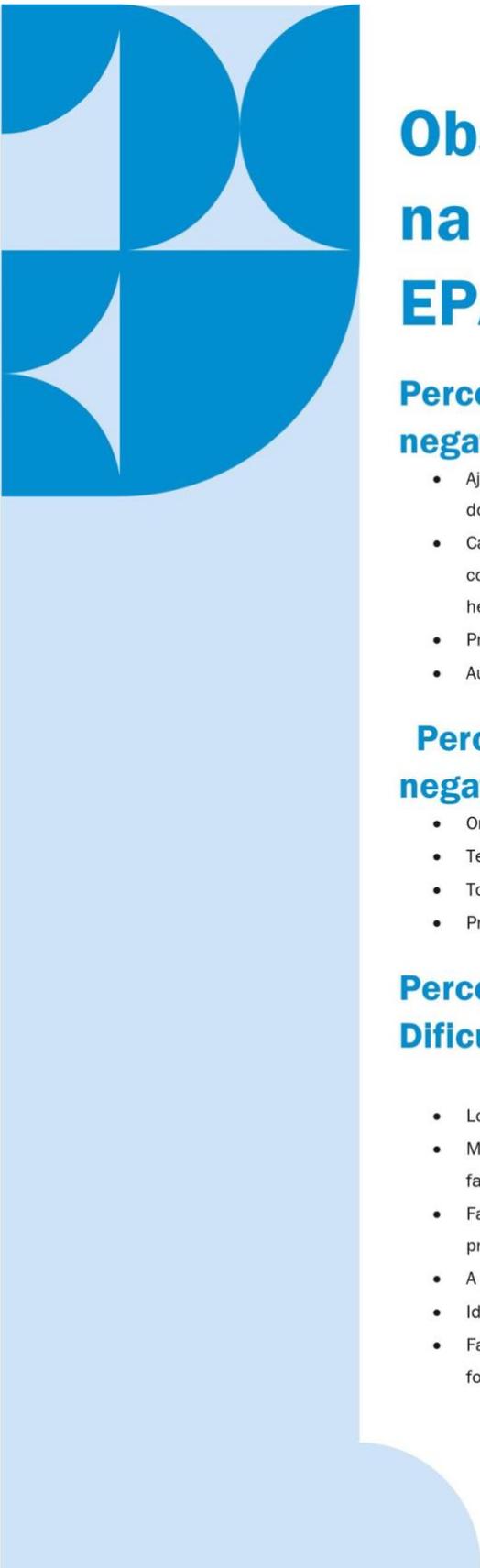


Passo 5: Reunião presencial com os preceptores e representantes dos médicos residentes para discutir o processo de implantação da EPA, avaliação e monitoramento: definição de cronograma de progressão, treinamento dos preceptores e definição de métodos para avaliação e feedback.

Passo 6: Treinamento. Um fundamento da prática das EPAs é a prática de feedback frequente com orientações de correções para a melhor prática do treinando. Oficinas de simulação de situações comuns da prática diária foram importantes para orientação do grupo de preceptores

Passo 7: Constituição de um comitê de competência. Sugerimos a leitura do Guideline para Comitê de Competência, disponível em:
<https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/competence-committees-process-procedures-e>





Observações coletadas na Implantação das EPAs

Percepções sobre Impacto Positivo e negativo nos Processos Educacionais

- Ajuda promovendo um atendimento mais cauteloso e acompanhamento maior do residente
- Carência de sistematização por parte dos preceptores que poderia ser obtida com as EPAs: ato de preceptorar no local de trabalho é desorganizado, heterogêneo
- Processo de avaliação é ruim atualmente
- Aumento da carga de trabalho

Percepções sobre Impacto Positivo e negativo nos Processos Educacionais

- Organiza a preceptoria e coloca objetivos de aprendizado
- Tendência a ver como uma prova prática
- Tornar uma avaliação contínua, frequente e construtiva
- Promover feedback

Percepções sobre as Facilidades e Dificuldades na Implantação das Epas

- Lotação da emergência dificulta a preceptoria
 - Modo de trabalho leva ao costume de apenas dizer o que o residente deve fazer, pouca orientação para o raciocínio clínico mais para cumprir tarefas
 - Falta de formação em educação, necessidade e interesse em treinamento para preceptoria
 - A confiabilização já é feita de maneira informal
 - Ideia previa de avaliação punitiva por parte dos residentes
 - Falta de entendimento do residente da participação de outras profissões na sua formação
- 

**EPA Implementada na Residência de Emergência
do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Atendimento ao paciente Clinicamente Estável na Emergência**

EPA 01	Atendimento ao paciente clinicamente estável na emergência	Nível de supervisão				
Decisão de confiabilidade – atender de forma independente queixas comuns na emergência		I	II	III	IV	V
Foco principal	história e exame físico, diagnóstico diferencial e hipóteses, investigação e manejo, comunicação com familiares e equipe, definição de necessidades do paciente, definição de alta ou admissão das principais queixas ocorrendo na emergência					
Checklist para ajudar na decisão de confiabilidade: conhecimento, habilidades e atitudes					Aspectos para melhorar	
Elabora, comunica e registra uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares						
Identifica através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determina a prioridade do manejo terapêutico						
Avalia o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares						
Constrói uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnósticos com elevado potencial de morbidade e mortalidade						
Determina a prioridade e solicita exames complementares coerentes com as hipóteses interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, radiografias, tomografias e laboratório)						
Conhece o local que está atuando sabendo direcionar o paciente de acordo com suas necessidades, identifica e aloca recursos necessários para o diagnóstico e o tratamento condizentes com a situação e o cenário						
Seleciona apropriadamente os agentes farmacológicos para administração e considera seus efeitos adversos						
Interpreta e discute os resultados da avaliação com o especialista quando necessário para realizar o plano de manejo						
Indica e interpreta, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese						
Realiza com registro adequado procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável – punção lombar, toracocentese, artrocentese						
Indica, realiza e interpreta adequadamente a ecografia à beira do leito, compreendendo suas limitações						
Comunica adequadamente a equipe, os familiares e pacientes sobre as condutas e garante a sua realização						
Identifica a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planeja a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar						
Elabora plano de alta orientando o seguimento e fornecendo informações necessárias						
Percebe as suas deficiências e limitações e elabora um plano de estudo para a situação						
Feedback adicional						
Residente						
Supervisor						
Data						

Plano de observação

- Mínimo de 20 observações (5 de cada uma das principais queixas: dor torácica, dispneia, dor abdominal/lombar, cefaleia) documentadas com objetivo atingido
- Mínimo de 3 preceptores diferentes
- Comitê de competência deve reunir-se a cada 4 meses para discussão do andamento
- Supervisor reunião mensal com equipe multidisciplinar para coleta de observações da equipe

EPA 01	Atendimento ao paciente clinicamente estável
Temas do Programa de Treinamento em Medicina de Emergência	I. Queixas comuns em emergências II. Emergências cardiológicas, III. Emergências neurológicas IV Emergências pneumológicas. V Emergências Abdominais VI. Profissionalismo VII. Procedimentos
Requisitos	Mínimo de treinamento 1 ano Decisão de confiança por pelo menos 3 preceptores diferentes Discussão de casos com preceptores Portfólio de atendimentos e procedimentos observados através de instrumento padronizado
Sugestões para melhora na progressão	Atividades focadas em déficits detectados Discussões baseados em casos

Informações adicionais			
Campos de competência	M C Co HA P S	Expertise médica Comunicação Colaborador Promotor de saúde Profissional Acadêmica	
Níveis de Supervisão * aprendiz permanece sob responsabilidade do supervisor	I II III IV V	Supervisão direta Supervisão proativa Supervisão conforme demanda Supervisão posterior Capaz de supervisionar	Tem conhecimento e habilidade mas insuficiente para colocar em prática, supervisor está presente no atendimento que é realizado de forma colaborativa Aprendiz pode realizar a atividade com o preceptor presente e esse decide quando necessário intervir, supervisor checa todos achados do atendimento Aprendiz pode realizar atividade independente sem o supervisor presente mas disponível imediatamente. Supervisor checa os achados importantes do caso. Aprendiz pode realizar a tarefa sozinho com supervisão posterior. Supervisor atua após a atividade. Esse estágio gradualmente se estende para a prática sem supervisão e marca o início da confiança na atuação independente na EPA.* Aprendiz demonstra habilidade para prover supervisão e pode atuar nesse papel para os aprendizes iniciantes.*

EPA: ATENDIMENTO AO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL

Instrumento de observação de atendimento

Residente	Data	Baseado nessa observação do residente, você teve que: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> realizar o atendimento <input type="radio"/> orientar durante o atendimento <input type="radio"/> orientar em alguns momentos <input type="radio"/> estar apenas se o residente precisasse <input type="radio"/> você não precisaria estar lá
Residente	Local	
	Tipo de Avaliação	
	Tipo de Avaliação	

- 1

Elabora, comunica e registra uma história e exame físico adequados ao caso e que permite a continuidade do atendimento pelos seus pares

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 2

Identifica através dos sinais e sintomas a presença de maior ou menor risco de instabilização e determina a prioridade do manejo terapêutico

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 3

Avalia o paciente com empatia, respeitando quaisquer limitações que o paciente possa apresentar, estabelecendo um processo decisório compartilhado e respeitando as decisões tomadas pelo paciente e/ou familiares

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 4

Constrói uma lista de hipóteses diagnósticas com lógica e baseada nas probabilidades de ocorrência incluindo diagnósticos com elevado potencial de morbidade e mortalidade

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 5

Determina a prioridade e solicita exames complementares coerentes com as hipóteses interpretando adequadamente os seus resultados (ECG, rx, tomografia e laboratório)

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 6

Seleciona apropriadamente os agentes farmacológicos para administração e considera seus efeitos adversos

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 7

Percebe as suas deficiências e limitações e elabora um plano de estudo para a situação

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 8

Indica e interpreta, com registro adequado, procedimentos diagnósticos e terapêuticos no paciente estável - punção lombar, toracocentese, paracentese, artrocentese

Atinge nível Em progresso Não avaliado
- 9

Identifica a necessidade de recursos assistenciais extras (incluindo internação hospitalar), planeja a transferência do paciente reunindo as informações necessárias para uma comunicação efetiva nas situações de transferência de cuidados e indicação de admissão hospitalar

Atinge nível Em progresso Não avaliado

Feedback ao residente e ao comitê de competência:	Profissionalismo e segurança do paciente
Você tem alguma consideração em relação ao profissionalismo do residente?	Você tem alguma consideração em relação a segurança do paciente?

EPA: ATENDIMENTO AO PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL

Instrumento de observação de procedimento

Toracocentese
 Paracentese
 Acesso Central
 Punção Lombar
 Data: / /

Residente: Local:

Contexto (descrição do caso):

- Baseado nessa observação do residente, você teve que:
- realizar o atendimento
 - orientar durante o atendimento
 - orientar em alguns momentos
 - estar apenas se o residente precisasse
 - você não precisaria estar lá

1 Explica para o paciente e solicita permissão para realizar o procedimento

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

2 Prepara os materiais, o local e realiza antissepsia adequada

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

3 Posiciona adequadamente o paciente e identifica os marcadores anatômicos

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

4 Discute os possíveis resultados e implicações desses

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

5 Prevê possíveis complicações e manejo

você teve que fazer
 você teve que orientar
 você teve que orientar em alguns momentos
 você tinha que estar presente mas não necessitou intervir
 você não precisaria estar presente

Feedback ao residente e ao comitê de competência:

Profissionalismo e segurança do paciente

Você tem alguma consideração em relação ao profissionalismo do residente?

Você tem alguma consideração em relação a segurança do paciente?

FRANK, J. R.; MUNGROO, R.; AHMAD, Y.; WANG, M. *et al.* Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. **Med Teach**, 32, n. 8, p. 631-637, 2010.

TOUCHIE, C.; TEN CATE, O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. **Med Educ**, 50, n. 1, p. 93-100, Jan 2016.

FRANK, J. R.; SNELL, L. S.; CATE, O. T.; HOLMBOE, E. S. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. **Medical teacher**, 32, n. 8, p. 638-645, 2010.

LOMIS, K.; AMIEL, J. M.; RYAN, M. S.; ESPOSITO, K. *et al.* Implementing an Entrustable Professional Activities Framework in Undergraduate Medical Education: Early Lessons From the AAMC Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency Pilot. **Academic Medicine**, 92, n. 6, p. 765770, 2017.

NEUMANN, C. R.; GERBASE, M. W.; BLANK, D.; CAPP. **Avaliação de competências no internato: Atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica**. Porto Alegre: UFCSPA/UFRGS, 2019. 978-85-9489-180-8.

10 ANEXO COMPETÊNCIAS DO EMERGENCISTA

Competências do Emergencista

As competências do emergencista compõe-se de um conjunto dividido em sete domínios: expertise médica, comunicação, liderança, promoção da saúde, status acadêmico e profissionalismo. Cada uma é composta de subcompetências, também chamadas competências-chave e capacitadoras.

Expertise Médica

Definição:

Como especialistas em medicina de emergência o médico deve ser capaz de atuar no atendimento de doenças agudas ou crônicas agudizadas integrando todas as competências desse documento e aplicando conhecimento médico, habilidades clínicas e valores profissionais para prover cuidado de alta qualidade e seguro. Expertise médica é o componente central da estrutura de competências que define o seu escopo de prática clínica.

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Praticar medicina dentro de seu escopo de prática e expertise

1.1. Demonstrando comprometimento com cuidados de alta qualidade ao paciente

1.2. Integrando as competências na sua prática

1.3. Aplicando o conhecimento das ciências clínicas e biomédicas relevantes para a medicina de emergência:

1.3.1. Anatomia, fisiologia e patofisiologia com relação as apresentações

clínicas em medicina de emergência

- 1.3.2. Epidemiologia das doenças mais frequentes
 - 1.3.3. Microbiologia das infecções adquiridas na comunidade e no hospital
 - 1.3.4. Princípios de profilaxia antimicrobiana, uso racional de antibióticos e prevenção e controle de infecções
 - 1.3.5. Princípios de disfunção autoimune e do paciente imunocomprometido
 - 1.3.6. Farmacologia relacionada a farmacocinética, farmacodinâmica, mecanismos de ação, vias de administração, eliminação e efeitos adversos
 - 1.3.6.4. Medicações endócrinas
 - 1.3.6.5. Terapias imunomoduladoras
 - 1.3.6.6. Medicações neuropsiquiátricas
 - 1.3.6.7. Medicações respiratórias
 - 1.3.6.8. Drogas de uso recreacional
 - 1.3.6.9. Medicações suplementares e complementares
 - 1.3.7. Toxicologia relevante para Medicina de Emergência
 - 1.3.8. Conceitos gerais do manejo do paciente traumatizado
 - 1.3.9. Mecanismos de trauma
 - 1.3.10. Princípios de reanimação e cuidados críticos
 - 1.3.11. Princípios de medicina hospitalar
 - 1.3.12. Princípios do manejo das emergências ambientais
 - 1.3.13. Princípios do preparo de emergência para desastres
- 1.4. Realizando atendimento em tempo adequado e de maneira organizada
- 1.4.1. Modificando a estratégia de manejo a medida que a condição do paciente se altera conforme reavaliação clínica e informações diagnósticas

- 1.5. Executando as tarefas profissionais em face a múltiplas demandas concomitantes
 - 1.5.1. Triando múltiplos pacientes enquanto mantém o fluxo da emergência e garante a qualidade do cuidado
- 1.6. Reconhecendo e atuando profissionalmente frente as múltiplas complexidades, incertezas e ambiguidades inerentes a prática da medicina de emergência
 - 1.6.1. Identificando circunstâncias nas quais a incerteza diagnóstica existe e o manejo presuntivo apropriado é resolutivo nessas circunstâncias.

2. Realizar avaliação centrada no paciente e estabelecer um plano de manejo

- 2.1. Priorizando o que deve ser avaliado durante o atendimento do paciente
 - 2.1.1. Realizando investigação clínica concomitante com o manejo quando as circunstâncias exigem
 - 2.1.2. Reconhecendo e maneja situações de crise
 - 2.1.3. Reconhecendo e maneja pacientes críticos
 - 2.1.4. Triando e determinando prioridades quando lidando com múltiplos pacientes críticos
- 2.2. Esclarecendo a história clínica, realizando exame clínico relevante, selecionando a investigação apropriada e interpretar seus resultados com vistas ao diagnóstico, manejo, prevenção de doenças e promoção de saúde
 - 2.2.1. *Realizando avaliação clínica completa e acurada dos pacientes com queixas clínicas inespecíficas*
 - 2.2.2. Realizando reavaliação clínica em tempo adequado para otimizar e facilitar os cuidados ao paciente

- 2.2.3. Realizando avaliação da saúde mental para determinar risco de auto-agressão ou agressão para outros
 - 2.2.4. Usando fontes alternativas de informação para completar ou verificar informações clínicas quando apropriado
 - 2.2.5. Identificando condições potencialmente ameaçadoras de vida
 - 2.2.6. Selecionando métodos investigativos apropriados de maneira efetiva e ética com atenção para sua utilidade diagnóstica, segurança, disponibilidade e custo
 - 2.2.7. Interpretando exames de imagem relevantes, incluindo mas não limitados a radiografias, tomografia computadorizadas e ultrassonografia *point of care*
 - 2.2.8. Interpretando exames de laboratório relevantes
 - 2.2.9. Interpretando eletrocardiogramas
 - 2.2.10. Utilizando raciocínio e julgamento clínico para guiar decisões diagnósticas e de manejo, mesmo em circunstâncias onde informações clínicas ou diagnósticas não estão imediatamente disponíveis
 - 2.2.11. Reconhecendo e minimizar os excessos de investigação e diagnósticos
- 2.3. Estabelecendo objetivos de cuidado em colaboração com o paciente e seus familiares podendo corresponder a retardar a evolução da doença, tratar sintomas, atingir cura, melhorar funções e palição
- 2.3.1. Garantindo que os pacientes recebam cuidados de fim de vida apropriados
- 2.4. Estabelecendo um plano de manejo centrado no paciente
- 2.4.1. Organizando investigação apropriada em colaboração com o paciente e familiares quando possível

2.4.2. Avaliando e manejando rapidamente pacientes com doenças ou injúrias agudas, desde eventos ameaçadores de vida até condições menos severas:

2.4.2.1. Trauma, incluindo injúrias aos seguintes órgãos/sistema

2.4.2.1.1. Traumatismo crânio-encefálico

2.4.2.1.2. Coluna vertebral

2.4.2.1.3. Tórax

2.4.2.1.4. Vascular

2.4.2.1.5. Abdomen

2.4.2.1.6. Genitourinário

2.4.2.1.7. Musculo-esquelético

2.4.2.1.8. Sistema nervoso central e periférico

2.4.2.1.9. Face

2.4.2.1.10. Pele e tecidos moles

2.4.2.2. Apresentações clínicas e cirúrgicas incluindo, mas não limitadas a:

2.4.2.2.1. Cabeça e pescoço

2.4.2.2.1.1. Diplopia

2.4.2.2.1.2. Dor ocular

2.4.2.2.1.3. Perda de visão

2.4.2.2.1.4. Olho vermelho

2.4.2.2.1.5. Dor de ouvido

2.4.2.2.1.6. Perda auditiva

2.4.2.2.1.7. Dor dente

2.4.2.2.1.8. Disfagia

2.4.2.2.1.9. Dor de garganta

2.4.2.2.1.10. Estridor

2.4.2.2.2. Neurológico

2.4.2.2.2.1. Alteração do estado mental

2.4.2.2.2.2. Ataxia

2.4.2.2.2.3. Cefaléia

2.4.2.2.2.4. Paralisia

2.4.2.2.2.5. Parestesia, disestesia

2.4.2.2.2.6. Vertigem

2.4.2.2.2.7. Convulsões

2.4.2.2.3. Cardio-pulmonar

2.4.2.2.3.1. Dor torácica

2.4.2.2.3.2. Arritmia

2.4.2.2.3.3. Congestão

2.4.2.2.3.4. Síncope

2.4.2.2.3.5.

Tosse

2.4.2.2.3.6. Cianose

2.4.2.2.3.7. Dispnéia

2.4.2.2.3.8. Hemoptise

2.4.2.2.3.9. Sibilância

2.4.2.2.4. Abdominal

2.4.2.2.4.1. Dor abdominal

2.4.2.2.4.2. Ascite

2.4.2.2.4.3. Diarréia

2.4.2.2.4.4. Hemorragia digestiva

2.4.2.2.4.5. Icterícia

2.4.2.2.4.6. Náusea e/ou vômitos

2.4.2.2.5. Genitourinário/ginecológico

2.4.2.2.5.1. Sangramento vaginal

2.4.2.2.5.2. Disúria

2.4.2.2.5.3. Úlceras vaginais

2.4.2.2.5.4. Hematúria

2.4.2.2.5.5. Dor pélvica

2.4.2.2.5.6. Dor escrotal

2.4.2.2.5.7. Corrimento uretral

2.4.2.2.5.8. Corrimento vaginal

2.4.2.2.5.9. Retenção urinária

2.4.2.2.6. Musculo esquelético

2.4.2.2.6.1. Dor Lombar

2.4.2.2.6.2. Dor/edema em membro

2.4.2.2.6.3. Joint pain/swelling Dor articular

2.4.2.2.6.4. Dor cervical

2.4.2.2.7. Pele e tecidos moles

2.4.2.2.7.1. Abscesses

2.4.2.2.7.2. Infecções de tecidos moles

2.4.2.2.7.3. Infecções necrotizantes

2.4.2.2.7.4. Mordeduras

2.4.2.2.7.5. Queimaduras elétricas, químicas e térmicas Rashes

2.4.2.2.7.6. Rashes

2.4.2.2.8. Sistêmicas

2.4.2.2.8.1. Febre

2.4.2.2.8.2. Envenenamento

2.4.2.2.8.3. Sepses

2.4.2.2.8.4. Choque séptico

2.4.2.2.8.5. Perda de peso

2.4.2.2.8.6. Weakness Fraqueza

2.4.2.3. Alterações psiquiátricas e de comportamento

2.4.2.4. Condições em populações especiais

2.4.2.4.1. Paciente gestante e seu feto

2.4.2.4.2. Pacientes pediátricos

2.4.2.4.3. Pacientes geriátricos

2.4.2.4.4. Pacientes imunocomprometidos e/ou transplantados

2.4.2.4.5. Pacientes com câncer

2.4.2.4.6. Pacientes em fim de vida

2.4.2.4.7. Vítimas de abuso sexual e/ou crianças expostas a abuso ou negligência

2.4.2.4.8. Viajantes

2.4.2.4.9. Imigrantes recentes

3. Planejar e realizar procedimentos e terapias com objetivo de avaliação e/ou manejo

3.1. Determinando a terapia ou procedimento mais apropriado

3.2. Obtendo consentimento informado, explicando os riscos e benefícios e o racional para uma terapia ou procedimento quando possível

3.2.1. Aplicando conhecimento das indicações, contraindicações, métodos e potenciais complicações dos procedimentos diagnósticos investigativos e terapêuticos empregados em medicina de emergência

3.2.2. Garantindo que o consentimento informado é obtido para procedimentos diagnósticos e terapêuticos quando possível

3.3. Priorizando procedimentos ou terapias levando em consideração a urgência clínica e os recursos disponíveis

3.4. Realizando os procedimentos de maneira habilidosa e segura, adaptandose as circunstâncias clínicas, incluindo mas não limitado a:

3.4.1. Paracentese abdominal

3.4.2. Gasometria arterial

3.4.3. Artrocentese

3.4.4. Monitoração por capnografia

3.4.5. Uretrografia de urgência

3.4.6. Punção lombar e medidas da pressão liquórica

3.4.7. Exame com lampada de fenda

3.4.8. Toracocentese

3.4.9. Tonometria

3.4.10. Punção venosa

Exame ultrassonográfico focado na emergência, incluindo mas não limitado a:

3.4.11. Estimar função ventricular

3.4.12. Identificar derrame pericárdico

3.4.13. Identificação de pneumotórax

- 3.4.14. Identificação de hemotórax ou derrame pleural
- 3.4.15. Identificação de aneurisma de aorta abdominal
- 3.4.16. Identificação de líquido livre abdominal
- 3.4.17. Identificação de de gestação no primeiro trimestre gestacional
- 3.4.18. Facilitação de acesso vascular

Procedimentos terapêuticos de via aérea

- 3.4.19. Manejo básico da via aérea
- 3.4.20. Inserção de dispositivo supraglótico
- 3.4.21. Laringoscopia
- 3.4.22. Ventilação com bolsa mascara
- 3.4.23. Ventilação mecânica
- 3.4.24. Ventilação não invasiva
- 3.4.25. Intubação orotraqueal
- 3.4.26. Ventilação percutânea
- 3.4.27. Sequência rápida de intubação
- 3.4.28. Remoção de corpos estranhos de via aérea superior
- 3.4.29. Cricotireostomia cirúrgica
- 3.4.30. Troca de tubo endotraqueal
- 3.4.31. Endoscopia da via aérea superior, laringe e traquéia

Procedimentos terapêuticos menores relevantes para a prática clínica em medicina de emergência, incluindo, mas não limitado a:

- 3.4.32. Redução de hérnia inguinal ou abdominal
- 3.4.33. Tamponamento nasal anterior
- 3.4.34. Cateterização vesical, incluindo suprapúbica

- 3.4.35. Bursa aspiration/injection
- 3.4.36. Manejo de hemorróidas
- 3.4.37. Injeção peniana e aspiração
- 3.4.38. Distorção de testículo

Procedimentos terapêuticos relevantes para o paciente crítico, incluindo mas não limitado a:

- 3.4.39. Desfibrilação
- 3.4.40. Cardioversão elétrica
- 3.4.41. Marcapasso transcutâneo
- 3.4.42. Marcapasso transvenoso
- 3.4.43. Pericardiocentese
- 3.4.44. Toracocentese por punção
- 3.4.45. Toracotomia e pericardiotomia
- 3.4.46. Inserção de dreno torácico
- 3.4.47. Cantotomia lateral e inferior
- 3.4.48. Tamponamento nasal posterior
- 3.4.49. Histerotomia perimortem

Inserção de cateter vasculares periféricos e centrais, incluindo mas não limitado a

- 3.4.50. cateterização arterial
- 3.4.51. veia femural
- 3.4.52. veia jugular interna
- 3.4.53. Intraóssea
- 3.4.54. Veias periféricas
- 3.4.55. Veia subclávia (adultos)

3.4.56. Veias do escalpo (pacientes pediátricos)

3.4.57. Veia umbilical (neonatos)

Anestesia local e sedação para procedimentos, incluindo mas não limitado a:

3.4.58. Anestesia local

3.4.59. Bloqueio nervoso periférico

3.4.60. Sedação para procedimentos e analgesia sistêmica no paciente adulto e pediátrico

Reparo de ferimentos cutâneos simples e complexos, incluindo mas não limitado a

3.4.61. Debridamento de feridas

3.4.62. Evacuação de hematoma em ferida

3.4.63. Fechamento de feridas por sutura incluindo sutura em planos

3.4.64. Aplicação de curativos

3.4.65. Reparo de tendão extensor

3.4.66. Manejo de amputação de dedos

3.4.67. Reparo de laceração de unhas

Extração de corpos estranhos

3.4.68. Corneal ou conjuntival

3.4.69. Nasal

3.4.70. Ótico

3.4.71. Retal

3.4.72. Pele e tecido subcutâneo

3.4.73. Vaginal

Intervenções para tratamento de infecções de tecidos subcutâneos, incluindo mas não limitada a:

3.4.74. Incisão e drenagem de abscessos

Manejo de fraturas e luxações, incluindo mas não limitado a

3.4.75. Aplicação e retirada de colar cervical

3.4.76. Imobilização da coluna

3.4.77. Aplicação e retirada de dispositivo de tração femoral

3.4.78. Imobilização de fraturas pélvica instáveis

3.4.79. Redução e imobilização de fraturas de extremidades

3.4.80. Redução de luxações articulares

3.4.81. Redução de luxação mandibular

Manejo do parto normal e complicações, incluindo mas não limitado a:

3.4.82. Parto vaginal normal

3.4.83. Parto vaginal complicado

3.4.84. Reanimação do recém-nascido e do prematuro

3.4.85. Manejo de hemorragia pós-parto

4. Estabelecer planos para a continuidade do cuidado e , quando apropriado consulta com especialista

4.1. Implementando cuidado centrado no paciente que garante continuidade, avaliação do tratamento e seguimento de investigação

4.1.1. Provendo profilaxia pós exposição e vacinação

4.1.2. Determinando a necessidade de referenciamento para seguimento com serviços de suporte de saúde mental ou sociais

4.1.3. Orientando o seguimento para cuidados pós alta

4.1.4. Coordenando a continuidade de cuidado quando o paciente é referenciado para emergência por outro profissional

- 4.1.5. Orientando o seguimento para o paciente quando resultados de exames são obtidos após alta do paciente

5. Ativamente contribui, individualmente e como um membro de equipe para a melhora contínua dos cuidados de saúde e segurança do paciente

- 5.1. Reconhecendo e respondendo adequadamente a danos causados na atenção a saúde, incluindo incidentes relacionados a segurança do paciente
 - 5.1.1. Reconhecendo quase erros em tempo real e reage para tentar corrigilos prevenindo que ocorram aos pacientes
 - 5.1.2. Ativamente encorajando todos envolvidos na atenção a saúde a relatar e agir contra situações inseguras
 - 5.1.3. Comunicando eventos adversos para os pacientes e suas famílias
- 5.2. Adota estratégias que promovem segurança ao paciente relacionadas a fatores humanos e do sistema
 - 5.2.1. Aplicando princípios de alerta situacional na prática clínica
 - 5.2.2. Aplicando medidas apropriadas para proteção dos provedores de saúde durante o encontro com os pacientes para evitar exposição ou contaminação por agentes infecciosos, biológicos, químicos e radioativos
 - 5.2.3. Praticando precauções de controle de infecção

Comunicação *Definição:*

Como comunicador, o especialista em emergência constrói relação com os pacientes e familiares que facilita a coleta e partilha de informações essenciais para um cuidado efetivo

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Estabelecer relações profissionais com os pacientes e seus familiares

- 1.1. Comunicando-se usando abordagem centrada no paciente que encoraja a confiança e autonomia do paciente e caracteriza-se por empatia, respeito e compaixão
- 1.2. Otimizando o ambiente para o paciente obter conforto, dignidade, privacidade, engajamento e segurança
- 1.3. Reconhecendo quando as perspectivas, valores ou vieses dos pacientes ou médicos ou quaisquer outros profissionais da saúde podem impactar na qualidade do cuidado e modificam a abordagem de acordo com a situação
 - 1.3.1. Demonstrando conhecimento e atenção para diferentes origens sociais, étnicas e culturais
- 1.4. Percebendo a comunicação não verbal para melhorar comunicação
- 1.5. Manejando comunicação emocionalmente difíceis ou em desacordo
- 1.6. Adaptando-se a as necessidades específicas dos pacientes e as suas condições e circunstâncias clínicas

2. Esclarecer e sintetizar informações clínicas acuradas relevantes, incorporando as perspectivas dos pacientes e de suas famílias

- 2.1. Usando a entrevista centrada no paciente para efetivamente obter informações biomédicas e psicossociais relevantes
 - 2.1.1. Agindo profissionalmente quando solicitado sobre temas ou informações sensíveis
- 2.2. Provendo manejo claro e estruturado do fluxo de atendimento ao paciente
- 2.3. Procurando e sintetizando informações relevantes de outras fontes, incluindo informações em prontuário medico relevantes, familiares do paciente, outros médicos, outros profissionais de saúde, com o consentimento do paciente

3. Compartilhar informações relativas aos cuidados e manejo com o paciente e seus familiares

3.1. Compartilhando informações e esclarecimentos que são claros, acurados e em tempo adequado enquanto avalia o paciente para compreensão desse e dos seus familiares

3.1.1. Provendo esclarecimentos sobre investigações diagnósticas, diagnósticos, manejo e possíveis desfechos de forma clara, empática, efetiva e detalhada mesmo durante manejos de crises

3.2. Comunicando incidentes danosos ao paciente e familiares acuradamente quando apropriado

4. Envolver o paciente e familiares na construção de um plano de cuidado de acordo com as necessidades e objetivos de saúde do paciente

4.1. Facilitando a discussão com pacientes e familiares de modo respeitoso, sem julgamentos e culturalmente adequado

4.2. Ajudando os pacientes e familiares a identificar, acessar e fazer uso de tecnologias de comunicação e informação para ajudar em seu cuidado de saúde

4.3. Usando habilidades de comunicação e estratégias que ajudam os pacientes e seus familiares a tomar decisões relativas a sua saúde

5. Documentar e compartilhar informações escritas sobre a consulta médica para facilitar a tomada de decisão médica, segurança do paciente, confidencialidade e privacidade

5.1. Documentando os atendimentos de forma acurada, completa, em tempo adequado e de maneira acessível de acordo com os requerimentos legais e regulatórios

5.1.1. Documentando e disseminando informações relacionadas a investigações realizadas quando apropriado

5.2. Comunicando-se efetivamente usando registro escritos, eletrônicos ou outras tecnologias digitais

5.3. Compartilhando informações com pacientes de maneira que respeita a privacidade e confidencialidade e otimiza a compreensão da informação

Colaborador

Definição:

Como colaborador o especialista em medicina de emergência trabalha eficientemente com outros profissionais de saúde para prover um cuidado de alta qualidade seguro e centrado no paciente.

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Trabalhar efetivamente com outros médicos e colegas envolvidos nos cuidados em saúde

1.1. Estabelecendo e mantém relações positivas com outros médicos e profissionais envolvidos nos cuidados em saúde para garantir cuidado colaborativo

1.1.1. Respondendo positivamente quando ajuda ou orientação é solicitada

1.1.2. Atendendo a solicitações de profissionais da comunidade ou do hospital por ajuda ou orientação no manejo dos pacientes

1.2. Compartilhando e otimizando responsabilidades mútuas com outros médicos e profissionais de saúde

1.2.1. Otimizando e agilizando cuidados ao paciente através do envolvimento de outros profissionais e de delegação apropriada

1.2.2. Coordenando atividades e interações de serviços múltiplos de consultoria em casos complexos

1.2.3. Solicitando participação dos membros da equipe e os mantendo a par dos planos de manejo

1.2.4. Comunicando efetivamente durante manejo de crises no departamento de emergência

1.2.5. Comunicando-se efetivamente durante desastres envolvendo o departamento de emergência, hospital ou comunidade

1.3. Envolvendo-se em decisões compartilhadas de maneira respeitosa com outros médicos ou profissionais envolvidos no cuidado em saúde

2. Trabalhar com médicos e outros profissionais envolvidos no cuidado em saúde para promover compreensão, manejo das diferenças e resolver conflitos

2.1. Mostrando respeito por outros colaboradores

2.2. Implementando estratégias para promover a compreensão, manejo de diferenças e resolver conflitos de maneira que apoie a cultura colaborativa

3. Transferir o cuidado do paciente para outro profissional de maneira a facilitar a continuidade e segurança do cuidado

3.1. Determinando quando o cuidado deve ser transferido para outro médico ou profissional da saúde

3.2. Demonstrando segurança na transferência de cuidado usando a comunicação oral e escrita durante a transição de cuidado para outro profissional, unidade ou nível de cuidado

3.2.1. Trocando informações necessárias de maneira concisa e abrangente em relação aos pacientes

Liderança

Definição:

Como líderes especialistas em emergência contribuem com seus pares para cuidados de alta qualidade em saúde e comprometem-se com cuidados excelentes em saúde através de suas atividades práticas, administrativas, acadêmicas ou educativas

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Contribuir para melhora nos cuidados em saúde nas equipes, organizações e sistemas

- 1.1. Aplicando a ciência da melhoria do cuidado em saúde para contribuir para a melhora dos sistemas de saúde
- 1.2. Contribuindo para uma cultura que promove segurança
- 1.3. Analisando incidentes relacionados a segurança do paciente para melhorar o sistema de cuidado
 - 1.3.1. Participando de processos relacionados a eventos adversos
 - 1.3.2. Modificando a prática para melhorar segurança e qualidade do cuidado
- 1.4. Usando informações de saúde para melhorar a qualidade do cuidado e segurança do paciente
 - 1.4.1. Demonstrando compreensão da utilidade e aplicação de sistemas de informação do departamento de emergência
 - 1.4.2. Usando eficientemente sistemas eletrônicos de informação para acessar informações clínicas, científicas e administrativas relevantes
 - 1.4.3. Usando tecnologia da informação para coletar informações quando planeja mudanças operacionais no departamento de emergência

2. Participar do gerenciamento dos recursos de saúde

- 2.1. Alocando os recursos para otimizar os cuidados em saúde
 - 2.1.1. Reconhecendo a importância da alocação justa de recurso considerando efetividade, eficiência e acesso com cuidados otimizados ao pacientes
 - 2.1.2. Demonstrando conhecimento e utiliza estratégias específicas par manejar o fluxo de pacientes no departamento de emergência
 - 2.1.2.1. Facilitando o manejo de surgimento inesperado de número pacientes ou acuidade
 - 2.1.2.2. Facilitando o manejo de reais ou simuladas situações de desastres

- 2.2. Aplicando evidências e manejo de processos para atingir cuidados com custos apropriados

3. Demonstrar liderança na prática profissional

- 3.1. Demonstrando habilidades de liderança para melhorar os cuidados em saúde
 - 3.1.1. Apoiando e liderando mudanças nos cuidados em saúde
 - 3.1.2. Contribuindo para construir e avaliar políticas e procedimentos de manejo de múltiplas vítimas e desastres
 - 3.1.3. Desenvolvendo protocolos de cuidados e/ou triagem
- 3.2. Facilitando mudanças nos cuidados em saúde para melhorar serviços e desfechos

4. Gerencia planos de carreira, finanças e recursos humanos na prática

- 4.1. Definindo prioridades e gerenciando o tempo para integrar a prática e vida pessoal
 - 4.1.1. Equilibrando deveres acadêmicos, clínicos e administrativos na prática de emergência
 - 4.1.2. Definindo prioridades realísticas e utilizando tempo e recursos de maneira eficiente para atingir objetivos e cumprir compromissos pessoais e profissionais
- 4.2. Gerenciando a carreira e prática profissional
 - 4.2.1. Gerenciando sua prática, alinhada com um grupo de emergencistas em um departamento de emergência, incluindo recursos financeiros e humanos
 - 4.2.2. Atuando com um líder efetivo em situações de crise, praticando os princípios do gerenciamento de recursos em crises.
 - 4.2.3. Empregando estratégias para amenizar os efeitos negativos de crises, afetando um ou múltiplos pacientes, nos cuidados de outros pacientes na emergência

4.3. Implementando processos para assegurar melhora pessoal da prática

Promoção de saúde

Definição:

Como promotores de saúde especialistas em emergência contribuem com sua expertise e influência ao trabalhar com comunidades ou populações para melhorar a saúde. Em seu trabalho ele determina e compreende necessidades, fala em nome de outros quando solicitado e apoia a mobilização de recursos para efetuar mudanças

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Responder a uma necessidade individual de um paciente atuando junto a esse no ambiente clínico:

1.1. Cooperando com o paciente para focar nos determinantes que afetam sua saúde e o acesso aos serviços ou recursos necessários

1.1.1. Facilitando o acesso dos pacientes aos serviços e recursos, particularmente as populações vulneráveis

1.2. Cooperando com os pacientes e suas famílias para aumentar a oportunidade de comportamentos saudáveis

1.2.1. Identificando os recursos da comunidade ou do sistema que atendem as necessidades dos pacientes particularmente das populações vulneráveis

1.3. Incorporando a prevenção de doenças, promoção de saúde, vigilância em saúde na sua interação com os pacientes, incluindo abuso de substâncias, prevenção de injúrias, violência interpessoal e abuso/negligência infantil ou de idosos

2. Responder as necessidades das comunidades e populações atendidas atuando junto com esses para modificações na estrutura de maneira socialmente responsável

2.1. Atuando junto a comunidade ou população para identificar os determinantes de saúde que os afetam

2.1.1. Analisando as políticas de saúde que afetam a comunidade por ele atendida, particularmente os vulneráveis e socialmente prejudicados

2.2. Melhorando a prática clínica aplicando processos de educação continuada para prevenção de doenças, promoção de saúde e vigilância em saúde

2.2.1. Comunicando surtos de casos não usuais vistos na prática, considerando a confidencialidade e os deveres para com a proteção a saúde pública

2.3. Contribuindo em processos para melhora da saúde da comunidade por ele servida

Acadêmico

Definição:

Como acadêmicos, especialistas em medicina de emergência demonstram um comprometimento ao longo da vida profissional com excelência na prática através do aprendizado continuado e do ensino de seus pares, avaliando as evidências e contribuindo com o aprendizado

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de:

1. Procurar o aprimoramento contínuo da sua profissão através do aprendizado continuado

1.1. Desenvolvendo, implementando, monitorando e revisando o plano de aprendizado para melhorar a prática profissional

- 1.2. Identificando oportunidades de melhorar o aprendizado refletindo regularmente e avaliando a sua performance usando dados de diversas origens
- 1.3. Envolvendo-se em aprendizado colaborativo para continuamente melhorar sua prática profissional e contribuir para melhorias coletivas no trabalho

2. Ensinar estudantes, residentes, público e outro profissionais de saúde

- 2.1. Reconhecendo sua influência como modelo e o impacto do currículo formal, informal e oculto nos aprendizes
- 2.2. Promovendo um ambiente saudável de aprendizado
- 2.3. Garantindo a segurança dos pacientes quando aprendizes estão envolvidos no atendimento
- 2.4. Planejando e realizando atividades de aprendizado
- 2.5. Provendo feedback para melhorar o aprendizado
- 2.6. Analisando e avaliando aprendizes, professores e programas de Ensino de maneira apropriada

3. Integrar a melhor evidência na prática

- 3.1. Reconhecendo incerteza na prática e falta de conhecimento em encontros clínicos e formulando questões focadas a fim de abordá-los
- 3.2. Selecionando e aprendendo fontes confiáveis de pesquisa
- 3.3. Avaliando criticamente a integridade, confiabilidade e aplicabilidade da literatura e da pesquisa em saúde
- 3.4. Integrando evidência na tomada de decisões na prática clínica

4. Contribuir para a criação e disseminação do conhecimento e práticas aplicáveis a saúde

- 4.1. Demonstrando compreensão dos princípios das questões da ciência, pesquisa e da academia e o papel da evidência de pesquisa nos cuidados em saúde
- 4.2. Identificando os princípios para pesquisa e incorporando esses na obtenção de consentimento informado, considerando potenciais benefícios e malefícios e considerando as populações vulneráveis
- 4.3. Contribuindo para o funcionamento de um programa de pesquisa
- 4.4. Colocando questionamentos pertinentes a estudos acadêmicos e seleciona métodos para respondê-las
 - 4.4.1. Conduzindo e disseminando pesquisa acadêmica, melhora da qualidade ou programa educacional relevante para medicina de emergência
- 4.5. Sintetizando e comunicando para profissionais e leigos , incluindo pacientes e seus familiares os achados de pesquisas e questões acadêmicas

Profissionalismo

Definição:

Como profissionais especialistas em medicina de emergência estão comprometidos com a saúde e bem-estar dos indivíduos e da sociedade através de uma prática ética, altos padrões de comportamentos, responsabilidade com a profissão e com a sociedade, regulamentação da profissão e manutenção da saúde pessoal.

Competências chave e capacitadoras - Especialistas em emergências são capazes de...

- 1. Demonstrar comprometimento com os pacientes através da aplicação das melhores práticas e adesão a padrões éticos elevados**

- 1.1. Exibindo comportamento e relações profissionais apropriadas em todos aspectos da prática, demonstrando honestidade, integridade, humildade, comprometimento, compaixão, respeito, altruísmo, respeito a diversidade e manutenção da confidencialidade
 - 1.2. Demonstrando comprometimento com a excelência em todos aspectos da prática
 - 1.3. Reconhecendo e responde a questões éticas surgidas nos encontros com pacientes
 - 1.3.1. Reconhecendo seu papel e suas limitações nas respostas a situações que requerem ao médico agir no melhor interesse dos pacientes quando com incapacidade ou capacidade limitada de obtenção de consentimento
 - 1.4. Reconhecendo e manejando conflitos de interesse
 - 1.5. Exibindo comportamento profissional no uso das tecnologias em comunicação
- 2. Demonstrar comprometimento com a sociedade reconhecendo e respondendo as suas demandas em cuidados de saúde**
- 2.1. Demonstrando responsabilidade com pacientes, sociedade e com a profissão respondendo as expectativas da sociedade com a profissão médica
 - 2.2. Demonstrando comprometimento com a segurança do paciente e melhora na qualidade dos serviços
- 3. Demonstrar comprometimento com a profissão aderindo e participando dos padrões regulatórios da profissão**
- 3.1. Aderindo aos códigos de ética da profissão, padrões de prática e leis regulamentadoras
 - 3.1.1. Abordando as queixas dos pacientes, familiares e colegas

3.1.2. Reconhecendo, documentando e apropriadamente relatando riscos de violência ou negligência dos pacientes ou de seus familiares

3.1.3. Notificando doenças ou acidentes conforme requerido pela legislação aos órgãos competentes

3.2. Reconhecendo e respondendo a comportamentos antiéticos observados em médicos ou outros profissionais de saúde

4. Demonstrar comprometimento com saúde e bem-estar dos profissionais para melhorar os cuidados em saúde

4.1. Demonstra autoconhecimento e maneja situações envolvendo bem-estar pessoal e performance profissional

4.1.1. Usando estratégias efetivas para mitigar resposta emocionais negativas a situações de exposição a violência e/emocionalmente difíceis

4.1.2. Adotando práticas de autocuidado para mitigar efeitos de plantões noturnos

4.1.3. Usando estratégias efetivas para lidar com situações de estresse de tomada de decisões e de prioridades de intervenção quando no papel de liderança

4.2. Gerenciando demandas pessoais e profissionais para uma prática profissional adequada ao longo da vida

4.3. Promovendo uma cultura que reconhece, apoia e responde efetivamente a colegas em necessidade