

Tempo do Brasil traduzir para a prática o currículo Médico Baseado em Competência por meio de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs)*

The time has come for Brazil: translating Competence Based Medical Education into practice by Entrustable Professional Activities (EPAs) (abstract: p. 13)

Tiempo de Brasil traducir a la práctica el Currículo Médico Basado en Competencia por medio de Actividades Profesionales Confiables (APCs) (resumen: p. 13)

Ieda Francischetti^(a)

<iedafster@googlemail.com> 

Ylva Holzhausen^(b)

<ylva.holzhausen@charite.de> 

Harm Peters^(c)

<harm.peters@charite.de> 

* This article received financial support from the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), from the research project under process number 2018 / 26011-2.

^(a) Nucleus of Medical Clinic, Marília Medical School. Av. Monte Carmelo, 800, Bairro Fragata, Marília, São Paulo, Brasil. 17519-030.

^(b, c)Dieter Scheffner Center for Medical Education and Educational Research, Charité Universitätsmedizin Berlin. Berlin, Germany.

As competências médicas apresentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as políticas de incentivo à formação de mais médicos popularizaram temas como aprendizado ativo e competência. Distorções na implementação curricular resultaram em abordagens fragmentadas e reprodutivas das práticas com distanciamento do processo de trabalho. Vários países ocidentais, ao buscarem o aprimoramento da Educação Médica Baseada em Competência, adotaram as Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) na tradução bem-sucedida desse referencial para a prática clínica. Este estudo perspectivo apresenta as APCs no âmbito da educação médica brasileira como possível solução para a melhor efetivação do Currículo Médico Baseado em Competência (CMBC). O estudo descreve as APCs, de seu conceito à realização; provê subsídios para seu entendimento e análise de sua capacidade em mediar uma formação médica mais qualificada e responsiva às necessidades de saúde locais; e contribui com a literatura brasileira na área.

Palavras-chave: Competência clínica. Competência profissional. Currículo. Atividades profissionais confiáveis. Educação médica.

No Brasil, as DCN solicitam currículos médicos compromissados com o Sistema Único de Saúde^{1,2}. As DCN de 2014 enfatizam a qualidade do cuidado e o pensamento crítico como elementos-chave para a educação médica. Isso deve ser abordado, com base nas melhores evidências, considerando os princípios da Educação Médica Baseada em Evidências (EMBE) e o Currículo Médico Baseado em Competência (CMBC)². Como resultado das políticas governamentais de estímulo à formação de mais médicos, o número de escolas médicas no Brasil elevou-se para 336, aquecendo os investimentos do mercado nesse nicho e popularizando temas como Aprendizagem Ativa e Competência³⁻⁹. Se, por um lado, deparamo-nos com transformações positivas⁸, por outro, a velocidade da aquisição de recursos materiais e a construção burocrática para ativação de cursos com currículos por competência adiantaram-se ao preparo qualificado de recursos humanos para a condução desse novo contexto¹⁰⁻¹¹. Por conseguinte, distorções na efetivação e avaliação curriculares têm resultado em abordagens reprodutivas e fragmentadas das práticas, com distanciamento das variáveis reais do processo de trabalho¹⁰⁻¹².

Vários países ocidentais, entre eles Estados Unidos, Canadá e Holanda, estão buscando o aprimoramento do seu CMBC, e recentemente têm adotado as APCs, na tradução exitosa desse referencial para a prática clínica¹³⁻¹⁹. Assim, este trabalho retoma os cuidados inerentes à implementação do currículo baseado em competência e discute as APCs, desde sua conceituação até sua realização, apresentando-as como solução factível para uma readequação de rumos no desenho da educação médica no Brasil.

Ideias acerca de competências na profissão médica surgiram na literatura, primeiramente, nas últimas décadas de 1970 e 1980, e em pouco tempo se tornaram um marco na educação médica ocidental. Além disso, assumiram protagonismo nos currículos orientados por competência, almejando possibilitar ao egresso uma prática médica baseada em empatia, compromisso e cuidados de qualidade²⁰.

Desde o fim dos anos 1990, as políticas nacionais de educação e saúde, segundo Lampert, visam incentivar mudanças curriculares qualitativas e de relevância, que respondam às necessidades sociais, cujo sucesso vincula-se ao alcance de suas práticas, no contexto social no qual se inserem. Busca-se, assim, formalizar o compromisso de uma formação médica generalista, que assegure competência para a inclusão imediata do profissional no mercado de trabalho, com cuidado de qualidade, focado em vigilância em saúde, integração ensino-serviço e capacidade de trabalhar em equipe^{21,22}.

Sá e Paixão encontraram características convergentes nos vários conceitos de competência: constituição híbrida, pluridimensional, complexa, mobilizável e transferível, assim como natureza prática e combinatória²³. Dessa forma, o currículo orientado por competência pode divergir em sua abordagem, desde a funcionalista, voltada apenas ao resultado, passando pela construtivista, relacionada à construção social da competência até o currículo orientado por competência dialógica, que considera a aprendizagem significativa²⁴; e valoriza a inserção do estudante nos cenários de prática e o desenvolvimento de sua autonomia²⁵. Nesse sentido, o referencial dialógico traduz a competência de forma mais ampla, considerando sua aplicação à vida real, na qual o aprender é resultado da interação social²⁵⁻²⁸.

Assim, nos últimos 15 anos, o modelo do CMBC, em suas diferentes vertentes, tem sido amplamente adotado nas escolas brasileiras^{1,2} com suas características de valorização dos conhecimentos, habilidades e atitudes; e atenção aos estudantes; priorização dos resultados a fim de prover formação de excelência nas áreas de competência em atenção à saúde, gestão e educação em saúde.

O Real Colégio Canadense de Médicos e Cirurgiões do Canadá (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada), em seu Projeto Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS), publicou importante material para educação médica, no qual agrupa, em sete papéis, as práticas médicas que um médico competente deve estar apto a integrar para atender com qualidade e segurança às necessidades de saúde das pessoas. O documento aponta competências-chaves e abrangência para cada função, deixando o “médico provedor de cuidado” (*medical expert role*) como o papel central e integrador para o exercício da medicina²⁹.

Nota-se, no CMBC, que a proximidade entre a educação em sala de aula e a formação profissional baseada no serviço é um diferencial que deve assegurar dinamismo, integração entre disciplinas e profissões; e ressaltar o aspecto longitudinal e de permanente construção do conhecimento³⁰.

A realidade é, portanto, um cenário imprescindível nessa abordagem curricular, contribuindo para o fazer crítico, reflexivo e proativo. No entanto, essas potencialidades podem se esvanecer frente a implementações curriculares funcionais, contaminadas por paradigmas tradicionais e/ou vieses econômicos^{21,31}.

Gonczy, em 2013³², aponta apreensões ingênuas e parciais do conceito de competência como responsáveis por processos de formação e avaliação reducionistas e behavioristas que comprometem a natureza holística e interferem na integração teoria e prática. Já Lindsay alerta para os riscos da naturalização do termo e do “fazer individualista” por falta de contexto real³³. A leitura procedimental do fazer também foi identificada por outros autores, que, na busca de melhores resultados, passaram a questionar a forma de construção das competências^{18,30,32} e de suas abordagens avaliativas^{28,32,34-38}.

No Brasil, notam-se desafios para a implementação da competência dialógica. O desenvolvimento de grades de competência com conhecimentos, habilidades e atitudes separados e desconectados do contexto do cuidado em saúde dificulta a integração, apropriação da aprendizagem e seu acionamento frente às diferentes situações de saúde³²⁻³⁴. Outro ponto frágil é a falta de interação precoce do estudante no cenário de prática – o aprender contextualizado^{22,32}. Enumeram-se, ademais, dificuldades na efetivação do enfoque teórico epidemiológico-social no estabelecimento de modelos pedagógicos que promovam a interdisciplinaridade. A inserção precoce do estudante no cenário real favoreceria o trabalho em equipe; a construção de sua autonomia; e a formação humanista, moral e ética^{22,39-41}. Esses achados são agravados pela pouca tradição local em avaliação formativa e programas incipientes de capacitação docente^{10,11,21,22,39,41-43}.

Como abordagem nova e muito promissora na materialização do CMBC na graduação médica, têm emergido, desde 2005, o conceito e a aplicação das APCs, inicialmente propostos para a pós-graduação, que se propõem a decodificar na prática diária, o cuidado médico efetivo e seguro^{15,34,36-38,44,45}.

Em 2014, a Associação Americana de Escolas Médicas – Association of American Medical Colleges (AAMC) – propôs 13 núcleos de APCs para a realização do marco de competência estado-unidense e deu início a estudo piloto em dez escolas médicas americanas, que têm adotado essa ferramenta e demonstrado a factibilidade de seu uso¹⁹.

O número proposto de APCs, porém, tem variado: a Associação Canadense de Faculdades de Medicina – Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) recomenda, desde 2016, o uso de 12 APCs para efetivar o CMBE canadense e superar a dificuldade em avaliação das competências previstas para as estruturas curriculares nacionais, pois parte dessas não remete diretamente a atividades médicas¹⁷. Em Utrecht, o novo CMBE é trabalhado por meio de cinco amplas APCs; enquanto no Profiles (diretrizes curriculares para o curso médico suíço), o seu quarto capítulo apresenta nove APCs para a formação médica na Suíça^{14,46}.

Estudo de Meyer et al.⁴⁷ sobre publicações na literatura relacionando APCs, graduação médica e avaliação, entre 2014 e 2018, localizou 1089 textos, entre os quais 71 eram artigos científicos. Destes, 83,5% caracterizavam positivamente as APCs. Entre os estudos empíricos (26), os resultados foram positivos em 76,7%.

Ainda com resultados de curto prazo, duas escolas na América Latina têm adotado com sucesso as APCs, como instrumentalização de seu CMBE, conforme apresentado na Conferência Anual 2019 da Association for Medical Education in Europe (AMEE), em Viena^{48,49}.

Considerando experiências consistentes como as citadas, os autores conduzem esta análise perspectiva e apresentam as APCs como possível solução para melhores resultados na efetivação do CMBC e no atendimento mais qualificado e seguro às necessidades de saúde da população, aceitando a capacidade das APCs em aproximar teoria e prática^{14,38}.

As APCs são práticas profissionais que devem ser desenvolvidas no dia a dia do exercício profissional, ou seja, nos cenários de prática, sob supervisão direta do professor e em imersão com as relações de produção de cuidado, interagindo com aspectos cognitivos, técnicos, humanísticos, relacionais, organizacionais e de gestão. Essa é uma das sustentações utilizadas para apontá-las como ferramenta vocacionada a mediar o CMBE^{13,15,16}. No entanto, ao detalharmos seu conceito e aplicação, vários elementos serão apontados.

O conceito das APCs é baseado em APCs singulares, que, juntas, constituem tarefas que um profissional desempenha durante a prática profissional. Cada APC representa uma atividade, ou unidade de prática, daquilo que o médico deve realizar como parte do seu fazer profissional. Ten Cate³⁴ definiu que as APCs são:

1. parte do trabalho profissional essencial em um determinado contexto; 2. devem exigir conhecimentos, habilidades e atitudes adequados; 3. devem levar a uma produção reconhecida de mão de obra profissional; 4. geralmente devem ser limitadas a pessoal qualificado; 5. executáveis de forma independente; 6. devem ser executáveis dentro de um período de tempo; 7. devem ser observáveis e mensuráveis em seu processo e resultado, levando a uma conclusão (“bem-feito” ou “não bem-feito”); e 8. devem refletir uma ou mais das competências a serem adquiridas. (p. 1177, tradução nossa)

As APCs estão intimamente conectadas ao contexto do trabalho e da sociedade na qual estão inseridas, respondendo às necessidades de saúde da população local. Portanto, as APCs se concretizam no cotidiano profissional, no enfrentamento dos desafios que o dia a dia impõe ao exercício da profissão^{34,36-38}.

Ao considerar a realidade e a dispensação do cuidado em saúde, o desenvolvimento de APCs possibilita um olhar holístico, com ampla gama de possibilidades de aprendizagens, que envolvem o cuidado do indivíduo, família e comunidade, bem como o processo de trabalho, os serviços de saúde, as políticas públicas e o compromisso social^{36,50}.

Agora, como o conceito de APC permite ao estudante de medicina realizar essa atividade preservando a integridade do paciente; a efetividade da ação; e a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, respeitando a individualidade de sua aprendizagem?

Em seu conceito, as APCs, além de representarem uma atividade profissional, têm mais duas importantes características: o fato de que sua realização é mediada por uma atribuição de confiança (decisão de atribuição) feita pelo supervisor, e de que a prática da APC exige um *feedback* do supervisor em diferentes níveis de supervisão³⁷.

A decisão de atribuição considera a capacidade do estudante para executar procedimentos e tomar decisões de forma independente, mas é orientada pelo tempo, depende de vários fatores e tende a respeitar, de forma construtiva, a curva de aprendizado desse estudante. São quatro os aspectos principais que podem influenciar as decisões: 1- as condições do estudante; 2- a personalidade do supervisor; 3- o ambiente e as circunstâncias em que as atividades serão realizadas (por exemplo, o tempo, o local, instalações, equipe e paciente); e 4- a natureza e a complexidade da atividade⁵¹.

Portanto, enquanto o processo é mediado pela decisão de atribuição do supervisor, em face às suas percepções da situação, do paciente, do estudante e de quando confiar ao estudante determinada atividade, o estudante é responsável por sua decisão, ou seja, verificar se pode realizar independentemente a atividade e/ou quando pedir ajuda^{52,53}.

O potencial do processo avaliativo fornecido pela APC é complementado pela presença e apreciação do supervisor.

A partir das decisões de atribuição, faz-se necessário desenvolver os níveis de supervisão para a realização de cada APC. ten Cate³⁷ descreveu cinco níveis de supervisão:

Nível 1: ao aprendiz é permitido estar presente e observar, mas não realizar a APC.

Nível 2: ao aprendiz é permitido executar a APC sob supervisão direta e proativa presente na sala.

Nível 3: ao aprendiz é permitido realizar a APC sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário; por exemplo, com supervisão indireta e reativa.

Nível 4: ao aprendiz é permitido trabalhar sem supervisão.

Nível 5: ao aprendiz é permitido supervisionar aprendizes iniciantes.

(p. 98, tradução nossa)

O exercício das APCs está conectado ao atento acompanhamento do estudante pelo supervisor, sendo que as APCs podem ser avaliadas muitas vezes e por diferentes supervisores⁵⁰.

Segundo ten Cate³⁷:

Um componente essencial da formação é a transferência regular de responsabilidades à medida que a situação permite. O médico supervisor pode realizá-la quando percebe que as habilidades do estudante, naquele momento, correspondem à complexidade do paciente e os riscos em fazê-la são aceitáveis. Estas são denominadas “decisões de atribuição *ad hoc*”. (p. 96-7, tradução nossa)

Nessa relação, constrói-se um compromisso de confiança e reponsabilidade entre estudante, docente e paciente. Assim, ao longo dos encontros, destaca-se a construção da avaliação enquanto um processo ímpar no qual a empatia é valorizada⁵⁴.

A utilização das APCs, já consagrada na formação de médicos residentes, tem demonstrado, também na graduação, fomentar a qualificação da prática, a inserção responsável e segura do estudante nos serviços e a promoção de um processo de avaliação altamente sensível^{13-16,19,32,33,45,55,56}. Proporciona, ainda, a abordagem formativa, longitudinal e com a construção continuada de independência e autonomia do estudante com base na confiança, aquisição de capacidades para o exercício da prática e responsabilidade^{50-53,57}. Nesse ponto, a característica somativa das APCs fica vinculada ao momento em que a supervisão já não é mais requerida^{19,37,56,58}. Contudo, deve-se considerar que esta condição só se mantém frente ao exercício continuado da atividade³⁷.

A interação do estudante com o processo de trabalho é provocativa e o coloca frente a frente às demandas do paciente e à necessidade de trabalho em equipe. Destaca-se aqui a potencialidade das situações novas e não familiares para o desenvolvimento do estudante⁵⁹.

Neste cenário, uma prática recomendada é a Entrustment-Based Discussion, uma conversa entre o supervisor e o estudante, após a realização de uma APC, por cerca de 15 minutos, na qual vários aspectos relacionados ao fazer e ao contexto são discutidos e ressignificados⁶⁰.

Essa grande proximidade entre professor/estudante/serviço e paciente e a imersão do supervisor na formação, no mundo real, criam uma retroalimentação positiva em relação à qualificação do binômio ensino-serviço.

Aceitando-se a integração de competências no ambiente clínico como necessária à formação do bom médico, somos levados a considerar a aplicabilidade das APCs também nos currículos brasileiros^{18,50}. A essência prática da APC e sua natureza relacional faz com que ela represente a dimensão real do fazer médico, cujo contexto se coloca e se credencia como mediador do CMBC⁵⁶:

[...] os estagiários de saúde fazem parte de uma equipe e de uma complexa estrutura organizacional. As decisões relativas à divisão do trabalho nesta organização incluem estagiários. Muitas delas envolvem a atribuição de atividades profissionais e, portanto, julgamentos implícitos sobre a competência. Esses elementos nos obrigam a visualizar e avaliar a competência no contexto da interação entre a capacidade individual e o ambiente clínico.⁵⁰ (p. 674, tradução nossa)

Assim, o delineamento das APCs deve ser construído a partir das diferentes realidades nas quais elas estão inseridas, assegurando-lhes pertença e resultados. Não se trata de uma adaptação, mas de um esforço na identificação e descrição de tarefas profissionais, que atendam às necessidades da comunidade, ao mesmo tempo em que avancem nos referenciais científicos e humanísticos⁵⁰.

A efetivação integral das APCs na equipe favorecerá, por meio da prática crítica e dialógica, o aprimoramento e o desenvolvimento constante do cuidado em saúde⁵⁰. Essa cultura reflexiva, que vai além dos muros da academia, segue ao encontro dos referenciais de educação permanente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁶¹ e pode abarcar docentes, discentes e equipe multiprofissional.

No Brasil, as APCs contribuiriam, para além da melhor viabilização do CMBC, do processo avaliativo e da formação profissional como um todo, para o aprimoramento do próprio processo de trabalho em saúde⁶².

Em conclusão, o material exposto nos ajuda a reconhecer e sugerir as APCs como uma excelente possibilidade para decodificar o CMBC para a prática médica, promover uma aprendizagem realista e atender à integralidade do cuidado no local de trabalho, com o engajamento da equipe, e sob um processo de avaliação qualificado.

As potencialidades das APCs, quando alicerçadas na realidade da localidade, vão além da formação individual, alinham-se tanto às DCN^{1,2} quanto à PNEPS⁶¹ e promovem avanços na formação e nos serviços. Contudo, cuidados devem ser tomados para que sua adoção não se faça por transposição, incorrendo, dessa forma, em reducionismo. Ela deve ser fundamentada no meio no qual será vivenciada.

Vários autores defendem a elaboração das APCs e orientam sua construção, oferecendo material para uma produção acurada e genuína^{14,19,50,56,58,63}. Assim, é chegado o tempo de o Brasil desenvolver suas próprias APCs para melhor efetivação do CMBC, atendendo às suas necessidades e à realidade social.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Ieda Francischetti expressa seus agradecimentos ao Prof. Dr. Harm Peters pela orientação de pós-doutorado e pela oportunidade de pesquisar no Centro Dieter Scheffner de Educação Médica e Pesquisa Educacional, na Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlim, Alemanha.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União [Internet]. 9 Nov 2001 [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
2. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 23 Jun 2014 [citado 3 Jun 2019]. 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
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de Julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2 Out 2013 [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>
4. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Rev Bras Educ Med 2008; 32(3):333-46.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de Março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Diário Oficial da União [Internet]. 1 Abr 2002 [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/496301/pg-75-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-04-2002>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União [Internet]. 3 Nov 2005. [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_541196_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_2101_DE_3_DE_NOVEMBRO_DE_2005.aspx



7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): objetivos, implementação e desenvolvimento potencial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf
8. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.
9. Escolas Médicas do Brasil. Estatísticas nacionais [Internet]. 2007 [citado 3 Jun 2019]. Disponível em: <https://www.escolasmedicas.com.br/estatisticas-nacionais.php>
10. Lopes AC. A explosão numérica das escolas médicas brasileiras. *Educ Med*. 2018; 19 Suppl 1:19-24. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.004>
11. Amaral E, Domingues RCL, Zeferino AMB. Avaliando a competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(3):287-90. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000300011>.
12. Braccialli LAD, Oliveira MAC. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(2):280-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400018>.
13. ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015; 37(11):983-1002. doi: <https://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>.
14. ten Cate O, Graafmans L, Posthumus I, Welink L, van Dijk M. The EPA-based Utrecht undergraduate clinical curriculum: development and implementation. *Med Teach*. 2018; 40(5):506-13. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2018.1435856>.
15. Chen HC, van den Broek WE, ten Cate O. The case for use of entrustable professional activities in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2015; 90(4):431-6. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000586>.
16. Lomis K, Amiel JM, Ryan MS, Esposito K, Green M, Stagnaro-Green A, 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*. 2017; 92(6):765-70. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001543>.
17. Touchie C, Boucher A, Allen T, Bhanji F, Chan M-K, Clarizia N, et al. AFMC Entrustable Professional Activities for the Transition from Medical School to Residency. Ottawa: Association of Faculties of Medicine of Canada; 2016.
18. Gutiérrez-Barreto S, Durán-Pérez VD, Flores-Morones F, Esqueda-Núñez RI, Sánchez-Mojica CA, Hamui-Sutton A. Importance of context in entrustable professional activities on surgical undergraduate medical education. *Med Ed Publish*. 2018. doi: <https://dx.doi.org/10.15694/mep.2018.0000109.1>.
19. Obeso V, Brown D, Aiyer M, Barron B, Bull J, Carter T, et al. Toolkits for the 13 core entrustable professional activities for entering residency. Washington: Association of American Medical Colleges; 2017.
20. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002; 77(5):361-7.
21. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2002.



22. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3):371-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300006>.
23. Sá P, Paixão F. Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Rev Port Educ*. 2013; 26(1):87-114.
24. Moreira MA. *Aprendizagem significativa*. Brasília: Editora UnB; 1999.
25. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):369-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200012>.
26. Tsuji H, Aguilar-da-Silva RH. Currículo integrado por Competências Profissionais: reflexão sobre o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília (Famema) [Internet]. Marília: Famema; 2006 [citado 17 Set 2019]. Disponível em: <http://gestaouniversitaria.com.br/artigos/curriculo-integrado-por-competencias-profissionais>
27. Perrenoud P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
28. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287(2):226-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/JAMA.287.2.226>.
29. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 physician competency framework* [Internet]. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015 [citado 5 Jun 2019]. Disponível em: http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf
30. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010; 32(8):638-45. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>.
31. Harden RM. Outcome-based education - the ostrich, the peacock and the beaver. *Med Teach*. 2007; 29(7):666-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590701729948>.
32. Gonczi A. Competency-based approaches: linking theory and practice in professional education with particular reference to health education. *Educ Philos Theory*. 2013; 45(12):1290-306. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00131857.2013.763590>.
33. Lingard L. What we see and don't see when we look at 'competence': notes on a god term. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009; 14(5):625-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-009-9206-y>.
34. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005; 39(12):1176-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/J.1365-2929.2005.02341.X>.
35. Zibrowski EM, Singh SI, Goldszmidt MA, Watling CJ, Kenyon CF, Schulz V, et al. The sum of the parts detracts from the intended whole: competencies and in-training assessments. *Med Educ*. 2009; 43(8):741-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03404.x>.
36. Touchie C, ten Cate O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Med Educ*. 2016; 50(1):93-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.12839>.
37. ten Cate O. A primer on entrustable professional activities. *Korean J Med Educ*. 2018; 30(1):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.3946/kjme.2018.76>.
38. ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*. 2007; 82(6):542-7.



39. Abdalla IG, Stella RCR, Perim GL, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Costa NMSC. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Suppl 1:44-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500005>.
40. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33 Suppl 1:70-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500008>.
41. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(4):526-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400008>.
42. Associação Brasileira de Educação Médica. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina: avanços e desafios. *Cad Abem.* 2015; 11:1-67.
43. Domingues RCL, Amaral E, Zeferino AMB, Antonio MAGM, Nadruz W. Competência clínica de aluno de Medicina em estágio clínico: comparação entre métodos de avaliação. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(1):124-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000100015>.
44. Englander R, Flynn T, Call S, Carraccio C, Cleary L, Fulton TB, et al. Toward defining the foundation of the MD degree: core entrustable professional activities for entering residency. *Acad Med.* 2016; 91(10):1352-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001204>.
45. Favreau MA, Tewksbury L, Lupi C, Cutrer WB, Jokela JA, Yarris LM, et al. Constructing a shared mental model for faculty development for the core entrustable professional activities for entering residency. *Acad Med.* 2017; 92(6):759-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000001511>.
46. Michaud PA, Jucker-Kupper P, The Profiles Working Group. The “Profiles” document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2016; 146:w14270. doi: <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2016.14270>.
47. Meyer EG, Chen HC, Uijtdehaage S, Durning SJ, Maggio LA. Scoping review of entrustable professional activities in undergraduate medical education. *Acad Med.* 2019; 94(7):1040-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002735>.
48. Tapia AER, Maldonado MI, Domínguez LD, Casallas JCG, Jara NP, Diaz MM, et al. Sequencing Entrustable Professional Activities through a whole-task model for instructional design: an early experience in a Latin-American medical school. In: AMEE Annual Conference; 2019; Viena, Austria. Viena: International Association for Medical Education; 2019 [citado 5 Jun 2019]. Disponível em: [https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2019/AMEE-2019-APP-Data-PDFs/7H-Short-Communications-Curriculum-Entrustable-Professional-Activities-\(EPAs\).pdf](https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2019/AMEE-2019-APP-Data-PDFs/7H-Short-Communications-Curriculum-Entrustable-Professional-Activities-(EPAs).pdf)
49. Dieguez MG, Durante E, Giannasi S, Arceo D, Eder ML, Figari M. Using Entrustable Professional Activities (EPAs) as curriculum organizers in a major medical undergraduate curriculum renewal. In: AMEE Annual Conference; 2019; Viena, Austria. Viena: International Association for Medical Education; 2019. [citado 5 Jun 2019]. Disponível em: [https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2019/AMEE-2019-APP-Data-PDFs/7H-Short-Communications-Curriculum-Entrustable-Professional-Activities-\(EPAs\).pdf](https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-2019/AMEE-2019-APP-Data-PDFs/7H-Short-Communications-Curriculum-Entrustable-Professional-Activities-(EPAs).pdf)
50. ten Cate O, Snell L, Carraccio C. Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. *Med Teach.* 2010; 32(8):669-75. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2010.500897>.



51. Sterkenburg A, Barach P, Kalkman C, Gielen M, ten Cate O. When do supervising physicians decide to entrust residents with unsupervised tasks? *Acad Med.* 2010; 85(9):1408-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eab0ec>.
52. ten Cate O. Entrustment as assessment: recognizing the ability, the right, and the duty to act. *J Grad Med Educ.* 2016; 8(2):261-2. doi: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-16-00097.1>.
53. Carraccio C, Burke AE. Beyond competencies and milestones: adding meaning through context. *J Grad Med Educ.* 2010; 2(3):419-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-10-00127.1>.
54. ten Cate O. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *BMJ.* 2006; 333(7571):748-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38938.407569.94>.
55. The Association of Faculties of Medicine of Canada. Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency [Internet]. Ottawa: AFMC; 2016 [citado 5 Jun 2019]. Disponível em: https://afmc.ca/sites/default/files/documents/AFMC_Entrustable_Professional_Activities_EN_0.pdf
56. Holzhausen Y, Maaz A, Renz A, Bosch J, Peters H. Development of Entrustable Professional Activities for entry into residency at the Charité Berlin. *GMS J Med Educ.* 2019; 36(1):Doc5. doi: <http://dx.doi.org/10.3205/zma001213>.
57. ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ.* 2013; 5(1):157-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-12-00380.1>.
58. Peters H, Holzhausen Y, Boscardin C, ten Cate O, Chen HC. Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. *Med Teach.* 2017; 39(8):802-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2017.1331031>.
59. Wijnen-Meijer M, Van der Schaaf M, Booij E, Harendza S, Boscardin C, Van Wijngaarden J, et al. An argument-based approach to the validation of UHTRUST: can we measure how recent graduates can be trusted with unfamiliar tasks? *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013; 18(5):1009-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-013-9444-x>.
60. ten Cate O, Hoff RG. From case-based to entrustment-based discussions. *Clin Teach.* 2017; 14(6):385-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tct.12710>.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
62. Francischetti I, Peters H. Definição de atividades profissionais confiáveis para acesso à residência médica como melhor forma de traduzir para a prática a educação médica baseada em competência [bolsa exterior-pesquisa] [Internet]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, Berlin: Charité Universitätsmedizin Berlin; 2019 [citado 5 Jun 2019]. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/bolsas/184598>
63. Holzhausen Y, Maaz A, Renz A, Bosch J, Peters H. How to define core entrustable professional activities for entry into residency? *BMC Med Educ.* 2018; 18(1):87. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1159-5>.



The medical competencies presented by the National Curriculum Guidelines and the policies to encourage the education of more physicians have popularized themes such as competence and active learning. Distortions in the curricular implementation resulted in a fragmented and reproductive approach of the practices distancing them of the work process. Several Western countries seeking improvement of the Competence-Based Medical Education (CBME), have recently adopted the concept of Entrustable Professional Activities (EPAs) to better translate this benchmark into clinical practice. This article presents the EPAs for Brazilian medical education as a possible solution for CBME accomplishment. The study explores the EPAs, from their concept to their realization. It aims to provide insights for their understanding and analysis of their capacity as a mediator for more qualified training and more responsivity to local health needs, contributing to the literature in the area.

Keywords: Clinical practice. Competency. Curriculum. Entrustable professional activities. Medical education.

Las competencias médicas presentadas por las Directrices Curriculares Nacionales y las políticas de incentivo a la formación de más médicos popularizaron temas tales como aprendizaje activo y competencia. Distorsiones en la implementación curricular resultaron en abordajes fragmentados y reproductivos de las prácticas con distanciamiento del proceso de trabajo. Diversos países occidentales, al buscar el perfeccionamiento de la Educación Médica Basada en Competencia, adoptaron las Actividades Profesionales Confiables (APCs) en la traducción exitosa de esas referencias a la práctica clínica. Este estudio perspectivo presenta las APCs en el ámbito de la educación médica brasileña, como posible solución para la mejor efectucción del Currículo Médico Basado en Competencia (CMBC). El estudio describe las APCs, desde su concepto hasta su realización, proporciona subsidios para su entendimiento y análisis de su capacidad para mediar una formación médica más calificada y responsiva a las necesidades de salud local y contribuye con la literatura brasileña en el área.

Palabras clave: Competencia clínica. Competencia profesional. Currículo. Actividades profesionales confiables. Educación médica.

Tradutora: Ieda Francischetti

Submetido em 23/07/19.

Aprovado em 26/11/19.