



Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
Organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Porto Alegre 2019
UFCSPA/ UFRGS

U58a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica/ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal do Rio Grande do Sul; organizado por Cristina Rolim Neumann... [et al.] – Porto Alegre: UFRGS, 2019.

156p.

ISBN: 978-85-9489-180-8

E-Book: 978-85-9489-181-5

1. Educação médica 2. Internato e Residência 3. Educação baseada em competências I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Neumann, Cristina Rolim, org. III Título.

NLM: W20

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Curso de Medicina
Rua Sarmiento Leite, 245
CEP 90050-170 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3303 8832
E-mail: medicina@ufcspa.edu.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Comissão de Graduação - Medicina
Rua Ramiro Barcellos, 2400/4º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3308 5274
E-mail: comgrad.medicina@ufrgs.br

Editoração: Danilo Blank e Edison Capp
Diagramação e capa: Edison Capp
Imagens: www.freepik.com e Cristina Rolim Neumann

“Iniciativas como avaliação de desempenho, avaliação baseada em competências, avaliação *para* aprendizado, avaliação programática e aprendizagem aprimorada por testes servirão de base e terão proeminência na escola do futuro. A avaliação refletirá o currículo autêntico, assegurando que os alunos tenham alcançado as competências necessárias para atuar no mundo real como médicos.”

Ronald M. Harden

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Reitora: Profa. Lúcia Campos Pellanda

Vice-Reitora: Profa. Jenifer Saffi

Pró-Reitoria de Graduação

Pró-Reitora: Profa. Márcia Rosa da Costa

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Pró-Reitora Profa. Márcia Giovenardi

Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis

Pró-Reitora: Profa. Débora Fernandes Coelho

Pró-Reitoria de Administração

Pró-Reitor: Leandro Mateus Silva de Souza

Pró-Reitoria de Planejamento

Pró-Reitora Alessandra Dahmer

Pró-Reitoria de Gestão com Pessoas

Pró-Reitora Ana Cláudia Souza Vazquez

Curso de Medicina

Coordenadora: Profa. Margaret Weidenbach Gerbase

Vice-coordenadora: Profa. Liana Lisboa Fernandez

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Rui Vicente Oppermann

Vice-Reitora: Profa. Jane Fraga Tutikian

Pró-Reitoria de Graduação

Pró-Reitor: Prof. Vladimir Pinheiro do Nascimento

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitor: Prof. Celso Giannetti Loureiro Chaves

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Profa. Sandra de Deus

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitor: Prof. Rafael Roesler

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

Pró-Reitor: Maurício Viegas da Silva

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Vice-Diretor: Prof. Luciano Zubarán Goldani

Comissão de Graduação - Medicina

Coordenadora: Profa. Cristina Rolim Neumann

Coordenador substituto: Prof. Oly Campos Corleta

Autores

Alexandre Marques Velho

Técnico em Assuntos Educacionais na Faculdade de Medicina (FAMED), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestrando no PPG Ensino na Saúde (FAMED/UFRGS), Especialista em Gramática e Ensino (IL/UFRGS).

Betânia Barreto de Athayde Bohrer

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Pediatria, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Residência Médica em Neonatologia, Hospital Femina. Doutora em Pediatria, FAMED, UFRGS. Professora do Departamento de Pediatria, FAMED, UFRGS.

Bruna Cristine Chwal

Aluna de Medicina, FAMED, UFRGS. Representante Discente, Diretoria de Ensino Médico, Centro Acadêmico Sarmento Leite (CASL).

Camila Giugliani

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição. Doutorado em Epidemiologia e Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS.

Carmem Daudt

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Mestrado e Doutorado em Epidemiologia, UFRGS. Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública/Centro de Saúde Escola Murialdo Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Charles Lubianca Kohem

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Reumatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Fellowship em Reumatologia na UT Southwestern Medical School em Dallas, Texas, EUA. Doutor em Medicina, UFRGS. Professor do Departamento de Medicina Interna, FAMED, UFRGS.

Cristiane Bauermann Leitão

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Medicina Interna e Endocrinologia, HCPA. Mestrado e Doutorado em Ciências Médicas: Endocrinologia, FAMED, UFRGS. Pós-Doutorado em Transplante de Ilhotas Pancreáticas pelo Diabetes Research Institute, Universidade de Miami. Professora do Departamento de Medicina Interna e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Médicas: Endocrinologia, FAMED, UFRGS.

Cristina Rolim Neumann

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Clínica Médica e Endocrinologia. Mestrado e Doutorado em Clínica Médica, FAMED, UFRGS. Professora do Departamento de Medicina Social e Coordenadora da Comissão de Graduação FAMED, UFRGS.

Danilo Blank

Professor titular do Departamento de Pediatria e Coordenador do Núcleo Docente Estruturante, FAMED, UFRGS.

Edison Capp

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Doutor em Medicina pela Universidade Ludwig-Maximilian, Munique, Alemanha. Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, FAMED, UFRGS.

Francisco Arsego de Oliveira

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Centro de Saúde-Escola Murialdo. Mestre em Antropologia Social, UFRGS. Professor do Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS.

Josué Almeida Victorino

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Medicina Interna e Medicina Intensiva, HCPA. Doutor em Medicina pela USP. Professor Associado do Departamento de Medicina Interna, UFCSPA.

Leandro Meirelles Nunes

Graduação em Medicina, Universidade Católica de Pelotas. Residência Médica em Pediatria e Neonatologia, Hospital da Criança, Grupo Hospitalar Conceição. Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, FAMED, UFRGS. Professor do Departamento de Pediatria, FAMED, UFRGS.

Liane Esteves Daudt

Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestrado e doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, FAMED, UFRGS. Professora do Departamento de Pediatria, FAMED, UFRGS.

Margaret Weidenbach Gerbase

Médica Pneumologista. Especialista em Educação Médica, UFRGS. Mestre e Doutora em Ciências Pneumológicas, FAMED, UFRGS. Pós-Doutorado na Johns Hopkins University, USA. Docente livre pela Universidade de Genebra, Suíça. Professora do Departamento de Clínica Médica e do PPG em Ciências da Saúde, UFCSPA. Professora permanente e pesquisadora associada da Faculdade de Medicina, Universidade de Genebra, Suíça.

Maria Eugênia Pinto

Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestrado e doutorado em Epidemiologia, FAMED, UFRGS. Professora do Departamento de Saúde Coletiva, UFCSPA.

Mariana González de Oliveira

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Título de Especialista em Pediatria e em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, FAMED, UFRGS. Doutorado em Pediatria e Saúde da Criança, Pontifícia Universidade Católica do RS (PUCRS). Professora do Departamento de Pediatria, UFCSPA.

Oly Campos Corleta

Graduação em Medicina, Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Residência Médica em Cirurgia Geral, HCPA. Mestrado e doutorado em Clínica Cirúrgica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. Professor do Departamento de Cirurgia, FAMED, UFRGS.

Paulo de Carvalho Contu

Graduação em Medicina, UFCSPA. Residência Médica em Cirurgia Geral e Coloproctologia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA). Mestre e Doutor em Ciências Cirúrgicas, FAMED, UFRGS. Professor do Departamento de Cirurgia, FAMED, UFRGS.

Régis Kreitchmann

Graduação em Medicina, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Mestrado e Doutorado em Ciências Médicas, FAMED, UFRGS. Professor do Departamento de Obstetrícia, UFCSPA.

Ricardo de Souza Kuchenbecker

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS. Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Doutorado em Epidemiologia, FAMED, UFRGS. Residência Médica em Clínica Médica, HCPA. Professor, do Departamento de Medicina Social, FAMED, UFRGS.

Rodrigo Pinheiro Amantéa

Aluno de Medicina, FAMED, UFRGS.

Thamyres Zanirati dos Santos

Graduação em Medicina, FAMED, UFRGS

Vanessa Feller Martha

Graduação em Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Residência Médica em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica, PUCRS. Mestre em Pediatria, PUCRS. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, FAMED, UFRGS. Professora do Departamento de Pediatria, UFCSPA.

Sumário

| | |
|---|-----|
| Apresentação | 7 |
| Prefácio UFCSPA | 9 |
| Prefácio UFRGS | 11 |
| Confiança e confiabilização: um olhar conceitual e terminológico sobre o novo paradigma da educação médica..... | 13 |
| Implementando EPAs no currículo do internato | 23 |
| Preceptoria estruturada (SNAPPS, preceptor minuto) | 28 |
| Feedback de atividades profissionais confiabilizadoras | 33 |
| Lista de referência de competências gerais para médicos | 37 |
| EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico | 41 |
| EPA 2. Priorizar um diagnóstico diferencial após uma consulta clínica | 49 |
| EPA 3. Solicitar e interpretar exames comuns para diagnóstico e triagem..... | 57 |
| EPA 4. Elaborar e discutir solicitação de exames e prescrições | 65 |
| EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente | 73 |
| EPA 6. Fazer a apresentação oral de um caso clínico | 81 |
| EPA 7. Formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente | 89 |
| EPA 8. Fazer ou receber a passagem de caso para um colega | 97 |
| EPA 9. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional | 105 |
| EPA 10. Reconhecer um paciente que necessite atendimento urgente e iniciar a sua avaliação e manejo | 113 |
| EPA 11. Obter consentimento informado para exames e procedimentos..... | 121 |
| EPA 12. Executar procedimentos médicos gerais | 129 |
| EPA 13. Identificar falhas nos sistemas e contribuir para cultura de melhoria e segurança..... | 141 |
| EPA 14. Comunicar más notícias..... | 149 |
| EPA 15. Educar pacientes: manejo da doença, promoção da saúde e medicina preventiva..... | 153 |

Apresentação

Esta é a primeira produção escrita de um projeto colaborativo interinstitucional, em andamento, que articula dezenas de professores de duas escolas médicas – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – cuja motivação foi aprimorar os processos de avaliação do internato médico, sintonizando-os com teorias e práticas da educação médica baseada em competências.

Em anos recentes, ambas as instituições federais de ensino vinham paralelamente lidando com adaptações curriculares que dessem conta de harmonizar as demandas das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – que indicam a formação de médicos essencialmente generalistas, reflexivos e humanistas, capazes de atuar competentemente em atenção, gestão e educação na saúde – com as tensões contemporâneas da educação médica, a exigir uma mescla de conhecimento com competências adaptadas a contextos específicos de prática profissional. Tal empreitada, sem descuidar da formação básica, tinha como foco crucial a passagem do aluno de graduação à prática médica no mundo real; isto é, começava pelo internato. Nesse caso, o desafio maior é a avaliação formativa de um elenco de atributos e competências que associem, entre outras habilidades cognitivas e clínicas, empatia, adaptabilidade, humildade e responsabilidade.

Em dezembro de 2017, os grupos de professores da UFRGS e da UFCSPA que lideravam essas atividades de desenvolvimento curricular e docente se associaram

em um projeto denominado “Avaliação de Habilidades e Competências por Observação Direta no Internato em Medicina”, que foi selecionado para receber subvenção do Programa de Bolsas para a América Latina do National Board of Medical Examiners – instituição estadunidense dedicada à promoção da qualidade da formação de médicos, incluindo pesquisa em instrumentos de avaliação – com o objetivo de desenvolver em dois anos um sistema de registro de maturação de competências ao longo do internato, associando o treinamento de supervisores à produção de um aplicativo para processamento seguro das informações e monitoração de resultados das avaliações.

No primeiro ano de colaboração, o projeto organizou um grupo de trabalho ampliado, integrado por docentes e discentes, a partir de reuniões e seminários para troca de experiências entre as duas instituições e discussões sobre necessidades dos alunos, avaliação de competências, feedback e experiências bem-sucedidas com aplicativos eletrônicos.

Depois de muitas ponderações, apoiadas na literatura contemporânea, optamos por trabalhar com base nas chamadas *entrustable professional activities*, popularizadas pela sigla EPAs, cujo melhor equivalente terminológico em português é atividades profissionais confiabilizadoras. Conforme detalhado no capítulo “Confiança e confiabilização: um olhar conceitual e terminológico sobre o novo paradigma da educação médica”, dada a dinâmica complexa de interações sociais do gradativo processo em que o preceptor

diuturnamente faz julgamentos acerca da confiabilização do aluno para desempenhar as unidades essenciais de prática profissional, enquanto o apoia como protagonista na sua trajetória particular rumo à competência em cada uma delas e – logo – à independência, tais atividades profissionais não são simplesmente passíveis de serem delegadas em confiança, mas constituem um legítimo instrumento processual de forjamento de profissionais dignos de confiança para desempenhá-las com sucesso; isto é, são genuinamente confiabilizadoras.

Contemplamos com tal escolha a aceitação global e prodigiosa do esquema pedagógico avaliativo introduzido no campo da educação médica pelo holandês Olle ten Cate, que faculta operacionalizar processos de confiabilização que os bons professores clínicos já faziam intuitivamente no dia a dia, colocando a avaliação de competências no contexto adequado da prática médica, justamente por meio da linguagem da confiança, um conceito essencial e nuclear da atenção à saúde. Mas, sobretudo, reconhecemos a praticabilidade do esquema avaliativo baseado nas atividades profissionais confiabilizadoras durante o internato médico, já que levam em conta não só as definições abrangentes e integrativas de competências, mas também sua conotação legal, significando não somente a capacidade, mas também o direito adquirido por mérito de atuar como profissional.

A partir daí, procedemos uma meticulosa adaptação à realidade brasileira das diretrizes da iniciativa “The Core Entrustable Professional Activities (EPAs) for Entering Residency”, publicada pela Association of American Medical Colleges, em 2014, mediante aprovação dessa entidade.

A versão inicial desse produto foi apreciada numa oficina que reuniu professores e alunos de ambas as instituições envolvidas no projeto e contou com a participação dos professores Eliane Dias Gontijo, coordenadora do Núcleo de Educação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e Ruy Guilherme Silveira de Souza, da Universidade Federal de Roraima, ambos com muita experiência e atuação destacada em educação médica.

O conteúdo da presente publicação reúne alguma fundamentação teórica e o material prático que a colaboração interinstitucional UFCSPA/UFRGS produziu até o momento, que está servindo de base para o desenvolvimento do aplicativo e as experiências de utilização efetiva das atividades profissionais confiabilizadoras na avaliação dos alunos do internato médico. A divulgação preliminar destes materiais pretende contribuir para o movimento global de avaliação de competências na formação médica, no bojo de um amplo processo de aplicação de ferramentas pedagógicas, que, com rigor similar ao do laboratório das ciências básicas e dos estudos clínicos randomizados, permitirão aquilatar se a educação médica baseada em competências é mesmo capaz de forjar médicos melhores e, enfim, se é uma mudança paradigmática neste século tão significativa quanto a revolução flexneriana foi no anterior.

Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp

Prefácio UFCSPA

É com muita alegria que a UFCSPA se associa ao projeto contido neste livro, por inúmeros motivos.

Em primeiro lugar, porque acreditamos que a colaboração é a base da transformação em direção ao mundo que queremos. Através das universidades públicas, podemos dar um exemplo concreto. A parceria com nossa co-irmã UFRGS tem trazido muitos frutos, com a potencialização dos saberes de nossas comunidades universitárias em torno de objetivos comuns. Temos trabalhado muito, lado a lado, pela Educação pública de qualidade e socialmente referenciada. Não se faz ciência sem colaboração, e com o ensino e a pesquisa em educação não poderia ser diferente. A colaboração e a diversidade trazem diferentes olhares e perspectivas que enriquecem o conjunto.

Além da amizade que nos une, entre UFCSPA e UFRGS compartilhamos também histórias. Neste livro encontra-se a descrição de uma trajetória percorrida por docentes de ambas as universidades motivados por um projeto comum, o de desenvolver e implementar processos avaliativos de qualidade na formação médica. Com o objetivo de ampliar

a avaliação por competências no internato, foi introduzido o conceito de EPAs, ou atividades profissionais confiabilizadoras, de reconhecido valor na avaliação de habilidades durante a formação dos profissionais da saúde. Sua aplicação no âmbito da formação médica de nossas duas universidades é descrita nestas páginas.

Este livro é o resultado de um trabalho cuidadoso e competente, liderado por docentes da UFRGS e da UFCSPA comprometidos com a Educação Médica, em uma parceria histórica que, esperamos, continue a multiplicar, no futuro, a produção científica e a inovação no ensino médico.

Lucia Campos Pellanda
Reitora da UFCSPA

Margaret Weidenbach Gerbase
Coordenadora do Curso de Medicina da UFCSPA

Prefácio UFRGS

O processo de ensino-aprendizagem na medicina, muito antes que o rigor da ciência e o imenso volume de informações de que dispomos hoje existisse, se baseava em um ensino tutorial, em que os discípulos tinham seu mestre como exemplo, repetindo seus gestos e tentando, através da prática assistida, gerar o conhecimento necessário para que se tornassem habilitados na arte de curar.

Com o desenvolvimento do método científico e da tecnologia, a formação do médico passou a ser muito mais baseada em conceitos técnicos, que por vezes não eram adequadamente contextualizados durante o período universitário, transformando-se apenas em um dado numérico, quantitativamente avaliado em provas teóricas.

Mas um médico é muito mais do que um conjunto de notas e conceitos! Além do indispensável conhecimento teórico, as habilidades práticas da relação médico paciente, que envolvem comunicação, segurança, capacidade de fazer e de buscar respostas a seus próprios questionamentos, fazem o ser médico. Tornar-se capaz. Tornar-se confiável. Torná-lo capaz. Torná-lo confiável. Essa deve ser a meta que estudantes e professores devem almejar. Juntos, criando e buscando oportunidades para uma formação plena.

A criação deste livro sobre as EPAs é a materialização no que acreditamos! Para sua elaboração foi necessário o conhecimento do assunto, uma ótima relação entre instituições parceiras e coirmãs com objetivos comuns, a capacidade de comunicar-se com interlocutores diversos, envolvendo alunos, colegas e técnicos, e o entusiasmo e a coragem para objetivar o que é preciso que um doutorando desenvolva para que se torne um médico confiável.

Esperamos que, através desse trabalho conjunto entre a UFRGS e a UFCSPA, deixemos mais claro, para nossos alunos, que habilidades e competências devem ser desenvolvidas por um bom médico e que possamos devolver, para a sociedade, profissionais competentes e hábeis para tratar os problemas de saúde que tanto assolam nossa população.

Lúcia Maria Kliemann
Diretora da Faculdade de Medicina da UFRGS

Rui Vicente Oppermann
Reitor da UFRGS

Confiança e confiabilização: um olhar conceitual e terminológico sobre o novo paradigma da educação médica *

Danilo Blank
Alexandre Marques Velho

*Como acontece com muitos processos de inovação curricular, as ideias conceituais precisam ser traduzidas na prática, e o diabo tende a estar em detalhes.
Olle ten Cate (1)*

O papel da confiança no âmbito da atenção à saúde e da educação médica é um tema que volta à baila com destaque nas publicações acadêmicas e leigas, nestes tempos em que turbulências político-pedagógicas e retóricas confusas nas redes sociais borram a distinção entre certo e errado (2-6). De fato, a palavra confiança tem aparecido nos títulos de editoriais das mais prestigiosas revistas médicas, algumas inclusive devotando espaço para séries de artigos sobre esse tema e, particularmente, sobre processos de confiabilização – com o sentido de construção de fidedignidade – no âmbito da formação médica, conforme explicitam Lynch e colaboradores (6):

[...] to enable trustworthiness in all relationships as a means of supporting and protecting professionalism, which in turn is necessary to achieve excellence in the health care system. [...] We continue to consult with experts and learn about dimensions of trust. These experts have offered a number of suggestions, including making trust-building an explicit part of medical education and modeling it for residents and trainees [...].

Ainda que não sejam novas as discussões acerca do papel da educação médica na consolidação da confiança pública na capacidade dos médicos em prestarem cuidados de qualidade à saúde da população (7), apreciações críticas específicas sobre as relações de confiança entre educadores e educandos e o processo de delegação de responsabilidades têm muito recentemente aparecido com mais evidência na literatura médica (8-11). Esses estudos enfatizam a relevância da avaliação formativa e do caráter longitudinal dos processos de ensino-aprendizagem, bem sintetizados por David Sklar, editor do periódico *Academic Medicine* (5):

Trust forms the foundation of the relationship between learner and teacher, providing the conditions for the transfer of information and the development of expertise. [...] The learner, therefore, must trust that the teacher will guarantee the best interest of patients while simultaneously offering opportunities for the learner to engage at an appropriate level in directing real patient care. [...] Institutional leaders can help promote trust between learners and teachers by

*Agradecemos a revisão criteriosa e esclarecedora da terminóloga Maria José Bocorny Finatto, professora titular aposentada do Instituto de Letras da UFRGS (Departamento de Linguística, Filologia e Estudos Literários; Setor de Linguística), pesquisadora do grupo TERMISUL (www.ufrgs.br/termisul), que inspirou e avalizou a perspectiva acadêmica da tese proposta neste texto.

improving the institutional learning environment. This can occur through supporting wellness programs; addressing and remediating any disruptive or disrespectful behaviors of teachers, staff, or learners; and making sure that organizational policies align with the values that are taught to learners.

A consolidação da confiança como conceito nuclear e princípio unificador de todos os níveis do sistema de educação médica baseado em competências constituiu a segunda onda da virada paradigmática da formação profissional – ocorrida na primeira década do novo milênio – em que o currículo baseado em estrutura/processo/tempo dá lugar ao currículo baseado em competências e avaliação de desfechos (12-14). A primeira onda caracterizou-se pela própria afirmação do constructo das competências, nos anos 1970 e 1980, processo muito lento que culminou com a consolidação da estrutura dos domínios de competências médicas – proposta pelo Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) e pelo American Board of Medical Specialties (ABMS) –, que viria a ser aperfeiçoada e ampliada pela Association of American Medical Colleges (AAMC) já nos anos 2000 (15). Porém, em pouco tempo, a definição vaga e teórica das competências, associada à falta de critérios para sua avaliação no dia a dia da prática clínica, levou os pesquisadores a buscar meios de identificá-las e aferí-las de modo mais operacional e efetivo. Daí ocorre a segunda onda do novo paradigma, uma abordagem pedagógica avaliativa baseada em processos de confiabilização no contexto do trabalho clínico, que se tornaria rapidamente a coqueluche da educação médica no mundo todo (11, 16).

O médico-educador holandês Theodorus Jan (Olle) ten Cate, do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da Educação da Faculdade de Medicina da Universidade de Utrecht, foi quem introduziu, em 2005, um novo instrumento pedagógico que permitia ao professor de clínica médica determinar a competência – e, logo, o grau de confiabilidade – do aluno para assumir a responsabilidade de desempenhar tarefas essenciais da prática profissional, sem supervisão direta, num contexto

específico de atenção à saúde (17). Segundo ten Cate, essas atividades profissionais determinadas seriam o elo entre o conceito de educação médica baseada em competências – que ele considerava pouco tangível, sob a ótica da avaliação – e a prática diária. Apoiava-se nas definições correntes de competências, que deveriam ser (a) específicas, (b) abrangentes (isto é, incluindo conhecimentos, atitudes e habilidades), (c) duráveis, (d) passíveis de treinamento, (e) aferíveis, (f) relacionadas a atividades profissionais e (g) vinculadas a outras competências; mas sobretudo na conotação legal do conceito de competência, significando não somente a capacidade, mas também o direito adquirido por mérito de atuar como profissional.

A grande e rápida aceitação da estratégia proposta por ten Cate, a partir das primeiras definições, deveu-se à constatação de que ela operacionalizava processos de confiabilização que os professores clínicos já faziam intuitivamente no dia a dia, colocando a avaliação de competências no contexto adequado, por meio da linguagem da confiança, um conceito central e essencial do cuidado à saúde (8, 10, 14, 18-20).

Entretanto, ten Cate escreveu sobre o novo instrumento avaliativo em inglês e, embora sua intenção declarada fosse uma linguagem menos complicada, ao qualificar as tais atividades profissionais com o adjetivo *entrustable*, buliu com uma armadilha terminológica cheia de nuances; sobretudo levando em conta a rápida propagação internacional que experimentaria sua inovação pedagógica – reconhecida em todos os cantos e idiomas como as EPAs, abreviatura de *entrustable professional activities*.

The EPAs were designed to link competencies to clinical practice and make them feasible. The EPAs – tasks or responsibilities that can be entrusted to a trainee once sufficient, specific competence is reached to allow for unsupervised execution – are now being defined in various health care domains. Because EPAs represent what physicians do in daily practice, the new language can be briefer and less complicated. (21)

Para clarear a importância do debate conceitual em torno do termo EPA, cabe aqui um parêntese, com um comentário breve sobre o percurso dos estudos linguísticos que fundamentam esta discussão. Em 1931, o engenheiro e linguista alemão Eugen Wüster desenvolve a Teoria Geral da Terminologia, objetivando eliminar a ambiguidade da linguagem técnica, bem como transformar tal linguagem em um instrumento potente de comunicação inequívoca em domínios de conhecimento especializados, a partir da normalização terminológica, que é extremamente funcional em uma comunicação padronizada, como é o caso da linguagem médica acadêmico-científica (22).

Em 1976, Ingetraut Dahlberg, em sua Teoria Analítica do Conceito, ocupa-se em compreender a importância do desenvolvimento de sistemas conceituais para a representação do conhecimento e informação, visando a fundamentar as análises conceituais de toda iniciativa que venha a fazer referência ao estudo e à padronização de termos. De acordo com essa teoria, cada conceito tem um referente sobre o qual afirmações verificáveis são possíveis de serem realizadas; logo, ao se sumarizar e sintetizar as afirmações em um termo, este passará a representar o conceito nos processos de comunicação. Portanto, o conceito não é a composição de partes ou elementos distintos, mas um todo que está contido, ao mesmo tempo, no referente, nas predicções feitas acerca dele e no léxico adotado para designá-lo (23).

Por outro lado, Maria Teresa Cabré, desde o final dos anos 80, em sua Teoria Comunicativa da Terminologia, valoriza os aspectos comunicativos das linguagens especializadas em detrimento a propósitos normalizadores, tendo em vista que as unidades terminológicas formam parte da linguagem natural e da gramática das línguas. Assim, uma unidade lexical pode assumir o caráter de termo em função de seu uso em um contexto e situação determinados. Portanto, o conteúdo de um termo não é fixo, mas relativo e variando conforme o cenário comunicativo em que está inscrito (24).

Mais recentemente, Rita Temmermann propõe a Teoria Sociocognitiva da Terminologia, que vincula os traços sociais e históricos de uma comunidade de conhecimento e o estabelecimento de suas terminologias em um continuum temporal. Aqui não se descrevem conceitos e termos como construtos à parte, mas modelos cognitivos, que são unidades de compreensão válidas em um dado espaço-tempo e as designações a eles associados. Há, assim, todo um cenário de significações, enriquecido por variações, diferentes sentidos e até metaforizações, que perfazem uma linguagem especializada em seu dinamismo constitutivo. Nesse cenário, o intercâmbio entre o que se passa na linguagem cotidiana, retratada nos dicionários gerais de língua, e a linguagem especializada, repertoriada nos dicionários temáticos especializados, que tratam de recortes científicos ou técnicos, é uma constante (25).

Voltando ao caso em foco – o termo EPA –, poder-se-ia ir dos dicionários gerais de línguas até os especializados, que tratam apenas de termos médicos, mas mesmo assim os significados são nebulosos, em vista de sua alta dependência dos contextos, o que tende a complicar-se ainda mais quando entra em cena a variação de idiomas. Acontece que a palavra *entrustable*, um vocábulo muito novo na língua inglesa, ainda não dicionarizado (26, 27), provém do verbo *entrust*, que tem dois significados:

- (a) investir alguém com a responsabilidade de algo em confiança, como em “*she was entrusted with the job of organizing the reception*” (cujo melhor significado correspondente no português atual poderia ser encarregar, como em “ela foi encarregada da tarefa de organizar a recepção”); e
- (b) delegar ou consignar a responsabilidade de algo em confiança, como em “*Medicare removes a citizen’s responsibility for his health care and entrusts it to the state*” (cujo significado correspondente em português é confiar, como em “Medicare confia ao Estado a responsabilidade pelo cuidado da saúde do cidadão”).

Em decorrência da dupla acepção do verbo de origem, a palavra *entrustable* também carrega dois significados:

(a) dotado de competências essenciais para que lhe seja delegada ou consignada em confiança a responsabilidade de assumir uma determinada tarefa, como em *“the student became entrustable to perform the assigned task competently”* (cujo melhor significado correspondente em português é confiável, como em *“o estudante se tornou confiável para realizar com competência a tarefa a ele designada”*); e

(b) passível de ser delegado ou consignado em confiança, como em *“trainees acquire those wider skills, often described as entrustable skills”* (Para este significado, não há tradução fácil para a língua portuguesa, na qual o vocábulo confiável só tem o sentido de digno de confiança. A opção mais sensata para este caso seria usar uma locução adjetiva, com as qualificações de designação e fidedignidade: *“os estagiários adquirem habilidades mais amplas, frequentemente descritas como habilidades delegáveis mediante confiança”*.)

A intenção óbvia de ten Cate ao propor as EPAs foi referir-se ao primeiro dos significados acima, isto é, tratava-se de atividades profissionais que se prestavam ao processo de confiabilização do estudante de medicina. Essa noção foi fortemente corroborada pelas dezenas de publicações acerca das EPAs que surgiram desde então, sempre enfatizando o caráter de processo longitudinal e complexo das relações de ensino-aprendizagem que levam à confiabilização do estudante para assumir a responsabilidade pelas tais atividades profissionais, como bem exemplificam os excertos a seguir:

Learning to perform clinical tasks competently is a process all medical learners must navigate on their road to professional independence. Clinical preceptors are accountable for helping residents shoulder increasing responsibility and should continually

be asking themselves if the resident is capable of completing a task independently. Building trust and making entrustment decisions are complicated social interactions influenced by many competing factors in the workplace. ten Cate developed the idea of “entrustable professional activities” (EPAs) to make explicit the everyday judgments supervisors make regarding whether to trust a given trainee with a specific task. (28)

Considerable debate and clarification for faculty were necessary to make the distinction between ad hoc and summative entrustment decisions. A student whose dashboard does not show formal permission to carry out an EPA without the supervisor in the room, can, and even must, be stimulated to do so in the learning process. However, at every ad hoc occasion, the supervisor should evaluate the situation for its safety to have a student practice and should evaluate the student’s performance afterward to estimate his or her readiness for the formal statement of awarded responsibility. (1)

Based on these findings about the developmental nature of trust—from the perspectives of both trainees and supervisors—questions exist about how medical students, as the most junior members of the physician team, experience entrustment. While intern and resident trainees have well-defined roles on the care team—with established expectations and responsibilities—the role of clerkship students is more variable. The lenses of social learning theory and workplace learning explicate how clerkship students learn their roles through social processes in their workplace. As students familiarize themselves with their clinical learning environment—traditionally rotating from one specialty to the next—they must renegotiate their roles based on setting and team needs. Student perceptions of trust may have important implications for their patient care roles, learning and engagement. (29)

The word “entrustable” is part of this framework because most physicians, when working with a learner, have asked themselves, consciously or unconsciously, “Do I trust this learner to do that?” And, only if the answer is “yes” do they allow the learner to do the task. So, although EPAs sound new (and potentially confusing), they are built on a foundation that physicians have intuitively used. After working with a student, for instance, and watching him or her

conduct histories and physical examinations, a physician will decide whether to trust the student to conduct future histories and physical examinations on his or her own. This decision will be based on several factors, including the accuracy of the information the student has provided in the past, how well the student recognizes his or her limitations, the complexity of the patient, the circumstances of the family, the nature of the task, and time constraints. It really all comes down to whether the physician can affirmatively answer the question, "Do I trust the learner to do this?" (30)

The thinking in EPAs will foster observation and the deliberate granting of responsibilities. In this way, as training progresses, trainees may be gradually entitled or qualified to perform EPAs and transform from a trainee into a professional. (17)

De fato, existe um certo caráter dual no termo *entrustable*, pois, no contexto específico da educação médica, as atividades profissionais em questão podem ser vistas pelo ângulo de serem passíveis de ser delegadas ou consignadas em confiança – ou seja, correspondendo à segunda das definições descritas acima. Entretanto, todas as referências a elas reiteram a pujança da predominância do sentido de confiabilização de um “credor-fiduciário” (isto é, o médico em formação), em detrimento do sentido de delegação ou transferência de um encargo. O próprio ten Cate deu sinais de consciência dessa ambivalência linguística no artigo em que a expressão *entrustable professional activities* apareceu pela primeira vez na literatura médica, em 2005, na revista *Medical Education*:

[...] the daily routine of the medical profession in a specialty can be analysed to identify activities to be entrusted to trainees. [...] Performing well in a profession could be defined as being entrusted to carry out all its critical EPAs. (17)

E mais, no segundo artigo em que utilizou a nova expressão, em 2006, na revista *British Medical Journal*, enquanto sublinhava mais uma vez a ação do professor amparando o aluno no processo de confiabilização, ten Cate titubeou ao adjetivar as ditas atividades profissionais:

Postgraduate training and assessment should not move away from the clinical supervisor in the ward but should instead scaffold the supervisor's role of appraising the execution of activities entrusted to residents. Entrusted, or rather, entrustable activities are not the same as competencies. (31)

Tal hesitação possivelmente se deve ao fato de que no holandês, assim como em português, não parece existir um adjetivo lexicalizado e não-desajeitado para expressar a noção de “delegável com confiança” (segundo significado de *entrustable*, acima); tanto que em artigos escritos em sua língua materna, ten Cate utiliza o termo *toevertrouwde professionele activiteiten*, cuja tradução aproximada seria “atividades profissionais confiadas” (1).

Em resumo, a questão é mesmo forjar profissionais dignos de confiança (para cada uma das atividades em questão). Pensando na adaptação do termo para a língua portuguesa, na qual só temos a palavra *confiar* para significar tanto ter confiança em alguém ou algo (*trust*), como entregar a responsabilidade de algo a alguém com confiança (*entrust*), ficamos com um dilema linguístico, pois tanto *trustable* como *entrustable* acabariam traduzidos como confiável. Entretanto, é claro que nós falantes do português só entendemos confiável como digno de confiança. Daí provavelmente o surgimento recente do termo confiabilizar – forjado por necessidade, em função dessa lacuna de um significado vernáculo correspondente –, em muitos textos técnicos, principalmente das engenharias. Ora, as tais atividades evidentemente não são elas confiáveis; isso não faz sentido em português, já que, na nossa língua, confiável é aquilo ou aquele em quem confiamos. Por outro lado, se são passíveis de delegação, o ato de consigná-las não garante que o “credor-fiduciário” – o aluno – seja efetivamente digno de confiança. Agora, dizer que são “atividades confiabilizadoras”, como a construção neológica que a situação demanda, remete ao entendimento de que teriam servido de base a um cuidadoso processo de capacitação e que as passamos com confiança de que o “credor-fiduciário” as desempenhará com competência, sem supervisão direta. Esse conceito foi o que Englander e

colaboradores procuraram sedimentar no seu artigo definitivo, publicado na revista *Medical Teacher*, sobre a necessidade de uma língua comum para minimizar as ambiguidades no jargão da educação médica baseada em evidências (32):

Entrustable professional activity: An essential task of a discipline (profession, specialty, or subspecialty) that a learner can be trusted to perform without direct supervision and an individual entering practice can perform unsupervised in a given health care context, once sufficient competence has been demonstrated.

Essa definição foi o lastro de inúmeros estudos sedimentando a noção de que o termo *entrustability*, empregado por ten Cate no título de seu artigo seminal, “*Entrustability of professional activities and competency-based training*”, na verdade se referia a um processo intrincado que começa com um aluno inexperiente apenas observando a realização de uma determinada atividade da prática médica e termina com esse aluno digno de confiança para que lhe seja delegada a tarefa em questão; ou seja, um processo de confiabilização (19, 20, 33). A medida dessa aquisição de competência (aqui, no seu sentido singular de capacidade, englobando habilidades, conhecimento, atitude e intenção de realizar determinada tarefa), pode ser aferida pelas chamadas escalas de confiabilidade – em inglês, *entrustability scales* –, que se referem ao nível de independência

com que se pode confiar que o aluno será bem sucedido no desempenho da tarefa em questão (28).

A figura ilustra a relação do processo de confiabilização do aluno e a conexão do termo “atividades profissionais” com o atributo “confiabilizadoras”, baseada no significado dual de *entrustable*, que se refere menos à atividade confiada ao aluno, mas mais ao próprio aluno em sua condição de ser digno de confiança. É bom ressaltar que o sintagma terminológico que resulta dessa conexão – atividades profissionais confiabilizadoras – não é uma tradução, mas um equivalente terminológico, que se considera a melhor correspondência possível para o conceito em questão.

Concluindo, dada a dinâmica complexa de interações sociais do gradativo processo em que o preceptor diuturnamente faz julgamentos acerca da confiabilização do aluno para desempenhar as unidades essenciais de prática profissional, enquanto o apoia como protagonista na sua trajetória particular rumo à competência em cada uma delas e – logo – à independência, tais atividades profissionais não são simplesmente passíveis de serem delegadas em confiança, mas constituem um legítimo instrumento processual de forjamento de profissionais dignos de confiança para desempenhá-las com sucesso (isto é, são genuinamente confiabilizadoras).

Na literatura em língua portuguesa da área da saúde, ainda há muito poucas referências às EPAs. Pelo menos um grupo de autores não se atreveu a sugerir um equivalente terminológico e utiliza simplesmente o termo na língua original (34, 35). Os demais, por inércia ou negligência, caem na armadilha linguística de qualificar as atividades profissionais como “confiáveis”, numa tradução enjambrada, apenas literal, gerando algo que não tem sentido no nosso vernáculo, considerando que esse adjetivo tem acepção exclusiva de digno de confiança (36-41). É curioso observar que pelo menos uma autora utiliza atividades profissionais confiáveis no título, mas ao explicar o que são as EPAs utiliza o termo atividades profissionais responsáveis,

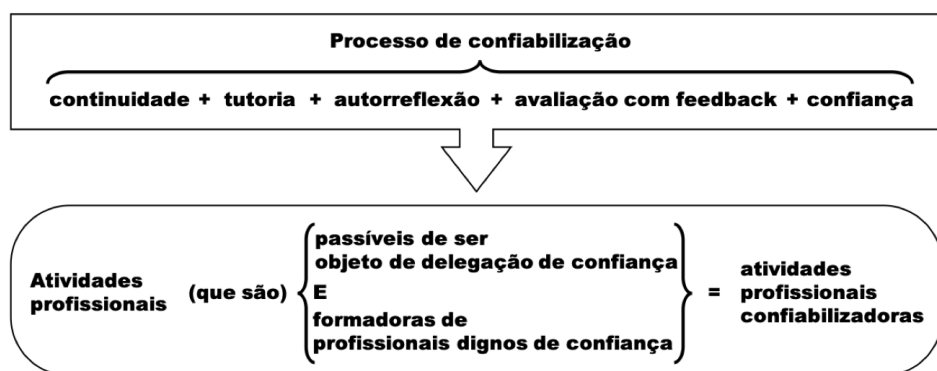


Figura 1. Processos de confiabilização

invertendo o sujeito detentor da fidedignidade, ainda que aparentemente tenha se dado conta de que a solução fácil não era adequada (42).

O fato de autores da literatura médica em língua portuguesa hesitarem em uma proposição de termo equivalente para EPA, ou, quando o fazem, realizarem isso de forma inapropriada, evidencia a dificuldade de se encontrar um adjetivo vernacular satisfatório para *entrustable*, mas sobretudo confirma que a palavra “confiável” não dá conta do conceito proposto em inglês. Os estudos em sociolinguística desenvolvidos por William Labov tratam justamente desta questão, ao descreverem um modelo de variação terminológica a partir da análise de padrões de comportamento linguístico em uma comunidade de fala. Diante de um conhecimento novo, a terminografia para descrevê-lo também é “hesitante”, na medida em que equivalentes tentativos são experimentados até que se lexicalizem – ou até “viralizem”, como aconteceu com as EPAs – dentro da área de especialidade (43). Enquanto isso, em nome da clareza, vale a pena buscar na terminologia sociocognitiva de Temmerman modelos cognitivos que abarquem a noção do processo de confiabilização (25).

Considerando que a comunicação efetiva é uma das competências a serem desenvolvidas pelos graduandos e profissionais da saúde, seu domínio faz parte do processo de confiabilização para suas atividades profissionais. Ademais, ressalte-se que o contexto específico da educação médica gera novas compreensões, que demandam novas designações para dar conta de um estado de coisas em adaptação permanente. Sob esse prisma – e talvez na contramão do que a simples frequência terminológica por ora parece estar indicando –, caracterizar o sentido apropriado de *entrustable professional activities*, com a sugestão do termo “atividades profissionais confiabilizadoras”, respeita a demarcação conceitual de todo um conjunto de variáveis do cenário comunicativo e do quadro epistemológico envolvido e, logo, faz toda a diferença na compreensão desse conceito e sua aplicação na educação médica.

Bibliografia

1. 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: 10.1080/0142159X.2018.1435856.
2. White K. Trust in healthcare: making progress. Edelman [Internet]. 2017. Acessado em 18/05/2019. Available from: <https://www.edelman.com/post/trust-healthcare-making-progress>.
3. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. *N Engl J Med*. 2014;371(17):1570-2. doi: 10.1056/NEJMp1407373.
4. Bauchner H. Trust in Health Care. *JAMA*. 2019;321(6):547-. doi: 10.1001/jama.2018.20795.
5. Sklar DPA New Conversation on Trust in Health Care and Health Professions Education. *AM Rounds* [Internet]. Sklar DP, editor. Washington, DC: Association of American Medical Colleges. 2019. [cited 2019]. Available from: <http://academicmedicineblog.org/a-new-conversation-on-trust-in-health-care-and-health-professions-education/>.
6. Lynch TJ, Wolfson DB, Baron RJ. A Trust Initiative in Health Care: Why and Why Now? *Acad Med*. 2019;94(4):463-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000002599.
7. Schroeder SA, Zones JS, Showstack JA. Academic Medicine as a Public Trust. *JAMA*. 1989;262(6):803-12. doi: 10.1001/jama.1989.03430060099033.
8. Powell DE, Carraccio C. Toward Competency-Based Medical Education. *N Engl J Med*. 2018;378(1):3-5. doi: 10.1056/NEJMp1712900.

9. Frankel RM, Tilden VP, Suchman A. Physicians' Trust in One Another. *JAMA*. 2019;321(14):1345-6. doi: 10.1001/jama.2018.20569.
10. Abruzzo D, Sklar DP, McMahon GT. Improving Trust Between Learners and Teachers in Medicine. *Acad Med*. 2019;94(2):147-50. doi: 10.1097/ACM.0000000000002514.
11. Hatala R, Ginsburg S, Hauer KE, Gingerich A. Entrustment Ratings in Internal Medicine Training: Capturing Meaningful Supervision Decisions or Just Another Rating? *J Gen Intern Med*. 2019. doi: 10.1007/s11606-019-04878-y.
12. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-7. PubMed PMID: 00001888-200205000-00003.
13. Mehta NB, Hull AL, Young JB, Stoller JK. Just Imagine: New Paradigms for Medical Education. *Acad Med*. 2013;88(10):1418-23. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182a36a07.
14. Young E, Elnicki DM. Trust as a Scaffold for Competency-Based Medical Education. *J Gen Intern Med*. 2019. doi: 10.1007/s11606-019-04927-6.
15. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a Common Taxonomy of Competency Domains for the Health Professions and Competencies for Physicians. *Acad Med*. 2013;88(8):1088-94. doi: 10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b.
16. Shorey S, Lau TC, Lau LST, Ang E. Entrustable professional activities in health care education: a scoping review. *Med Educ*. 2019;0(0). doi: 10.1111/medu.13879.
17. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
18. ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):157-8. doi: 10.4300/JGME-D-12-00380.1.
19. El-Haddad C, Damodaran A, McNeil HP, Hu W. The ABCs of entrustable professional activities: an overview of 'entrustable professional activities' in medical education. *Intern Med J*. 2016;46(9):1006-10. doi: 10.1111/imj.12914.
20. Hauer KE, ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Iobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Advances in Health Sciences Education*. 2014;19(3):435-56. doi: 10.1007/s10459-013-9474-4.
21. ten Cate O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):6-7. doi: 10.4300/JGME-D-12-00381.1.
22. Wüster E. *Introducción a la Teoría General de la Terminología y a la Lexicografía Terminológica*. Barcelona: IULA; 1998.
23. Dahlberg I. Teoria do Conceito. *Ciencia Inf*. 1978;7(2):101-7. <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/115>.
24. Cabré Castellví MT. Theories of terminology: Their description, prescription and explanation. *Terminology*. 2003;9(2):163-99. doi: <https://doi.org/10.1075/term.9.2.03cab>.
25. Temmerman R. Approaches to terminology. Now that the dust has settled. *SYNAPS - A Journal of Professional Communication*. 2007;20:27-36. <http://hdl.handle.net/11250/2401136>.
26. Merriam-Webster.com Dictionary. Springfield, MA: Merriam-Webster, Inc; 2019.
27. Proffitt M. *Oxford English Dictionary*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2018.

28. Rekman J, Gofton W, Dudek N, Gofton T, Hamstra S. Entrustability Scales: Outlining Their Usefulness for Competency-Based Clinical Assessment. *Acad Med.* 2016;91(2):186-90. doi: 10.1097/ACM.0000000000001045.
29. Karp NC, Hauer KE, Sheu L. Trusted to Learn: a Qualitative Study of Clerkship Students' Perspectives on Trust in the Clinical Learning Environment. *J Gen Intern Med.* 2019;34(5):662-8. doi: 10.1007/s11606-019-04883-1.
30. Hanson JL, Bannister SL. To Trust or Not to Trust? An Introduction to Entrustable Professional Activities. *Pediatrics.* 2016;138(5):e20162373. doi: 10.1542/peds.2016-2373.
31. ten Cate O. Trust, competence, and the supervisor's role in postgraduate training. *BMJ.* 2006;333(7571):748-51. doi: 10.1136/bmj.38938.407569.94.
32. Englander R, Frank JR, Carraccio C, Sherbino J, Ross S, Snell L. Toward a shared language for competency-based medical education. *Med Teach.* 2017;39(6):582-7. doi: 10.1080/0142159X.2017.1315066.
33. Sood L, Emke AR, Castillo JM, Youssef N, Yeh DD. Entrustable professional activities: a faculty development workshop for adding EPAs into your medical trainee's assessment portfolio. *MedEdPORTAL Publications.* 2017;13:10528. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10528.
34. Miranda FBG. Construção, validação dos Marcos de Competências e Entrustable Professional Activities (EPAs) para formação de enfermeiros: ensino e avaliação do atendimento às urgências e emergências do paciente adulto e testagem de avaliação em ambientes clínicos simulados [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2018.
35. Miranda FBG, Mazzo A, Alves Pereira-Junior G. Construção e validação dos marcos de competências para formação do enfermeiro em urgências. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26. doi: 10.1590/1518-8345.2631-3061.
36. Meneses JR, Pereira AJ, Oliveira ABC, Freire MRS, Roch RCuS. Currículo baseado em competências nas residências em saúde. In: Ceccim RB, Meneses LBA, Soares VL, Pereira AJ, Meneses JR, Rocha RCS, et al., editors. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 136-45.
37. Flaminio KS. Competências Mínimas de Estudantes de Medicina para Obtenção de Vias Aéreas Definitiva em Diferentes Semestres do Curso [Dissertação de mestrado]. Belém, PA: Centro Universitário do Pará; 2017.
38. Geo J, Larcher N, Ventura V, Teixeira J, Soares A. Definindo as atividades profissionais confiáveis na atenção integral às pessoas com doença falciforme: a contribuição das alunas do primeiro ano de Medicina. Congresso Brasileiro de Educação Médica; 2017; Porto Alegre.
39. Novellino AMM. Desenvolvimento de Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs - Entrustable Professional Activities) na Área de Ginecologia-Obstetrícia para a Graduação Médica [Dissertação de mestrado]. Curitiba: Faculdades Pequeno Príncipe; 2018.
40. Pereira Junior G, Fraga G, Arnaud F, Gula E, Slullitel A, Garcia V. O Ensino de urgência e emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM.* 2015;11:20-47. doi: https://www.researchgate.net/publication/299573258_O_Ensino_de_Urgencia_e_Emergencia_de_acordo_com_as_novas_Diretrizes_Curriculares_Nacionais_e_a_Lei_do_Mais_Medicos.

41. Costa LB, Esteche FF, Augusto-Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2018;13(40):1-11. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1632.
42. 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, Faculdade de Medicina de Marília/Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2019. <https://bv.fapesp.br/pt/bolsas/184598/>.
43. Labov W. Principles of linguistic change, vol. 1: Internal factors (Language in Society 20). Oxford: Blackwell; 1994. xix + 641 p.

Implementando EPAs no currículo do internato

Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase

Definem-se competências como o conjunto de conteúdos, habilidades e atitudes que são desenvolvidas pelos aprendizes na área da saúde (1). Na formação dos profissionais da saúde, frequentemente os professores observam que há uma falta de conexão entre o que os alunos aprendem na sala de aula e aquilo que eles podem aplicar quando estão atuando no local de trabalho e no contato com os pacientes (2). Partindo desta observação, modificações no currículo têm sido propostas através do ensino baseado em competências e do ensino baseado em atividades profissionais confiabilizadoras (do inglês, *Entrustable Professional Activities* - EPAs).

O ensino por competências, preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (3), prevê oportunizar ao estudante o desenvolvimento da capacidade em aplicar conhecimentos, habilidades e atitudes em cenários de prática real ou simulada sob supervisão. Além de contribuir de maneira importante para a formação do aluno, a avaliação das competências adquiridas ao longo da aprendizagem e sua certificação legitimam o futuro profissional como capacitado para exercer a prática médica (4). Esta legitimação tem sido recomendada através da observação direta de desempenho na execução de tarefas e no desenvolvimento de habilidades pelos alunos em formação, demonstrando o que denominamos 'competência profissional' com base em parâmetros e critérios definidos (4). Quais seriam as competências mais importantes de serem dominadas pelos alunos ao final do curso/início da residência (ou da prática profissional)? Isso tem sido objeto de estudo e

discussão pelo nosso grupo, que optou por adaptar o material bastante abrangente, pertinente e consistente já desenvolvido por outros autores (5-7), traduzindo tarefas realmente imprescindíveis para a formação do médico.

Em linhas gerais, as EPAs incluem habilidades de consulta clínica, capacidade de executar um restrito número de procedimentos clínicos básicos, capacidade de comunicação incluindo orientação de familiares e de pacientes, transição do cuidado e discussão de caso, trabalho colaborativo com equipe multiprofissional e capacidade para buscar informações qualificadas. Um aspecto importante desta abordagem é que ela está voltada para o resultado, isto é, o aluno deve atingir a capacidade de cumprir uma dada tarefa (p.e.: fazer um relato completo em um prontuário), atingindo um dado grau de confiabilidade (p.e.: o aluno consegue cumprir adequadamente a tarefa com mínima supervisão), independentemente do tempo necessário para atingir este objetivo (2). No entanto, nossos internatos são organizados em um sistema de rotação por períodos fixos de tempo, o que penaliza alunos com um processo mais lento de aprendizado, ou com menor riqueza de experiências educacionais prévias.

Outro aspecto que discutimos amplamente foi como implantar um ensino baseado em atividades: iniciando no internato e assim contemplando alunos em formação e já mais próximos ao final do curso ou integrando desde o início do curso aos objetivos das diferentes disciplinas? O segundo modelo pode parecer mais lógico, no entanto, considerando que em torno de 40% da carga

horária total da formação médica de graduação ocorre nos últimos 24 meses do curso quando os alunos estão no internato, iniciar o planejamento do ensino por atividades profissionais no início do internato pode ser uma abordagem legítima e com tempo suficiente para o aprendizado através de avaliações formativas. Foi por esta a abordagem que optamos, porque nosso grupo de trabalho – que reúne professores e alunos dos cursos de medicina da UFRGS e da UFCSPA – formou-se com o objetivo de promover um melhor modo de avaliar por observação direta o desempenho dos internos. Neste texto vamos discutir como pensamos implementar EPAs no currículo das nossas escolas, já antevendo que este processo também poderá ter reflexos na organização dos procedimentos avaliativos do período pré-internato.

Para que uma EPA possa ser realizada com sucesso, é necessário que professores e alunos tenham conhecimento detalhado sobre a tarefa a ser cumprida, e tenham os conhecimentos e as habilidades que a precedem, respeitando o momento da formação em que os/as aprendizes se encontram. Por exemplo, para que o aluno possa executar com sucesso as etapas da consulta clínica no internato é necessário que ele tenha os conhecimentos de semiologia, clínica médica, farmacologia, etc. Em nossos cursos, estar aprovado em todas as disciplinas anteriores ao internato é pré-requisito para o início deste período da formação. Além disso, conhecer as etapas que constituem as EPAs é um treinamento adicional que precisa ser modelado anteriormente à sua aplicação pelos professores/preceptores. Foram propostas duas abordagens para este treinamento:

- 1) a observação curta de uma EPA ou parte dela durante 5-15 minutos, seguida de feedback e discussão com o aluno, ou
- 2) um caso clínico fictício preparado (8).

Para o feedback os autores propõem uma discussão estruturada com o aluno utilizando quatro tipos de questionamentos:

- 1) reconhecimento da tarefa: o que você fez? Deixe que

o aluno explique o caso e sua relação com a atividade profissional confiabilizadora;

- 2) compreensão da tarefa: peça justificativa, indicação, fisiopatologia e raciocínio clínico;

- 3) identificação do risco: que riscos e complicações possíveis estão envolvidos? Pergunte como o aluno se preparou para lidar com esses riscos e complicações;

- 4) possíveis variações: e se o paciente ou situação fosse diferente? Pense em diferenças de cultura, histórico médico, descobertas inesperadas, anormalidades mentais ou físicas; mesmo caso em um turno da noite, etc.

Utilizar casos preparados e/ou simulados pode ser útil em situações raras ou críticas, oferecendo também ao aluno uma aprendizagem em ambiente protegido.

Outra abordagem interessante seria criar questionamentos específicos direcionados para a obtenção da confiabilização de cada EPA (9) e tornar estes questionamentos acessíveis por um aplicativo via internet que mimetiza o fluxo da tarefa a ser executada pelo aluno. O aplicativo agrega a característica formativa deste tipo de avaliação ao aspecto somativo dando a possibilidade a cada aluno de ser avaliado pela mesma tarefa por mais de um professor e utilizando os mesmos critérios (6). No material que apresentamos sobre cada EPA, existe uma proposta de avaliação, que segue uma estrutura de níveis de confiabilização que foram adaptados por nosso grupo de professores de modo a serem centrados no aluno.

Para a plena avaliação do aluno, outros métodos de abordagem em cenários de prática devem ser conhecidos dos professores e fazer parte da estratégia de treinamento; são eles, o mini-exercício clínico (Mini-CEX, quadro 1) (10), o preceptor minuto (11) e o SNAPPS (ver próximo capítulo) (12). Os dois últimos são apresentados no capítulo seguinte. Além destes, o treinamento

dos professores/preceptores e a sensibilização dos alunos para o feedback é essencial, sendo objeto de outro capítulo (Feedback de Atividades Profissionais Confiabilizadoras).

O Mini-CEX consiste em um instrumento de observação direta de desempenho durante a consulta médica, desenvolvido no formato de um formulário preenchido pelo observador, que procura avaliar seis competências clínicas nucleares: competências na entrevista, competências no exame físico, qualidades humanísticas, raciocínio clínico, competências de aconselhamento e organização. A análise estruturada da consulta facilita o desenvolvimento de um feedback detalhado. Este instrumento foi avaliado em uma revisão sistemática (12) demonstrando que seu uso melhora a qualidade do ensino, tendo sido utilizado para avaliação os níveis de impacto educacional de Kirkpatrick (nível 1: descreve a receptividade do estudante, nível 2: identifica modificações observadas no estudante, sendo que o nível 2a inclui modificações de atitudes/percepções e o 2b inclui modificações em conhecimento e habilidades; nível 3 sinaliza uma mudança de comportamento e o nível 4 inclui demonstração de benefícios para o paciente). Em 26 estudos com o Mini-CEX avaliados, observou-se impacto positivo alto de 61% nos níveis de Kirkpatrick 1 (satisfação do estudante) e em 4 estudos foi identificado melhora na performance do estudante (Kirkpatrick 2b). As outras duas ferramentas citadas nos anexos desse capítulo são formas de preceptoria estruturadas, nas quais o preceptor/professor se propõe a oferecer ao aluno perguntas sobre o caso para rapidamente conseguir entender e promover uma abordagem qualificada do paciente. As estruturas destes dois instrumentos (quadros 2 e 3) já foram avaliadas (14) e comparadas (15), concluindo-se que ambas são recursos que melhoram a qualidade da preceptoria, mas necessitam de que o aluno seja previamente informado sobre o seu conteúdo para que sejam adequadamente utilizadas.

Em resumo, a aquisição progressiva de competências, no seu amplo sentido, assim como a avaliação formativa além da somativa são essenciais durante a formação para a prática médica. As competências a serem consideradas fundamentais devem ser

definidas por cada curso de medicina e a implementação dessas competências é facilitada pelo conceito de EPAs. Cabe ainda dizer que o papel de preceptores experientes com a utilização de métodos de avaliação específicos que auxiliem no feedback objetivo e orientador são elementos importantes para uma formação de qualidade.

Referências

1. Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010;32(8):638-645.
2. 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.
3. Brasil. (2014). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: Portal do Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>.
4. Gontijo, E. D., Alvim, C., Megale, L., Renan, C. J., & Lima, M. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 2013;37(4), 526-539.
5. Association of American Medical Colleges. The Core Entrustable Professional Activities (EPAs) for Entering Residency. Washington, DC [cited 2019 Jun 15]. <https://www.aamc.org/initiatives/coreepas/>.
6. 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):506-513.

7. Touchie, C, Boucher, A. editors. 2016. Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency. Ottawa, Canada: Association of Faculties of Medicine of Canada.
8. ten Cate O, Hoff R. (2017). From case-based to entrustment-based discussions. *The Clinical Teacher*. 14. 10.1111/tct.12710.
9. Michigan State University. Core Entrustable Professional Activities (EPAS). Disponível em <https://www.justintimemedicine.com/CurriculumContent/p/5509> acesso em 4/07/2019.
10. Megale L, Gontijo E D, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (MiniCex). *Rev Bras Edu Med* 2009; 33(2):166-175.
11. Chemello D, Manfroi, WC, Machado CLB. Papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em 1 minuto . *Rev Bras Educ Med* 2009;33(4): 664-669.
12. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* 2003;78:893-98.
13. Lörwald AC, Lahner FM, Nouns ZM, et al. The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) and its association with implementation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(6):e0198009. Published 2018 Jun 4. doi:10.1371/journal.pone.0198009
14. Shagholi R, Eslami Hasan Abadi S, Moghaddasi A, Sayyadee T, Tayefi M. Teaching Strategy of One Minute Preceptor and its Approaches in the Past Two Decades: Systematic Review. *Reviews in Clinical Medicine*, 2018; 5(4): 123-131. doi: 10.22038/rcm.2018.32851.1240
15. Seki M, Otaki J, Breugelmans R, et al. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes?--SNAPPS and the One-Minute preceptor. *BMC Med Educ*. 2016;16:12. doi:10.1186/s12909-016-0531-6

Quadro 1. Mini-CEX - Miniexercício avaliativo

Aluno: _____ Examinador: _____ QxPrincipal/diagnóstico: _____ Data: _____
 Local: _____ Ambulatório: _____ Enfermaria _____ Emergência _____ Outros _____
 Paciente _____ Idade: _____ Sexo: _____ 1a.Consulta _____ Retorno _____

Habilidade na entrevista médica (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Complexidade
 Baixa ____ Moderada ____ Alta ____

Coleta de dados

Habilidade no exame físico (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Diagnóstico

Qualidades humanísticas / profissionalismo (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Tratamento

Raciocínio clínico (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Aconselhamento

Habilidade na orientação do paciente (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Tempo do Mini-CEX:

Organização/Eficiência (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Observando:

Provendo retorno:

Competência clínica geral (Não observado O)

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Comentários:

Grau de satisfação do/a professor/a ou preceptor/a com o exame:

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Grau de satisfação do/a aluno/a com o exame

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--------------|---|---|----------|---|---|---|------|
| Baixo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Alto |
| Insatisfatório | | | Satisfatório | | | Superior | | | | |

Preceptoria estruturada (SNAPPS, preceptor minuto)

Oly Campos Corleta
Edison Capp

O ensino em ambiente clínico, no qual estão envolvidos pacientes e seus problemas, é parte central da educação médica. As faculdades de medicina procuram expor seus alunos a tanto contato clínico quanto possível, o mais precocemente possível. Como estratégia, por exemplo, os alunos devem aprender a relatar os detalhes clínicos dos pacientes internos e ambulatoriais aos preceptores como uma competência médica básica. Devem, também, ter a capacidade de relacionar ativamente esses detalhes clínicos com o conteúdo que foi estudado previamente no curso. É função dos preceptores ensinar esses alunos a melhorar essas habilidades (1).

A exposição a pacientes em ambientes clínicos tem muitos pontos fortes. É focada em problemas reais de pacientes reais. Os alunos são motivados por sua relevância óbvia e pela participação ativa. Especialmente quando sentem que estão contribuindo para o atendimento ao paciente, seu interesse, confiança e entusiasmo são incentivados. É um cenário em que o conjunto completo de habilidades técnicas e não técnicas, atitudes e conhecimentos aplicados que levam à formação de médicos é balizado por professores clínicos. Atributos essenciais como anamnese e exame, raciocínio clínico, avaliação de riscos, planejamento e tomada de decisões, manutenção de registros, trabalho em equipe e liderança podem ser aprendidos como um todo integrado (2).

Entre os desafios do ensino clínico estão as condições do ambiente físico (ser amigável ao ensino, ter espaço para

pacientes, alunos e preceptores), a disponibilidade de pacientes (neste nível de complexidade, não devem ser frágeis ou graves, com estadias hospitalares mais curtas; devem estar informados que estão em um ambiente de formação de médicos). Os alunos podem, em um mesmo grupo, encontrar-se em diferentes níveis de habilidades, apresentar-se em número muito grande ou mesmo não estar preparados para o aprendizado clínico (2). Os professores, por sua vez, frequentemente, não têm treinamento em ensino e aprendizagem; são pouco familiarizados com o currículo e como esse foi desenvolvido; não conhecem os alunos; e têm várias tarefas concorrentes: os alunos, o atendimento ao paciente, as atividades de administração, a extensão, a pesquisa. Somados à pressão de tempo e à expectativa de ter uma vida saudável (2).

Assim, apesar de todo o potencial, a educação clínica pode esbarrar em obstáculos como: falta de objetivos claros; concentração na recordação factual em vez de raciocínio e habilidades; complexidade do ensino em descompasso com o nível do aluno ou continuidade com o restante do currículo; alunos não envolvidos ativamente; supervisão inadequada e falta de feedback; pouca oportunidade para reflexão; falta de respeito ou dignidade do paciente; falha na criação de um ambiente de ensino acolhedor.

Há várias estratégias de ensino e aprendizagem em ambiente ambulatorial. Geralmente, as práticas de ensino interativas são bem apreciadas pelos alunos. Em um ambiente

ambulatorial, a duração das interações entre preceptores e alunos tende a ser mais curta e envolve, muitas vezes em um minuto, a discussão sobre diagnóstico, tratamento e manejo. Assim, por necessidade, o ensino em ambiente clínico deve ser rápido, flexível e eficiente. Duas estruturas de ensino baseadas em casos e em ambiente clínico são SNAPPS e preceptor minuto (*one minute preceptor*) (3).

SNAPPS

O modelo SNAPPS fornece uma abordagem centrada no aluno e promove raciocínio clínico e pensamento crítico. Para sua implementação é necessário que preceptor e aluno tenham alguma familiaridade com esse modelo de ensino. Sua aplicação não dura mais do que a apresentação de casos tradicionais. SNAPPS é acrônimo de seis etapas específicas: Sumarizar (*summarize*), Numerar (*narrow*), Analisar (*analyze*), Perguntar (*probe*), Planejar (*plan*), Selecionar (*select*) (3-5) (Quadro 1):

1. Sumarize brevemente a história e os resultados. O aluno deve apresentar de forma concisa um relato resumido sobre os principais elementos do caso. Esta etapa de resumo deve levar menos de 50% do tempo.
2. Numerar: reduza o diagnóstico diferencial a duas ou três possibilidades relevantes.
3. Analise o diagnóstico diferencial, comparando com outras possibilidades. Proponha evidências para cada hipótese. Nesta etapa, os estagiários comparam possíveis diagnósticos para esclarecer e preparar seu raciocínio clínico para uma discussão mais aprofundada nas etapas quatro a seis.

4. Perguntar: apresente suas incertezas, dificuldades ou abordagens alternativas. Esta etapa é uma característica dessa abordagem centrada no aluno para o ensino ambulatorial baseado em casos. São os alunos que sondam os preceptores com perguntas sobre lacunas específicas de conhecimento. O preceptor deve facilitar a conexão de conhecimentos prévios dos estagiários a novos conhecimentos.
5. Planejar o manejo dos problemas médicos do paciente. Mais uma vez, os alunos devem iniciar uma discussão colaborativa com o preceptor para o planejamento do plano diagnóstico e terapêutico.
6. Selecionar um assunto relacionado ao caso para a aprendizagem autodirigida. Nesta última etapa, o aluno assume a responsabilidade de aprender mais sobre determinado assunto a partir do caso do paciente. Este tópico será revisado posteriormente com o preceptor (por exemplo, no próximo dia de ambulatório) com mais perguntas. O objetivo não é o aluno ler um capítulo de livro didático, mas sim pesquisar uma questão focada relacionada ao cuidado do paciente.

Preceptor minuto

O preceptor minuto (OMP – *one minute preceptor*, Quadro 2) é amplamente utilizado para orientar o ensino baseado em casos no cenário clínico. É adequado para práticas de ambulatórios com muitos pacientes. Facilita o ensino clínico eficiente com o uso de cinco micro-habilidades, as quais auxiliam o preceptor a conduzir a atividade de ensino: comprometimento com o caso, busca de evidências, ensino de regras gerais, reforço dos acertos, correção dos erros (6). São utilizadas cinco “micro-habilidades”:

1. Assumir um compromisso: provoque as ideias dos alunos sobre os diagnósticos mais prováveis, as condutas futuras ou o plano de manejo. Isso permite diagnosticar as necessidades dos alunos identificando lacunas no conhecimento. Pedir as perspectivas dos alunos em relação ao caso também permite que eles se sintam envolvidos no processo de tomada de decisão. Por exemplo, "Em que diagnóstico você está pensando para esse paciente?" ou "Que tratamento você está considerando para ele?".
2. Buscar evidências: incentive os alunos a pensar em voz alta. Peça-lhes para explicar e refletir sobre o diagnóstico ou conduta tomada.
3. Ensinar regras gerais: é importante ensinar princípios que sejam generalizáveis, em vez de fornecer diagnósticos ou condutas específicas que o aluno dificilmente se lembrará ou achará úteis no futuro. Os tópicos de ensino devem ser breves e relevantes para as preocupações do paciente e as necessidades do aluno.
4. Reforçar o que foi feito corretamente: identifique comportamentos específicos que foram feitos corretamente e explique por que tais comportamentos foram benéficos ou vantajosos. Comentários gerais como "ótimo trabalho" ou "bom trabalho" não são construtivos porque não destacam comportamentos que o aluno pode reproduzir conscientemente.
5. Corrigir os erros: é sempre útil começar perguntando aos alunos para autoavaliarem suas apresentações de casos. Os comentários devem ser específicos e a ênfase deve ser colocada em como corrigir os erros, para que possam ser evitados no futuro.

SNAPPS e preceptor minuto se complementam e podem ser aplicadas tanto em ambiente ambulatorial quanto na internação com pouca variação (6). Estas estratégias podem aprimorar o raciocínio clínico no diagnóstico e no tratamento de doenças comuns. São ferramentas de fácil utilização, que têm ótimos resultados na preceptoria de alunos em suas atividades clínicas.

Referências

1. Seki M, Otaki J, Breugelmans R, Komoda T, Nagata-Kobayashi S, Akaishi Y, et al. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes?--SNAPPS and the One-Minute preceptor. *BMC Med Educ.* 2016;16:12.
2. Spencer J. Learning and Teaching in the Clinical Environment. In: Cantillon P, Wood D, editors. *ABC of Learning and Teaching in Medicine.* 2 ed. West Sussex, Inglaterra: Blackwell Publishing Ltd; 2010. p. 33-7.
3. Aluko A, Rana J, Burgin S. Teaching & Learning Tips 9: Case-based teaching with patients. *Int J Dermatol.* 2018;57(7):858-61.
4. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med.* 2003;78(9):893-8.
5. Manual sobre apresentações orais de casos clínicos. Preceptoria da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/cgp_96_apres_orais.pdf. Acessado em 13/05/2019.
6. Feijó LP, Filho SAF, Nunes MPT, Augusto KL. Residente como Professor: uma Iniciação à Docência. *Rev Bras Edu Med.* 2019;43(2):225-30.

Quadro 1. SNAPPS é um acrônimo com os passos de como planejar a discussão de seu caso.

| Etapas | Descrição | Detalhes sobre a metodologia |
|----------|---|--|
| S | Sumarizar Resuma a história , exame clínico e principais achados de interesse | Esse resumo pode variar de acordo com a complexidade do caso, mas não deve levar mais do que 50% do tempo total de discussão. Ele deve condensar as informações mais importantes e o aprendiz deve ser incentivado a utilizar jargões que permitam maior abstração (por exemplo, “falta de ar que acontece no meio da noite e paciente tem que se levantar” torna-se “dispneia paroxística noturna”). |
| N | Numerar Estabeleça 2 a 3 diagnósticos ou problemas possíveis | O aprendiz verbaliza aqui o seu pensamento focando nas principais hipóteses para o sintoma, em vez de focar nas raridades (por exemplo, uma sibilância deve ser asma, e não síndrome de Churg-Strauss). Deve-se focar no motivo da doença estar em atividade, nas intervenções terapêuticas que podem ser feitas e nas estratégias preventivas. |
| A | Analisar Proponha as evidências para cada hipótese | O aprendiz deve comparar e contrastar suas hipóteses julgando os achados que falam a favor ou contra cada possibilidade aventada. Comumente, o aprendiz combinará esse passo com o anterior. Por exemplo, “como o paciente é tabagista de longa data, sua dispneia pode ser por uma doença pulmonar, mas a presença de estertores nas bases pulmonares me faz pensar numa causa cardíaca”. Esse processo permite que o aprendiz verbalize seu raciocínio, e o preceptor deve estimular esse processo para que ele reconheça o quanto profundo é o conhecimento do aprendiz sobre os assuntos e qual é a sua sofisticação diagnóstica. O preceptor deve estimular que o aprendiz exerça esse processo e incentivá-lo a expor seu raciocínio significa criar um ambiente confortável para que os erros sejam expostos. Atitudes negativas ou de deboche fazem a pessoa se retrair e não voltar a se expor. |
| P | Perguntar Provoque seu preceptor sobre as possibilidades diagnósticas aventadas | Esse é um momento precioso do processo, visto que o aprendiz deve explicitar as suas dúvidas e dificuldades para que se consiga criar um ambiente de ensino direcionado a ele. Sendo assim, o preceptor deve ser entendido como uma fonte de consulta imediata aos problemas que estão sendo encontrados. A partir dos passos anteriores e dos questionamentos feitos aqui; o preceptor poderá determinar o que deve ser informado e discutido, e em qual nível de aprofundamento isso deve ser feito. |
| P | Planejar Estabeleça o plano diagnóstico e terapêutico | O aprendiz deve iniciar a discussão sobre o manejo clínico e utilizar o preceptor como fonte de conhecimento e experiência. O preceptor deve encorajar o aprendiz a expor suas propostas terapêuticas e se valer do nível de conhecimento do aprendiz para definir o que será aprofundado. |
| S | Selecionar Escolha um tema para estudar a partir do caso | Por fim, o aprendiz deve identificar um conhecimento a ser aprofundado sobre aquele caso clínico a partir de um estudo direcionado. O aprendiz deve dedicar um tempo específico para a leitura proposta de forma regular e organizada, além de ser em um momento próximo à discussão do caso clínico. O discutiador pode auxiliar o aprendiz a selecionar o tema mais adequado para aquele momento da vida estudantil/profissional, criar questões norteadoras para o estudo. Os tópicos de estudo devem ser focados; por exemplo, deve-se estudar qual o racional para o uso de inibidores da ECA na insuficiência cardíaca, em vez de todo o capítulo de insuficiência cardíaca. |

Quadro 2: Preceptor minuto

Para o preceptor minuto são propostos os seguintes passos:

| Etapas | Perguntas possíveis | Explicação da metodologia |
|---------------------------------------|---|---|
| Assumir um compromisso | <ul style="list-style-type: none"> • O que você acha que está acontecendo com o paciente? • Qual a sua ideia sobre a conduta a ser tomada | Após o estudante apresentar o caso, ele geralmente espera do preceptor algum comentário a respeito do que está acontecendo com o/a paciente. Entender o que o estudante interpreta do que está acontecendo é o primeiro passo, e isto é obtido com uma pergunta aberta. |
| Buscar evidências | <ul style="list-style-type: none"> • Por que você acha isso? • Qual o/os achados que ajudam você a concluir isto? • O que mais você considera a respeito deste caso? | Questionar o aluno sobre quais os motivos o levam a definir tal diagnóstico ou conduta. Assim permitimos que o estudante expresse seus conhecimentos sobre determinada doença, bem como a aplicação de seus conhecimentos ao caso. |
| Ensinar regras gerais | <ul style="list-style-type: none"> • Sempre que você vir isto, considere... • As características chave desta doença são... • A progressão natural desta doença é... | O conhecimento é melhor transmitido e memorizado quando são introduzidas regras gerais em vez de informações detalhadas. Iniciar com conhecimentos gerais e progredir para mais complexos. Evite excesso de detalhes. |
| Reforçar o que foi feito corretamente | <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejo que sua capacidade de síntese melhorou em relação aos casos anteriormente apresentados • A escolha do tratamento apresentada me parece bastante adequada ao caso em questão. | Prover o feedback positivo é uma forma de aumentar a autoconfiança do aprendiz estimulando a busca de novos conhecimentos. Enfatizar o que foi feito de correto na apresentação do caso ou na conduta. |
| Corrigir os erros | <ul style="list-style-type: none"> • Na próxima vez que isto acontecer, tente ou considere... | A correção imediata e apropriada dos erros reduz a repetição dos mesmos. Obviamente todo esforço deve ser feito para tornar a correção o menos desagradável possível, privilegiando a discussão aberta e respeitosa. |

Feedback de atividades profissionais confiabilizadoras

Ricardo de Souza Kuchenbecker
Margaret Weidenbach Gerbase

As atividades profissionais confiabilizadoras (traduzido do inglês “*Entrustable Professional Activities*” - EPAs) foram definidas em 2005 por ten Cate como “unidades de prática profissional” passíveis de serem “confiabilizadas” para sua execução a treinandos em medicina na medida que estes demonstrem a competência necessária para executar tais atividades na ausência de supervisão (1).

As EPAs requerem a demonstração de proficiência em múltiplas competências simultaneamente a partir de uma organização matricial das mesmas especificando formas de avaliação de desempenho e feedback visando o desenvolvimento individual com ênfase no “currículo do local de trabalho” (cenários de prática). Essa organização matricial objetiva, em última instância, responder a quatro questões:

- a) qual é o trabalho que deve ser feito?
- b) o que os treinandos devem demonstrar antes de serem considerados confiáveis para realizar o trabalho?
- c) como os treinandos devem ser preparados para atingir os requisitos necessários?
- d) como avaliar o desempenho progressivo dos treinandos até a ultrapassagem do limiar da confiabilidade?

As respostas às quatro questões enfatizam não apenas a natureza profissional das EPAs, mas também os processos de avaliação, monitoramento e feedback necessários à sua implementação, sobretudo no contexto de sistemas sócio-técnicos complexos representados por serviços e sistemas de saúde.

Além disso, pressupõem ainda o desenvolvimento de criticidade, capacidade autoavaliativa e predisposição reflexiva por parte dos aprendizes, onde a busca por aperfeiçoamento e feedback torna-se parte inerente aos processos de aprendizagem (2).

Foge ao objetivo do presente texto uma abordagem mais aprofundada dos processos avaliativos utilizados na educação médica, já abordados noutro capítulo desse livro. Apenas os aspectos da avaliação mais diretamente relacionados ao feedback serão abordados aqui. No que se refere à educação médica, uma definição operacional de feedback foi proposta por van de Ridder e colaboradores como sendo a “informação específica sobre a comparação entre o desempenho observado de um aprendiz e de um parâmetro de referência, considerando a intencionalidade de melhorar o desempenho do treinando” (3). Em revisão voltada à conceituação de feedback no contexto da educação médica, os autores identificaram três conceitos associados ao feedback:

- 1) informação como foco no conteúdo da ação/tarefa;
- 2) reação como foco no processo interacional da troca de informação entre preceptor e aluno;
- 3) ciclo como recebimento e resposta à informação e a consequente melhoria resultante no desempenho (3).

Ainda que não exista consenso quanto às contribuições das diferentes teorias em relação à aprendizagem de adultos na educação médica, processos reflexivos baseados em feedback parecem permear diferentes formas de aprendizado. Diferentes

teorias do aprendizado em adultos reconhecem o feedback como a forma predominante pela qual o aprendiz articula o conhecimento recentemente adquirido e o testa em relação ao seu conhecimento prévio e aquele dos seus pares e professores (4).

Teorias da aprendizagem sustentam haver dois elementos presentes no feedback. O primeiro representado pela articulação do que foi aprendido, usualmente compreendido na forma pela qual é possível explicar o novo para outros. O segundo consiste na identificação, por parte do educador, isoladamente ou em conjunto com os demais aprendizes, das forças e das fragilidades dos argumentos utilizados pelo aprendiz. Representa a combinação entre o feedback e a discussão, capazes de promover a coconstrução e/ou o aperfeiçoamento do conhecimento (4).

Cabe ainda reconhecer que a ênfase no processo de emprego do feedback presente na literatura vem cedendo espaço à exploração mais ampla dos fatores que influenciam a responsividade do aprendiz aos processos de interação por feedback propriamente ditos (5). Estudos experimentais sugerem que o aprendizado gerado por erros seguido de feedback precoce “corretivo” que permita analisar o raciocínio que conduziu o aprendiz ao erro, traz benefícios para a aprendizagem (6). A “segurança psicológica” aborda as percepções das consequências de assumir riscos interpessoais em um determinado contexto como um ambiente de trabalho, contribuindo para compreender melhor como e porque empregados compartilham informações e conhecimentos sobre o trabalho, sugerem melhorias e tomam iniciativas incluindo feedback, comportamentos que variam entre serviços, departamentos e equipes (7). A cultura da aprendizagem continuada refere-se às atitudes compartilhadas, crenças, práticas e valores que sustentam as maneiras pelas quais uma instituição ou uma profissão delinea os processos educacionais dos seus aprendizes (8).

Skovholt examinou, em caráter inédito, a “anatomia” de um encontro de feedback entre professor e aluno a partir da análise qualitativa dos registros em áudio e em vídeo dos processos de feedbacks de nove sessões com duração média de 15 a 20 minutos cada ocorridos em escolas secundárias da Noruega, utilizando a abordagem da análise da conversa em interação (9). A “macroanálise” dos feedbacks identificou duas ações centrais: 1) avaliação e conselhos e 2) cinco grandes componentes que apareceram consistentemente nos registros empíricos dos feedbacks estudados:

- a) abertura da seção de feedback, quando o professor apresenta a questão de abertura;
- b) início da avaliação positiva a partir do professor;
- c) início da avaliação negativa representada pelos pontos de fragilidade na apresentação/ação do aluno;
- d) início das recomendações para ações futuras;
- e) feedback de encerramento, incluindo agradecimento e término.

O estudo evidencia serem frequentes as situações em que professores utilizam perguntas visando promover a sua própria agenda, valorizando questões de seu interesse, sem que necessariamente estejam relacionadas às necessidades e aos interesses do estudante, contribuindo para aumentar a resistência do aluno aos apontamentos do feedback, com implicações pedagógicas indesejadas para a atividade e para o aprendiz (9).

A noção de acoplamento como uma “ponte conceitual” entre a avaliação tradicional com foco no desempenho individual independente e o emprego de métodos avaliativos que considerem desempenhos coletivos em ambientes clínicos complexos representa um desafio ao desenvolvimento e à implantação de estratégias de EPAs (10).

O processo de implementação das EPAs para a entrada na residência médica liderado pela Associação Americana de Faculdades de Medicina (Association of American Medical Colleges) previu a organização de estratégias interinstitucionais, enfatizando o desenvolvimento docente e de processos e instrumentos necessários para o ensino e a avaliação das EPAs na graduação em medicina. Foram definidos “modelos mentais para a implementação” das EPAs que incluem “quatro dimensões”:

- a) observação de habilidades em cenários de prática autênticos;
- b) habilidades de coaching e feedback;
- c) habilidades de autoavaliação e reflexão;
- d) competências de orientação entre pares desenvolvidas através de comunidades de prática.

Foge ao escopo do presente texto uma abordagem mais ampla e contextualizada do processo de implementação supra descrito. Pretende-se apenas reforçar a necessidade de estratégias de desenvolvimento docente e de avaliação e monitoramento mais amplas, enfatizando a capacitação e a implementação de estratégias de processos de feedback realizados em tempo oportuno, baseados na observação em cenários de prática diversificados e em encontros presenciais construtivos visando à melhoria dos desempenhos (5).

Embora o feedback seja considerado um fator importante na melhoria da aprendizagem e no desempenho do aprendiz, uma revisão de escopo avaliando estratégias de feedback na educação médica ainda não identificou evidências fortes em relação ao benefício das mesmas. Outras questões relacionadas ao feedback ainda estão por ser melhor esclarecidas, como o papel do feedback aos aprendizes em relação à melhora do cuidado de pacientes ou em relação à melhora de desfechos relacionados a estes, ou ainda

em relação ao papel do feedback nas atividades de debriefing, sobretudo em cenários de simulação (11).

Uma revisão narrativa avaliou estudos sobre o comportamento de busca ativa de feedback em contextos educacionais e de trabalho entre professores de cursos de medicina. Os autores sugerem a necessidade de processos institucionais favorecendo a busca de feedback e ainda, que indivíduos com expectativa de baixo desempenho sejam estimulados a buscar feedback de maneira a corrigir erros e a aprender com eles, enfatizando que erros e enganos são parte normal do processo de aprendizado, promovendo ambientes de confiança mútua entre professor e aprendiz para que as estratégias de progressão na aprendizagem ocorram naturalmente (12).

Em um contexto em que são frequentes as situações nas quais os treinandos sentem que não recebem feedback adequado ou suficiente, especialistas enfatizam o importante papel individual do preceptor com perfil de mentor (ou *role model*) identificados por seus pares e pelos alunos, sem que necessariamente iniciativas de caráter institucional sejam instituídas (13). As sugestões incluem: estabelecimento de ambiente respeitoso, explicitação dos objetivos e das metas para o feedback, que deve ser baseado na observação direta e ser realizado em tempo oportuno e com regularidade. As sugestões incluem: a) uma estruturação prevendo o início em que o aluno realiza sua autoavaliação; b) tenha a seguir reforçados os comportamentos corretos observados e mencionados àqueles que necessitam revisão, mediante a utilização de linguagem neutra enfatizando o desempenho; c) abordagem confirmando a compreensão do aprendiz e a aceitação das informações; d) elaboração de um plano final conjunto de estratégias para progressão; e) reflexão sobre as práticas de provimento do feedback assegurando que o mesmo seja parte da cultura institucional (13).

Sugestões úteis a professores/preceptores para melhor aproveitamento do feedback pelo aprendiz incluem: a) destinar tempo suficiente para que possa compreendê-lo, mantendo o foco nas ações e no conteúdo evitando percepções de cunho emocional; b) leitura e/ou escuta atenta; c) capacidade de separar o conteúdo das relações interpessoais; d) manter um equilíbrio entre autossuficiência e humildade; e) apreço pelo aprendiz e pelo ensino contextualizado; f) foco nos objetivos profissionais; g) disponibilidade para conversar sobre o feedback com os seus alunos (14).

Referências

1. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39(12):1176–7.
2. 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.
3. Van De Ridder JMM, Stokking KM, McGaghie WC, Ten Cate OTJ. What is feedback in clinical education? *Med Educ.* 2008;42(2):189–97.
4. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach.* 2013;35(11):e1561-72.
5. Favreau MA, Tewksbury L, Lupi C, Cutrer WB, Jokela JA, Yarris LM. Constructing a Shared Mental Model for Faculty Development for the Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. *Acad Med.* 2017;92:759–64.
6. Metcalfe J. Learning from Errors. SSRN. 2017. *Annu Rev Psychol.* 2017;68:465-489.
7. Edmondson AC, Lei Z. Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. SSRN. 2014. *Annu Rev Org Psychol Org Behav.* 2014;1:23-43.
8. Watling C. When I say ... learning culture. *Med Educ.* 2015 Jun;49(6):556–7.
9. Skovholt K. Anatomy of a teacher–student feedback encounter. *Teach Teach Educ.* 2018. 69:142-153.
10. Sebok-Syer SS, Chahine S, Watling CJ, Goldszmidt M, Cristancho S, Lingard L. Considering the interdependence of clinical performance: implications for assessment and entrustment. *Med Educ.* 2018 Sep 1;52(9):970–80.
11. Bing-You R, Hayes V, Varaklis K, Trowbridge R, Kemp H, McKelvy D. Feedback for Learners in Medical Education: What is Known? A Scoping Review. *Academic Medicine.* 2017; 92(9):1346-1354.
12. Crommelinck M, Anseel F. Understanding and encouraging feedback-seeking behaviour: A literature review. Vol. 47, *Medical Education.* 2013; 47(3):232–41.
13. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach.* 2012; 34(10):787-91.
14. Van Der Leeuw RM, Slootweg IA. Twelve tips for making the best use of feedback. *Med Teach.* 2013; ;35(5):348-51.

Lista de referência de competências gerais para médicos*

Danilo Blank

1. Cuidados com a pessoa (CP)

Oferecer um cuidado centrado no paciente que seja humano, apropriado e eficaz para o tratamento de problemas de saúde e a promoção da saúde.

CP1

Realizar todos os procedimentos médicos, diagnósticos e cirúrgicos considerados essenciais para a área de prática.

CP2

Reunir informações essenciais e precisas sobre os pacientes e suas condições através de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.

CP3

Organizar e priorizar responsabilidades para prestar um atendimento seguro, efetivo e eficiente.

CP4

Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática.

CP5

Tomar decisões fundamentadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações, nas preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.

CP6

Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes.

CP7

Aconselhar e educar os pacientes e suas respectivas famílias para capacitá-los a participar de seu cuidado e possibilitar a tomada de decisões compartilhadas.

CP8

Fazer o encaminhamento adequado de pacientes, incluindo a garantia da continuidade dos cuidados durante as transições entre os prestadores ou os locais de atendimento, e acompanhar o progresso do paciente e os desfechos.

CP9

Fornecer serviços de saúde a pacientes, famílias e comunidades com o objetivo de prevenir problemas de saúde ou manter a saúde.

CP10

Servir de modelo apropriado de conduta.

CP11

Desempenhar responsabilidades de supervisão compatíveis com seus papéis, habilidades e qualificações.

2. Conhecimento para a prática (CPP)

Demonstrar conhecimento das ciências biomédicas, clínicas, epidemiológicas e sociocomportamentais estabelecidas e em evolução, bem como a aplicação desse conhecimento ao atendimento ao paciente.

CPP1

Demonstrar uma abordagem investigatória e analítica para situações clínicas.

CPP2

Aplicar princípios científicos biofísicos estabelecidos e emergentes fundamentais para os cuidados de saúde para pacientes e populações.

CPP3

Aplicar os princípios estabelecidos e emergentes das ciências clínicas para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas, para a resolução de problemas clínicos e outros aspectos dos cuidados de saúde baseados em evidências.

CPP4

Aplicar princípios das ciências epidemiológicas para a identificação de problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de tratamento, recursos e iniciativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde para pacientes e populações.

CPP5

Aplicar os princípios das ciências sociocomportamentais na assistência ao paciente, incluindo a avaliação do impacto das influências psicossociais e culturais na saúde, na doença, na busca de cuidados, na adesão à assistência e nas barreiras e atitudes em relação aos cuidados.

CPP6

Contribuir para a criação, para a disseminação, para a aplicação e para a tradução de novos conhecimentos e de práticas em saúde.

3. Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP)

Demonstrar a capacidade de investigar e de avaliar os cuidados com os pacientes, avaliar e assimilar evidências científicas, e melhorar continuamente o atendimento ao paciente com base na autoavaliação constante e na aprendizagem ao longo da vida.

AABP1

Identificar pontos fortes, deficiências e limites no próprio conhecimento e experiência.

AABP2

Definir metas de aprendizado e de aperfeiçoamento.

AABP3

Identificar e realizar atividades de aprendizagem voltadas às lacunas de conhecimento, habilidades e/ou atitudes.

AABP4

Analisar sistematicamente a prática, usando métodos de melhoria da qualidade e implementar mudanças com o objetivo de melhorar a prática.

AABP5

Incorporar feedback na prática diária.

AABP6

Localizar, avaliar e assimilar as evidências de estudos científicos relacionados aos problemas de saúde dos pacientes.

AABP7

Usar a tecnologia da informação para otimizar a aprendizagem.

AABP8

Participar da educação de pacientes, familiares, estudantes, estagiários, colegas e outros profissionais de saúde.

AABP9

Obter e utilizar informações sobre pacientes individuais, populações de pacientes ou comunidades de onde vêm os pacientes para melhorar os cuidados.

AABP10

Identificar, analisar e implementar continuamente novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos ou serviços que demonstraram melhorar os resultados.

4. Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI)

Demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que resultam na troca efetiva de informações e na colaboração com pacientes, suas famílias e profissionais de saúde.

HCRI1

Comunicar-se eficazmente com pacientes, suas respectivas famílias e o público, conforme for apropriado, em contextos socioeconômicos e culturais variados.

HCRI2

Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3).

HCRI3

Trabalhar eficazmente com os outros, como membro ou líder de uma equipe de cuidados de saúde ou outro grupo profissional (ver também CI4).

HCRI4

Atuar em um papel consultivo para outros profissionais de saúde.

HCRI5

Manter registros médicos abrangentes, oportunos e legíveis.

HCRI6

Demonstrar sensibilidade, honestidade e empatia em conversas difíceis, incluindo aquelas sobre morte, fim de vida, eventos adversos, más notícias, divulgação de erros, e outros tópicos sensíveis.

HCRI7

Demonstrar percepção e compreensão sobre emoções e respostas humanas às emoções, que permitam desenvolver e gerenciar interações interpessoais.

5. Profissionalismo (P)

Demonstrar o compromisso de cumprir responsabilidades profissionais e de aderir aos princípios éticos.

P1

Demonstrar humanidade, integridade e respeito pelos outros.

P2

Demonstrar capacidade de resposta às necessidades do paciente, acima do interesse próprio.

P3

Demonstrar respeito pela privacidade e pela autonomia do paciente.

P4

Demonstrar o dever de prestar contas aos pacientes, à sociedade e à profissão.

P5

Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a uma população diversificada de pacientes, incluindo, entre outros, diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiências e orientação sexual.

P6

Demonstrar um compromisso com os princípios éticos relativos à prestação ou à suspensão de cuidados, com a confidencialidade, com o consentimento informado e com as práticas comerciais, incluindo a conformidade com as leis, com as políticas e com as regulamentações relevantes.

6. Prática baseada em sistemas (PBS)

Demonstrar uma conscientização e capacidade de resposta ao contexto e ao sistema de atendimento de saúde mais amplos, bem como a capacidade de buscar efetivamente outros recursos do sistema para fornecer um atendimento de saúde ideal.

PBS1

Trabalhar de forma eficaz em várias configurações e sistemas de prestação de cuidados de saúde relevantes para a especialidade clínica.

PBS2

Coordenar o atendimento ao paciente dentro do sistema de saúde relevante para a especialidade clínica.

PBS3

Incorporar considerações de conscientização de custos e análise de risco-benefício no atendimento de pacientes e/ou de base populacional.

PBS4

Defender a qualidade do atendimento ao paciente e os melhores sistemas de atendimento ao paciente.

PBS5

Participar na identificação de erros do sistema e implementar potenciais soluções.

PBS6

Desempenhar responsabilidades de gestão administrativa e prática proporcionais ao seu papel, habilidades e qualificações.

7. Colaboração Interprofissional (CI)

Demonstrar a capacidade de participar de uma equipe interprofissional de maneira a otimizar os cuidados seguros e eficazes centrados no paciente e na população.

CI1

Trabalhar com outros profissionais de saúde para estabelecer e manter um clima de respeito mútuo, dignidade, diversidade, integridade ética e confiança.

CI2

Utilizar seu conhecimento próprio, assim como de outros profissionais de saúde, para avaliar e para abordar adequadamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes e das populações atendidas.

CI3

Comunicar-se com outros profissionais de saúde de maneira responsiva e responsável, que apoie a manutenção da saúde e o tratamento da doença em pacientes individuais e populações.

CI4

Participar de diferentes funções de equipe para estabelecer, desenvolver e melhorar continuamente as equipes interprofissionais, a fim de oferecer atendimento centrado no paciente e na população, que seja seguro, oportuno, eficiente, eficaz e equitativo.

8. Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP)

Demonstrar as qualidades necessárias para manter o crescimento pessoal e profissional ao longo da vida.

DPP1

Desenvolver a capacidade de usar a autoconsciência de conhecimentos, habilidades e limitações emocionais para se engajar em comportamentos apropriados de busca de ajuda.

DPP2

Demonstrar mecanismos de enfrentamento saudáveis para responder ao estresse.

DPP3

Gerenciar conflitos entre responsabilidades pessoais e profissionais.

DPP4

Praticar flexibilidade e maturidade em se adaptar a mudanças, com a capacidade de mudar seu comportamento.

DPP5

Demonstrar confiabilidade que permita aos colegas se sentirem seguros com sua responsabilidade pelo cuidado de pacientes.

DPP6

Mostrar habilidades de liderança que melhorem o funcionamento da equipe, o ambiente de aprendizado e/ou o sistema de prestação de serviços de saúde.

DPP7

Demonstrar autoconfiança, que deixe à vontade pacientes, familiares e membros da equipe de saúde.

DPP8

Reconhecer que a ambiguidade faz parte dos cuidados clínicos de saúde e responder utilizando recursos apropriados para lidar com a incerteza.

*Adaptação para a realidade brasileira da publicação: Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Academic Medicine*. 2013;88(8):1088-94.

Esta lista não pretende suplantar quaisquer exigências de regulamentação atuais. Pretende-se que seja apenas uma lista de referência robusta de competências médicas que capta a essência dos esquemas de competências publicados até junho de 2012. Salvo indicação em contrário, os "domínios de competência" são reproduzidos ou adaptados das seguintes fontes: Accreditation Council for Graduate Medical Education, General Competencies and Common Program Requirements; Domínio 7, Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice; Domínio 8, Pediatrics Milestone Working Group, Pediatrics Milestone Project. Algumas das competências em cada domínio representam modificações ou adaptações da linguagem original para acomodar conceitos sobrepostos de várias listas de competências.

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

Cristiane Bauermann Leitão
Margaret Weidenbach Gerbase

A história clínica obtida junto ao paciente é o pilar fundamental da prática médica e se constitui numa competência essencial para o graduando de medicina. Desse modo, ela foi considerada neste livro como a primeira atividade profissional confiabilizadora na avaliação das competências essenciais do internato. Estudos clássicos demonstraram que aproximadamente 75% dos diagnósticos são definidos com dados colhidos na anamnese (1). O exame físico deve ser detalhado e focado nas hipóteses diagnósticas resultantes do raciocínio clínico desenvolvido durante a anamnese. Se assim conduzido, é capaz de confirmar ou de refutar os principais diagnósticos diferenciais, adicionando mais 12% à definição diagnóstica (2). Dessa maneira, uma história médica completa e acurada e um exame físico adequadamente executado são capazes de estabelecer o diagnóstico correto em mais de 80% dos casos. O atendimento médico embasado nos preceitos acima descritos apresenta diversas vantagens. Entre elas destacam-

se a resolutividade e o uso racional de exames complementares, o que adquire especial importância nos dias atuais, quando os custos em saúde aumentam de forma exponencial em decorrência dos avanços tecnológicos. Por outro lado, uma anamnese mal conduzida e um exame físico incompleto podem levar a dificuldades e a erros diagnósticos (3), que são potencializados pela solicitação excessiva de exames complementares.

Além da importância da anamnese e do exame físico bem conduzidos para o raciocínio diagnóstico, outro aspecto, e talvez o mais relevante, deve ser enfatizado: a consulta médica é o cenário onde se estabelece a relação médico-paciente. Já foi demonstrado que a comunicação efetiva durante o encontro médico está associada a maior aderência ao tratamento e conseqüentemente a melhores desfechos clínicos (4). Esse tipo de interação pressupõe uma entrevista centrada no paciente, respeitando suas particularidades

(5), adaptada para o cenário clínico (ambulatorio, internação ou emergência), que utilize além das técnicas de entrevista, também técnicas de comunicação não-verbal (6). Além dessas características, é essencial que o médico seja capaz de demonstrar empatia (7).

Pelo exposto, espera-se que o aluno de medicina no final do curso, demonstre boa capacidade de comunicação, empatia, habilidade de escuta e respeito à individualidade dos pacientes. Além disso, esse aluno deve estar apto a exercer a medicina em diferentes contextos clínicos de atendimento, ser capaz de coletar a história médica e executar o exame físico com competência, a fim de elaborar hipóteses diagnósticas pertinentes.

Referências

1. Schmitt BP, Kushner MS, Wiener SL. The diagnostic usefulness of the history of the patient with dyspnea. *J Gen Intern Med.* 1986;1(6):386-93.
2. Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med.* 1992;156(2):163-5.
3. Ramani S. Promoting the art of history taking. *Med Teach.* 2004;26(4):374-6.
4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-33.
5. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65.
6. Berman AC, Chutka DS. Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?". *Korean J Med Educ.* 2016;28(2):243-9.
7. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, McConnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *Ann Fam Med.* 2016;14(2):117-24.

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|--|---|---|--|---|
| <p>Obtém uma história completa e acurada de maneira organizada. CP2</p> | <p>Não coleta uma história acurada. Baseia-se exclusivamente em fontes secundárias (ex: familiares) ou em registros de terceiros (ex: dados do prontuário).</p> | <p>Coleta dados excessivos ou incompletos. Se atém excessivamente à coleta de dados de uma forma padronizada.</p> | <p>Utiliza questionamento lógico e organizado, aprofunda o questionamento quando necessário. As perguntas são direcionadas e não são excessivas.</p> | <p>Obtém uma história completa e acurada de maneira organizada. Procura por fontes secundárias de informação quando apropriado. Adapta-se a diferentes cenários de atendimento (ex: ambulatório, internação, emergência).</p> |
| <p>Demonstra habilidades de entrevista centrada no paciente. HCRI1, HCRI6, HCRI7, P1, P3, P5</p> | <p>É desrespeitoso com o paciente. Não leva em consideração a autonomia e a privacidade do paciente.</p> | <p>Comunicação unidirecional. Abordagem não centrada no paciente e com excesso de perguntas fechadas precocemente. Dificuldade de escuta. Não responde às "pistas" verbais e não verbais do paciente. Faz generalizações quanto à idade, ao sexo, à cultura, à raça, à religião, às deficiências e à orientação sexual. Não considera, consistentemente, a autonomia e a privacidade do paciente.</p> | <p>Demonstra habilidades de comunicação, incluindo perguntas abertas, silêncio, facilitação, resumo e uso de linguagem corporal. Escuta e evita jargões médicos. Demonstra empatia em relação às emoções do paciente. Utiliza respostas compatíveis com a idade, o sexo, a cultura, a raça, a religião, as deficiências e a orientação sexual.</p> | <p>Adapta as habilidades de comunicação para as necessidades e para as características de cada paciente. Responde efetivamente aos sinais e às emoções verbais e não verbais do paciente.</p> |
| <p>Demonstra raciocínio clínico reunindo informações objetivas e relevantes para o cuidado do paciente. CPP1</p> | <p>Não reconhece a queixa principal do paciente.</p> | <p>Os questionamentos não são guiados pelas informações coletadas. Não prioriza ou nem filtra as informações. As perguntas refletem um diagnóstico diferencial estreito.</p> | <p>Os questionamentos são adequados para esclarecer as queixas do paciente. Consegue filtrar os sinais e os sintomas em achados positivos ou negativos.</p> | <p>Demonstra raciocínio clínico por meio de questionamento guiado por hipóteses. Incorpora dados secundários no raciocínio clínico.</p> |
| <p>Realiza exame físico apropriado e relevante, pertinente para o cenário (ex: ambulatório, internação, emergência) e motivo da visita médica. CP2</p> | <p>Não considera a privacidade e o conforto do paciente durante o exame. Realiza de forma incorreta manobras básicas do exame físico.</p> | <p>Realiza de forma correta manobras básicas de exame físico. Não realiza o exame físico de forma organizada. Realiza o exame "da cabeça aos pés", sem focar nas queixas do paciente. Não identifica achados importantes.</p> | <p>Realiza um exame focado nas queixas do paciente. Identifica e descreve achados normais. Explica as manobras do exame físico para o paciente.</p> | <p>Executa um exame físico acurado de forma lógica e fluida. Utiliza o exame físico para explorar os diagnósticos diferenciais priorizando o mais provável. Identifica e descreve os achados normais e anormais.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico

| | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-------|------|----|-------|----|-------|----|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Para a prática clínica, o médico deve ser capaz de realizar uma história acurada, completa ou focada, e um exame físico pertinente, de uma maneira organizada sem supervisão, respeitando o paciente. A história e o exame físico devem ser adaptados para a situação clínica e para o cenário de atendimento. Essa coleta de dados e interação com o paciente servem de base para o trabalho clínico que inclui avaliação, elaboração de hipóteses baseadas no raciocínio clínico e manejo do paciente. O médico deve integrar as bases científicas da medicina com o raciocínio clínico para guiar a coleta de informações.</p> <p>Funções: Obtenção de uma história completa e acurada de maneira organizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procura por fontes secundárias de informação quando apropriado (ex: familiares). • Adaptação para diferentes cenários de atendimento. • Adaptação das habilidades de comunicação para as necessidades e para as características de cada paciente. • Resposta efetiva para os sinais e para as emoções verbais e não verbais. • Questionamento guiado por hipóteses. • Incorporação de dados secundários no raciocínio clínico. • Execução de exame físico acurado de forma lógica e fluida. • Utilização do exame físico para explorar os diagnósticos diferenciais, priorizando o mais provável. • Identificação e descrição de achados normais e anormais. | | | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a Pessoa (CP) - Conhecimento Para a Prática (CPP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) | | | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>CP2</td> <td>HCRI7</td> </tr> <tr> <td>CPP1</td> <td>P1</td> </tr> <tr> <td>HCRI1</td> <td>P3</td> </tr> <tr> <td>HCRI6</td> <td>P5</td> </tr> </table> | CP2 | HCRI7 | CPP1 | P1 | HCRI1 | P3 | HCRI6 | P5 |
| CP2 | HCRI7 | | | | | | | | |
| CPP1 | P1 | | | | | | | | |
| HCRI1 | P3 | | | | | | | | |
| HCRI6 | P5 | | | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisitos para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA1 sem supervisão. • Realizar miniexercício clínico avaliativo (Mini-CEX) em pelo menos um momento do internato, e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, a sua confiabilidade e as sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. | | | | | | | | |

EPA 1. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre o paciente e sua condição por meio de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.</p> | <p>Coleta poucos dados ou dados excessivos, seguindo um modelo fixo, independente da queixa principal do paciente. Não consegue identificar quais os dados que seriam relevantes para o caso e relata as informações na ordem em que foram coletadas. Tem habilidade limitada para reunir, filtrar, reconhecer as informações mais relevantes e conectar os achados da história. Não tem capacidade de vincular os conhecimentos fisiopatológicos básicos às condições apresentadas pelos pacientes. Executa incorretamente a maioria das manobras de exame físico. Pode deixar de identificar as principais alterações do exame físico. Realiza o exame físico dos "pés à cabeça" sem adaptar para o caso do paciente. Não procura ou é excessivamente dependente de dados secundários.</p> | <p>Tem alguma experiência clínica que permite a ligação dos sinais e dos sintomas do paciente atual aos encontrados em algum paciente previamente atendido. Ainda se baseia principalmente no raciocínio de fisiopatologia básica para reunir informações, mas já apresenta capacidade de conectar achados do paciente atual com achados prévios, o que permite que sintetize, filtre e priorize a informação em achados positivos e negativos, assim como considere uma ampla gama de diagnósticos. Realiza manobras de exame físico básico corretamente e reconhece e interpreta adequadamente os achados anormais. Realiza o exame físico adaptado para uma situação clínica específica. Procura e obtém dados de fontes secundárias quando necessário.</p> |
| Conhecimento para a prática (CPP) | | |
| <p>CPP1 Demonstrar uma abordagem investigatória e analítica para situações clínicas.</p> | <p>Relembra somente de trechos isolados de informação. Tende a conclusões precipitadas que não são baseadas nas informações coletadas. Estabelece essas conclusões sem ter entendido as queixas ou os tipos de informação necessárias. Não sintetiza, compara ou avalia de forma sistemática, o que pode resultar em raciocínio lento e linear. Pode armazenar o conhecimento com relação a procedimentos, regras e fórmulas, mas não integra modelos mentais de doença e saúde, logo não reconhece para quais condições se necessita a aplicação de determinado conhecimento e por que é relevante. Tem dificuldade em reconhecer padrões de informação recorrentes.</p> | <p>Está desenvolvendo uma base de conhecimento que permite conexões rápidas, reconhecimento de padrões e raciocínio clínico. Consegue discernir informação relevante de não-pertinente, identificar suas lacunas e fazer conexões para resolver problemas e responder perguntas clínicas com aprendizagem rápida. É capaz de correlacionar as múltiplas facetas do problema apresentado pelo paciente por meio de comparação, síntese e avaliações.</p> |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI1 Comunicar-se eficazmente com pacientes, famílias e público, conforme for apropriado, incluindo uma ampla gama de origens socioeconômicas e culturais</p> | <p>A comunicação com pacientes e familiares é geralmente unidirecional e baseada em um modelo fixo, sem a capacidade de variar a abordagem baseada em características específicas do paciente, como demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou de situação de vida. Frequentemente usa jargão médico. Não envolve os pacientes e familiares na discussão dos planos de cuidados (isto é, não realiza tomada de decisão compartilhada). Respeita as preferências dos pacientes quando solicitado pelo paciente, mas não solicita ativamente quais são suas preferências.</p> | <p>Consegue estabelecer diálogos com pacientes e famílias geralmente bidirecionais. Consegue adaptar-se a características únicas do paciente, considerando aspectos demográficos, cognitivos, físicos, culturais, socioeconômicos e necessidades relacionadas ao seu estado clínico. Evita jargão médico. Usa uma variedade de técnicas de comunicação, incluindo a linguagem não técnica, solicita que o paciente diga o que entendeu, utiliza um ritmo apropriado e informa o paciente "aos poucos" para garantir que a comunicação com os pacientes e suas famílias seja bidirecional e resulte na tomada de decisão compartilhada.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|--|--|
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI6 Demonstrar sensibilidade, honestidade e empatia em conversas difíceis, incluindo aquelas sobre morte, fim de vida, eventos adversos, más notícias, divulgação de erros, e outros tópicos sensíveis.</p> | <p>Evita conversas sobre temas difíceis.</p> | <p>Desenvolve estratégias para abordar cenários mais difíceis na comunicação.</p> |
| <p>HCRI7 Demonstrar percepção e compreensão sobre emoções e respostas humanas às emoções, que permitam desenvolver e gerenciar interações interpessoais.</p> | <p>Não percebe as emoções de outras pessoas em termos de comunicação verbal e não verbal. Não reconhece que seu próprio comportamento e suas demonstrações de emoção podem afetar respostas emocionais dos pacientes (ex: ansiedade e raiva). Não gerencia efetivamente suas próprias emoções e de outras pessoas.</p> | <p>Antecipa, reconhece e reage às emoções em tempo real, de maneira apropriada e com comportamento profissional típico da comunicação em cenários médicos, incluindo aqueles que evocam emoções muito fortes. Utiliza essas habilidades para ganhar e manter alianças terapêuticas com os pacientes. Situações atípicas e inesperadas podem ainda evocar emoções fortes no aprendiz, resultando na incapacidade de controlar seu comportamento e suas emoções.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P1 Demonstrar compaixão, integridade e respeito pelos outros</p> | <p>Demonstra falhas na conduta profissional, como interações desrespeitosas ou falta com a verdade, especialmente em situações estressantes ou de fadiga ou em casos complicados e/ou incomuns. Agindo assim, suscita nos outros a responsabilidade de advertir, de se impor e de resolver conflitos. Pode ter algum insight sobre o seu comportamento, mas há uma incapacidade de modificá-lo quando se encontra em situações estressantes.</p> | <p>Em quase todas as circunstâncias, demonstra conduta profissional, como por exemplo, interações respeitosas e compromisso com a verdade. Tem insights sobre seu próprio comportamento, bem como prováveis gatilhos para lapsos de profissionalismo e é capaz de usar essa informação para garantir o profissionalismo.</p> |
| <p>P3 Demonstrar respeito pela privacidade e pela autonomia do paciente.</p> | <p>Não considera de forma consistente a privacidade e a confidencialidade do paciente (por exemplo, pode discutir o caso do paciente em uma área pública como em um elevador). Desconhece código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Não envolve os pacientes e os familiares em discussões e em planos de cuidados (ou seja, não realiza decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando solicitado pelo paciente, mas não pergunta ativamente suas preferências.</p> | <p>Consistentemente considera a privacidade e a confidencialidade do paciente, com raros lapsos. Conhece o código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Envolve os pacientes e familiares no plano de cuidado. Pergunta e respeita as preferências dos pacientes.</p> |
| <p>P5 Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a uma população diversificada de pacientes, incluindo, entre outros, diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiências e orientação sexual.</p> | <p>Não respeita a diversidade cultural. Generaliza com base no sexo, na idade, na cultura, na raça, na religião, nas deficiências e na orientação sexual.</p> | <p>Procura entender as características únicas de cada paciente e suas necessidades baseadas em gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiência física e orientação sexual. Inclui esses conceitos nos planos de cuidados para pacientes e familiares. As famílias reconhecem essa sensibilidade. Respeita a diversidade cultural.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Maria está vendo pacientes no ambulatório da UBS como parte de uma equipe de atenção primária. Seu primeiro paciente do dia é o Sr. Moise, para quem a folha de triagem de enfermagem documenta uma queixa principal de tosse. É a primeira consulta do Sr. Moise na UBS. Ele está completamente vestido e sentado na maca quando Maria entra na sala. Maria fecha a porta e fica em pé contra a parede, com um tablet na mão para tomar notas. Maria começa sua história dizendo: “As enfermeiras disseram que você tem tosse. Há quanto tempo?” Ela segue com uma série de perguntas sobre a descrição e a progressão da tosse. Ela acha que o paciente tem uma tosse crônica com piora recente. Ela pergunta sobre sintomas associados, fatores desencadeantes ou de alívio. Ela faz perguntas pertinentes sobre a história, como tabagismo, exposição a contatos doentes, e doença pulmonar prévia conhecida. Ela faz uma história médica pregressa completa, incluindo medicamentos, e detalha a árvore genealógica do paciente em um gráfico. Pergunta sobre estado civil, situação de vida atual e histórico de uso de substâncias ilícitas. Ela não inclui histórico profissional ou de viagem recente. Ela não demonstra curiosidade sobre o contexto cultural e sobre as crenças envolvendo a doença que o paciente possa ter. Depois de terminar de coletar a história, Maria diz: “OK, Sr. Moise, vou dar uma olhada em você.” Ela começa o exame auscultando os pulmões em seis áreas; primeiro sob a camisa, em seguida, por cima da camisa nas zonas pulmonares superiores. Durante o exame do pulmão, ela pede para o paciente “respirar fundo”. Ela, então, realiza ausculta cardíaca em quatro áreas. Em seguida, ela pega um otoscópio e usa-o para verificar a reação pupilar à luz e ao movimento dos olhos (pedindo ao paciente para olhar para cima, para o lado e para baixo), realiza oroscopia e depois otoscopia. Ela faz um exame breve, mas apropriado, do abdômen e verifica a pele para a presença de erupções e examina os pés para pulsos. Ela não nota a atrofia da musculatura temporal ou a adenopatia cervical bilateral que está presente. Após o exame, Maria diz ao paciente que ela irá discutir seu caso com um dos médicos da equipe e voltará após . Quando ela está saindo da sala, o sr. Moise pergunta timidamente: “O que você acha que está causando minha tosse?” “Maria se vira e responde:” Tenho certeza de que não é nada sério, provavelmente uma infecção do trato respiratório superior ou uma bronquite. Existem alguns medicamentos que causam tosse, mas você não está usando nenhum deles. Você provavelmente fará uma radiografia de tórax”. Ela então sai da sala.

Aluno confiável

Maria está vendo pacientes no ambulatório da UBS como parte de uma equipe de atenção primária. Seu primeiro paciente do dia é o Sr. Moise, para quem a folha de triagem de enfermagem documenta uma queixa principal de tosse. É a primeira consulta do Sr. Moise na UBS. Antes de entrar no quarto, Maria pergunta à enfermeira se um intérprete é necessário; ela esclarece que a língua materna do paciente é o francês pois o paciente é Haitiano, mas que ele tem capacidade total para se comunicar em português. Sr. Moise está completamente vestido e sentado na mesa de exame quando Maria entra na sala. Maria fecha a porta e convida o paciente a se sentar na cadeira enquanto eles revisam sua história. Maria arruma a cadeira de forma que possa se sentar de frente para o paciente. Ela pergunta ao Sr. Moise se ele se importa com que ela anote algumas informações enquanto eles estão conversando. Maria começa a anamnese com: “Sr. Moise, é ótimo conhecer o sr. Meu nome é Maria. Eu estou trabalhando com a equipe da UBS hoje. O que traz o sr. hoje à clínica? “. O paciente fala sobre a tosse. Ela diz: “Fale um pouco mais sobre a tosse”, e usa várias técnicas de entrevista, como repetição do que ela ouviu, resumo da história e técnica de facilitação para eliciar os detalhes pertinentes da história. Ela acha que o paciente tem uma tosse crônica que piorou recentemente. Ela pergunta sobre sintomas associados e sintomas relacionados a diagnósticos potenciais, como doença do refluxo gastroesofágico, rinite alérgica, asma e sintomas associados à malignidade. Ela também identifica importantes fatores de risco para diagnóstico diferencial, como história ocupacional, viagens recentes, história de consumo de álcool. Ela pergunta outros detalhes da história médica, incluindo o uso de medicamentos com prescrição médica ou por automedicação, e sobre uso de drogas; faz perguntas pertinentes sobre a história familiar; história psicossocial e informações sobre alergias. Ela pergunta especificamente o que o paciente acredita que está causando a tosse e se ele procurou algum atendimento, incluindo tratamentos alternativos. Ela identifica que ele usou remédios populares, incluindo alho e xaropes caseiros. Ela conclui perguntando: “Sr. Moise, você acha que eu esqueci de perguntar alguma coisa importante em seu histórico médico ou sobre sua tosse?” Depois dela terminar de coletar a história, Maria diz: “OK, Sr. Moise, eu gostaria de fazer um exame completo neste momento. Eu vou sair e deixar que o sr. coloque uma bata, que está localizada nesta gaveta. Eu voltarei em um minuto. Existe mais alguma coisa que você precisa agora?” Maria sai brevemente da sala, fechando a porta atrás dela. Ela retorna para a sala e afirma: “Sr. Moise, eu gostaria de fazer um exame completo da cabeça aos pés. Vou explicar para o sr. o que eu estou fazendo em cada ponto, mas, por favor, me fale se o sr. tem perguntas.” Ela começa examinando a cabeça: olhos, ouvidos, nariz e garganta, dizendo ao paciente o que ela está fazendo em cada passo. Ela observa que há atrofia de musculatura temporal, pergunta sobre perda de peso recente e um pouco sobre dieta. Ela também observa adenopatia cervical e pergunta ao paciente sobre dor e duração. Ela faz um exame completo do pulmão, removendo ou movendo a bata para que ela possa auscultar diretamente o tórax em cada ponto. Ela ausculta e realiza manobras detalhadas, como pesquisar egofonia e realiza percussão. Ao longo do exame, ela presta muita atenção com o conforto e com o pudor do paciente. Após o exame, Maria diz ao paciente que ela discutirá com a equipe da UBS e vai voltar. Ela pergunta se há algo mais que Sr. Moise pensou durante o exame e se tem alguma dúvida. Ao sair da sala, o Sr. Moise pergunta timidamente: “O que você acha que está causando minha tosse?” “Maria se vira, fecha a porta novamente e se senta no banco para responder a questão. Ela primeiro pergunta: “Há algo que está preocupando o sr.?” “Sr. Moise admite que ele está preocupado com o câncer. Maria explica que existem várias causas de tosse crônica, incluindo alguma doença das vias aéreas superiores, doença de refluxo gastroesofágico, asma, alergias, bronquite crônica, doenças pulmonares primárias e infecções crônicas. Ela explica que é por isso que ela fez tantas perguntas, procurando pistas para a causa da tosse. Ela afirma que o câncer de pulmão pode se apresentar por tosse. Ela tranquiliza o paciente esclarecendo que discutirá os sintomas e o exame físico com a equipe, e que eles vão solicitar exames para encontrar a causa. Ela pergunta novamente se o paciente ficou com alguma dúvida e explica que logo voltará. Ela então sai da sala.

EPA 1. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O estudante usa técnicas de entrevista centradas no paciente*?

- Pode apenas acompanhar.
 - Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
 - Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
 - Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
 - O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]
- *esse item deve incluir necessariamente demonstração de empatia

O estudante realiza questionamentos baseados em hipóteses?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante faz as perguntas de forma organizada?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

O estudante faz o exame físico baseado nas hipóteses diagnósticas sugeridas pela anamnese?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante obtém informações de forma acurada e completa?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

EPA 2. Priorizar um diagnóstico diferencial após uma consulta clínica

Cristina Rolim Neumann
Régis Kreitchmann

A capacidade de formulação de um diagnóstico preciso após um encontro clínico é uma das principais atividades do médico e, talvez, uma das suas competências mais críticas. O processo de elaboração de diagnósticos prováveis, baseado na anamnese e no exame físico, leva a hipóteses de diagnósticos diferenciais que serão acrescentadas a um complexo arranjo de testes diagnósticos e de dados evolutivos do paciente no decorrer do tempo. Historicamente, o desenvolvimento e a expertise no processo diagnóstico têm sido muito valorizados e fazem parte da formação médica, tendo destaque nos treinamentos, nos currículos, na conferências e nos rounds de ensino.

Entretanto, com o reconhecimento do impacto do papel do erro diagnóstico em relação à segurança do paciente e na geração de custos desnecessários, além do crescimento de litígios judiciais, há a necessidade de que se intensifique o estudo do processo de elaboração diagnóstica (1). A incidência do erro diagnóstico pode ser avaliada de diversas formas, incluindo autópsias, revisão de casos ou através

de processos contra médicos, mas, independente da forma de avaliação, temos encontrado taxas muito elevadas. (2) O foco no processo de elaboração diagnóstica é um desafio no ambiente atual do cuidado à saúde. As pressões quanto à duração da internação e os custos geram atitudes de testar, ou mesmo tratar, e pensar depois, levando o foco para os planos de manejo do paciente em vez da formulação diagnóstica e sua incerteza.

Para a formulação de diagnósticos diferenciais que reduzam o potencial de erro e que orientem a solicitação de testes diagnósticos, quando necessários, há necessidade de um amplo conhecimento de medicina, principalmente das manifestações das doenças mais prevalentes e da prática clínica, com extensa exposição a médicos mais experientes.

Técnicas educativas no ensino do raciocínio diagnóstico devem incluir o acompanhamento do exame clínico estruturado de pacientes com doenças mais comuns (face a face), os rounds clínicos, as discussões de caso, os seminários e também

o uso da simulação e da dramatização quando os casos são raros e as situações podem ser críticas e emergenciais. O uso de aplicativos específicos, videoclipes, “podcasts” e a pesquisa nos bancos de artigos disponíveis na internet podem ajudar no reconhecimento das doenças e suas manifestações, bem como no desenvolvimento e aperfeiçoamento da elaboração de diagnósticos diferenciais (3).

Um aluno confiável é capaz de juntar as informações pertinentes a partir de várias fontes gerando hipóteses. Ele filtra e conecta as informações, formulando um diagnóstico diferencial relevante que não seja tão amplo nem tão estreito. Ele busca e integra as informações à medida que elas emergem, atualizando o diagnóstico diferencial; é capaz de explicar seu raciocínio clínico. Ele incentiva as perguntas e os desafios do paciente e da equipe, solicita ajuda aos membros da equipe e propõe planos de manejo seguindo as sugestões feitas pela equipe (4).

Referências

1. Simpkin AL, Vyas J, Armstrong K. Diagnostic Reasoning: An endangered Competency in Internal Medicine Training. *Annals of Internal Medicine*. 2017;167(7):507-9.
2. Graber ML. The incidence of diagnostic errors in medicine. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:ii21-ii27.
3. Bosner S, Pickert J, Stibane T. Teaching differential diagnosis in primary care using an inverted classroom approach: student satisfaction and gain in skills and knowledge. *BMC Medical Education*. 2015;15:63.
4. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core entrustable professional activities for entering residency. 2014. Acessado 06/04/2019. Disponível em <https://www.aamc.org/download/482208/data/epa11toolkit.pdf>.

EPA 2. Priorizar um diagnóstico diferencial após uma consulta clínica

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|--|---|---|---|--|
| <p>Sintetiza informações essenciais de registros anteriores, histórico, exame físico e avaliações diagnósticas iniciais para propor um diagnóstico diferencial cientificamente apoiado.</p> <p>PC2 CP2 CPP3 CPP2</p> | <p>Não é possível reunir ou sintetizar dados para informar um diagnóstico aceitável.</p> <p>Falta conhecimento médico básico para raciocinar efetivamente</p> | <p>Aborda a avaliação de um modelo rígido.</p> <p>Dificuldade para filtrar, priorizar e fazer conexões entre fontes de informação.</p> <p>Propõe um diagnóstico diferencial que é muito estreito, ou muito amplo ou contém imprecisões.</p> <p>Demonstra dificuldade em recuperar conhecimento para um raciocínio eficaz.</p> | <p>Reúne dados pertinentes baseados em hipóteses diagnósticas iniciais.</p> <p>Propõe um diagnóstico diferencial razoável, mas pode negligenciar informações diagnósticas importantes.</p> <p>Está começando a organizar o conhecimento por meio de roteiros de doenças (padrões) para gerar e apoiar um diagnóstico.</p> | <p>Reúne informações pertinentes de várias fontes de forma orientada por hipóteses.</p> <p>Filtra, prioriza e faz conexões entre fontes de informação.</p> <p>Propõe um diagnóstico diferencial relevante que não seja nem muito amplo nem estreito demais.</p> <p>Organiza o conhecimento em roteiros de doenças (padrões) que geram e suportam um diagnóstico.</p> |
| <p>Demonstra consciência e habilidade para usar tecnologia de informação para obter informações médicas acuradas e confiáveis.</p> <p>PC4 CP4 CPP3 CPP4 DPP8 AABP1</p> | <p>Desconsidera informações de diagnóstico emergentes.</p> <p>Torna-se defensivo e / ou beligerante quando questionado sobre diagnóstico diferencial</p> | <p>Não integra informações emergentes para atualizar o diagnóstico diferencial.</p> <p>Exibe desconforto com ambiguidade.</p> | <p>Considera informações emergentes, mas não as integra completamente para atualizar o diagnóstico diferencial.</p> <p>Reconhece a ambiguidade e está aberto a perguntas e desafios.</p> | <p>Busca e integra informações emergentes para atualizar o diagnóstico diferencial.</p> <p>Incentiva perguntas e desafios sobre situações clínicas de pacientes para a equipe.</p> |
| <p>Envolver-se e comunicar-se com os membros da equipe para aprovação e verificação do diagnóstico de trabalho para o qual fará um plano de investigação e/ou terapêutico.</p> <p>CPP3 CPP4 HCRI2</p> | <p>Ignora as recomendações da equipe.</p> <p>Desenvolve e atua em um plano de gerenciamento antes de receber o endosso da equipe.</p> <p>Não é capaz de explicar ou de documentar sua hipótese/plano.</p> | <p>Recomenda uma ampla gama de avaliações diagnósticas não relacionadas à hipótese.</p> <p>Depende da equipe para todos os planos de investigação/ cuidado.</p> <p>Não explica completamente ou documenta</p> | <p>Recomenda avaliações diagnósticas adaptadas ao diagnóstico diferencial em avaliação após ter consultado a equipe.</p> <p>Explica e documenta o raciocínio clínico.</p> | <p>Busca e integra informações emergentes para atualizar o diagnóstico diferencial.</p> <p>Incentiva perguntas e desafios sobre situações clínicas de pacientes para a equipe.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 2. Priorizar um diagnóstico diferencial após uma consulta clínica

| | |
|---|---|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Para a prática médica, todos os médicos precisam ser capazes de integrar os dados do paciente para formular uma avaliação, desenvolvendo uma lista de possíveis diagnósticos que podem ser priorizados para levar à seleção de um diagnóstico de trabalho. Desenvolver um diagnóstico diferencial é um processo dinâmico e reflexivo que requer adaptação contínua para evitar erros comuns de raciocínio clínico, como o fechamento prematuro do diagnóstico.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar informações essenciais dos registros anteriores, histórico, exame físico e avaliações iniciais de diagnóstico. • Integrar informações conforme elas surgem para atualizar continuamente o diagnóstico diferencial. • Integrar os fundamentos científicos da medicina com habilidades de raciocínio clínico para desenvolver um diagnóstico diferencial e um diagnóstico de trabalho; • Envolver-se com os supervisores e com os membros da equipe para endossar e verificar o diagnóstico de trabalho no desenvolvimento de um plano de gerenciamento; • Explicar e documentar o raciocínio clínico que levou ao diagnóstico de forma transparente para todos os membros da equipe de saúde; • Gerenciar incerteza de/em um diagnóstico diferencial para si e para o paciente, e responder abertamente a perguntas e desafios de pacientes e de outros membros da equipe de saúde. |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a Pessoa (CP) - Conhecimentos para a Prática (CPP) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CP2 CPP4 CP4 AABP1 CPP2 HCRI2 CPP3 DPP8</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na vida profissional, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA2 sem supervisão. • Realizar miniexercício clínico avaliativo (Mini-CEX) em pelo menos um momento do internato e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, sua confiabilidade e suas sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. |

EPA 2. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|---|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre os pacientes e suas condições através de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.</p> | <p>Coleta informações insuficientes ou em excesso, seguindo um modelo pré-determinado, na ordem coletada, sem priorizar os dados relevantes. Tem habilidade limitada para filtrar e priorizar as partes da informação. Faz um raciocínio analítico utilizando conhecimento fisiopatológico básico com limitada capacidade de vincular os achados dos vários encontros clínicos Executa as manobras do exame físico incorretamente. Pode perder os principais resultados do exame físico. Não altera a abordagem de exame da cabeça aos pés para atender o nível de desenvolvimento ou as necessidades comportamentais do paciente. Não busca ou é excessivamente dependente de dados secundários.</p> | <p>Tem alguma experiência clínica que permite relacionar sinais e sintomas do paciente atual com achados de outros pacientes previamente avaliados. Ainda se baseia principalmente em raciocínio analítico da fisiopatologia básica para ligar as informações, mas é capaz de relacionar os achados atuais com os de encontros clínicos prévios e de filtrar, priorizar e sintetizar os achados pertinentes positivos e negativos, evitando amplas categorias de diagnósticos. Realiza as manobras básica de exame físico corretamente; reconhece e interpreta corretamente os achados anormais. Realiza uma abordagem de exame físico consistentemente relacionada ao problema do paciente. Procura e obtém dados de fontes secundárias quando necessário.</p> |
| <p>CP4 Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática.</p> | <p>Não é capaz de interpretar dados laboratoriais básicos. Não entende conceitos como probabilidade pré-teste ou características de desempenho dos testes.</p> | <p>Interpreta com precisão e consistência os testes diagnósticos básicos. Ainda precisa de ajuda com conceitos como a probabilidade pré-teste e as características de desempenho de alguns testes.</p> |
| Conhecimento para a prática (CPP) | | |
| <p>CPP2 Aplicar princípios científicos biofísicos estabelecidos e emergentes fundamentais para os cuidados de saúde para pacientes e populações.</p> | <p>Não conhece ou não sabe aplicar os conhecimentos biofísicos e emergentes fundamentais para os cuidados de saúde.</p> | <p>Possui conhecimento científico biofísico suficiente e é capaz de aplicá-lo na compreensão das condições médicas e cirúrgicas comuns e nos cuidados preventivos básicos.</p> |
| <p>CPP3 Aplicar os princípios estabelecidos e emergentes das ciências clínicas para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas, para a resolução de problemas clínicos e outros aspectos dos cuidados de saúde baseados em evidências.</p> | <p>Embora seja capaz de lembrar e de entender princípios das ciências clínicas, ainda não tem ampla capacidade de aplicar o conhecimento para as condições médicas e cirúrgicas comuns, bem como para os cuidados preventivos básicos.</p> | <p>Possui conhecimento suficiente das ciências clínicas e é capaz de aplicá-lo na compreensão das condições médicas e cirúrgicas comuns e nos cuidados preventivos básicos (por exemplo, pode fazer um diagnóstico, recomendar o manejo inicial e reconhecer variações na apresentação de caso clínico ou cirúrgico).</p> |
| <p>CPP4 Aplicar princípios das ciências epidemiológicas para a identificação de problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de tratamento, recursos e iniciativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde para pacientes e populações.</p> | <p>Pode lembrar e entender princípios da epidemiologia, mas não tem a capacidade de aplicar o conhecimento para as condições médicas e cirúrgicas usuais, tampouco para cuidados preventivos.</p> | <p>Possui conhecimento epidemiológico suficiente e é capaz de aplicá-lo na compreensão das condições médicas e cirúrgicas comuns e nos cuidados preventivos básicos.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|---|
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| <p>AABP1 Identificar pontos fortes, deficiências e limites no próprio conhecimento e experiência.</p> | <p>Depende de solicitações externas para entender seus pontos fortes, suas deficiências e seus limites. O aluno reconhece essas avaliações externas, mas a compreensão do desempenho é superficial e limitada ao nível geral ou ao resultado final; há pouca compreensão de como a medida de desempenho se relaciona de maneira significativa com o nível específico de conhecimentos, habilidades e atitudes do aluno. A falta de reflexão e de insight em limitações resulta em não reconhecer quando a ajuda é necessária, às vezes, causando consequências não intencionais para os pacientes ou oportunidades perdidas de aprendizado e automelhoria.</p> | <p>Depende principalmente de solicitações internas para entender os pontos fortes, as deficiências e os limites de alguém através de um processo de reflexão e de um insight. A reflexão pode ser em resposta à incerteza, ao desconforto ou à tensão no preenchimento dos deveres clínicos; um incidente crítico; ou prática ou resultados subótimos. Reconhece limitações e desenvolveu um sistema de valor pessoal para buscar ajuda em prol do paciente, que substitui qualquer valor percebido da autonomia do médico, resultando em solicitações apropriadas de ajuda quando necessárias.</p> |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI2 Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3).</p> | <p>Tem um formato rígido de comunicação de fatos baseado em regras, sem modular as características da comunicação com base no contexto, no público ou na situação. Usa comunicação unidirecional que não incentiva idéias ou opiniões de outros membros da equipe. Evita conversas difíceis ou assuntos com incertezas .</p> | <p>Escuta ativamente e incentiva idéias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta com sucesso a estratégia de comunicação e a mensagem ao público, ao propósito e ao contexto na maioria das situações. Totalmente consciente do propósito da comunicação; pode eficientemente contar uma história e desenvolver um argumento. Começando a improvisar em situações desconhecidas. Geralmente, combina a ferramenta de comunicação com a situação. Discute os planos de cuidados com a equipe e os mantém atualizados. Envolve outros (por exemplo, supervisores) para ajudar com o feedback para outros membros da equipe, mesmo quando essas conversas são difíceis ou desconfortáveis.</p> |
| Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) | | |
| <p>DPP8 Reconhecer que a ambiguidade faz parte dos cuidados clínicos de saúde e responder utilizando recursos apropriados para lidar com a incerteza.</p> | <p>Sente-se oprimido e inadequado quando confrontado com incerteza ou ambiguidade. Procura apenas recursos próprios ou autodisponíveis para gerenciar a resposta à incerteza. A resposta resultante é influenciada pelo estado preexistente de aversão ao risco ou risco do aluno. Sente-se compelido a garantir que os pacientes compreendam o potencial total de resultados negativos (defensivos e protetores do médico), negligenciando, assim, com frequência, a necessidade de esperança do paciente.</p> | <p>Antecipa a probabilidade de incerteza no momento da deliberação diagnóstica. Usa a incerteza como uma motivação para buscar informações e para aprender. Ainda luta para equilibrar a incerteza e a esperança nas discussões com pacientes e familiares, tendendo a errar, enfatizando a incerteza, especialmente se houver risco de aversão ao risco (por exemplo, no diagnóstico ou prognóstico).</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Antônio está trabalhando em um ambulatório de pediatria. Ele é convidado a ver André, um menino de 3 anos cuja mãe trouxe com história de febre na noite passada. Antônio prossegue coletando a história da mãe de André, que, por sua vez, afirma que o menino estava em seu estado habitual de saúde até a noite passada, quando ela notou que ele se sentia quente. A temperatura dele era de 38,9°C, e ela deu-lhe paracetamol, que baixou a febre. Após o questionamento de Antônio, ela observou que o garoto tem bebido muitos líquidos. Durante o exame físico, Antônio diz à mãe que André tem uma faringe eritematosa e uma membrana timpânica direita eritematosa e não móvel. Antônio diz à mãe de André que ele não sabe exatamente o que está causando a febre, mas gostaria de obter um teste de estreptococos e uma radiografia de tórax para ter certeza do que está acontecendo. A mãe de André pergunta por que uma radiografia de tórax será necessária, afirmando que ela está preocupada com a exposição do menino à radiação. Antônio afirma que não tem certeza, mas a criança está com febre e pode estar com pneumonia. Antônio informa que vai discutir o caso com seu supervisor, Dr. Miller, e os dois retornarão.

Antônio faz uma apresentação sobre seu encontro com André para o Dr. Miller e lista seu diagnóstico diferencial como: 1) infecção na garganta, 2) infecção no ouvido e 3) pneumonia.

O Dr. Miller pede a Antônio informações adicionais sobre o histórico de André, incluindo o status de hidratação e a presença ou a ausência de uma tosse produtiva. Como Antônio não soube responder ao questionamento, o preceptor também questiona se Antônio revisou a história médica pregressa de André. Antônio diz que não, e o preceptor informa que André tem uma história de duas infecções anteriores de ouvido e que, devido ao achado de membrana timpânica direita, não-móvel e eritematosa, a infecção no ouvido é o diagnóstico mais provável.

Dr. Miller e Antônio retornam à sala de exames, e o Dr. Miller confirma com a mãe de André que o filho dela está com boa diurese e nega tosse. Dr. Miller repete o exame físico feito por Antônio e verifica os resultados relatados.

Dr. Miller diz à mãe de André que uma infecção no ouvido direito é o diagnóstico de trabalho por causa do tímpano vermelho. Ele sugere receitar amoxicilina e uma consulta de acompanhamento em duas semanas para checar as orelhas do menino e garantir que a infecção tenha desaparecido. A mãe pergunta sobre o teste de estreptococo que Antônio mencionara, e o Dr. Miller responde que, como o plano é de um curso de amoxicilina e o tratamento para estreptococo é o mesmo, ele acha que o teste não ajudaria e, portanto, não vale o custo.

Aluno confiável

Antônio está trabalhando em um ambulatório de pediatria. Ele é convidado a ver André, um menino de 3 anos, cuja mãe trouxe com história de febre na noite passada. Antes de conversar com a mãe de André, ele verifica o prontuário médico e descobre que Antônio teve duas infecções de ouvido anteriores. Na história colhida da mãe de André, ela relata que o menino estava bem até a noite passada, quando ela notou uma temperatura de 38,9°C que baixou com paracetamol. O garoto continua interessado em brincar e mantém boa diurese. Quando questionada, ela nega tosse produtiva. Antônio diz à mãe de André, que, no exame físico, encontra no menino uma garganta vermelha e um tímpano vermelho e imóvel, e que os campos pulmonares estão limpos. Antônio diz à mãe de André que ele suspeita que uma infecção no ouvido é a causa da febre, mas que ele também está considerando uma infecção na garganta, dada a garganta vermelha do garoto. Antônio diz à mãe de André que ele relatará suas observações e planejará o tratamento com o supervisor, Dr. Miller.

Antônio apresenta esse encontro para o Dr. Miller de uma maneira minuciosa e concentrada, e lista os diagnósticos diferenciais como infecção no ouvido, faringite estreptocócica ou outras faringites, observando que, devido aos sintomas, aos achados do exame físico e à história pregressa, ele acredita que a causa mais provável da febre seria uma infecção no ouvido. O Dr. Miller concorda com a avaliação de Antônio e sugere que eles retornem à sala de exames para discutir o plano com a mãe de André. Eles entram na sala de exame e dizem à mãe que o diagnóstico mais provável é uma infecção no ouvido, por causa do tímpano vermelho e imóvel. Antônio afirma que dado que amoxicilina foi eficaz para a última infecção do menino, vai prescrever este medicamento. A mãe pergunta sobre o teste para estreptococo, e Antônio responde que, como o plano é de um curso de amoxicilina e o tratamento para estreptococo é o mesmo, ele acha que o teste não ajudaria e, portanto, não vale o custo. Antônio sugere que ela volte com André para ver o Dr. Miller em duas semanas para acompanhamento.

EPA 2. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O estudante é capaz de elencar pelo menos 3 diagnósticos razoáveis?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante discute os achados clínicos que apoiem seu diagnóstico diferencial?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante demonstra capacidade de priorizar um diagnóstico baseado nas informações disponíveis?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 3. Solicitar e interpretar exames comuns para diagnóstico e triagem

Cristina Rolim Neumann
Edison Capp

Testes para diagnóstico são utilizados para determinar a presença ou na ausência de determinada doença em um sujeito que apresenta sinais ou sintomas sugestivos. Testes de triagem identificam indivíduos assintomáticos que podem ter a doença. Testes diagnósticos são realizados após um teste de triagem positivo e servem para estabelecer um diagnóstico definitivo. A habilidade de classificar indivíduos na situação correta de doença depende, entre outros, da acurácia dos testes utilizados. Assim, conhecimentos sobre validade, especificidade e sensibilidade são básicos para esta habilidade (1). Além disso, o crescimento dos custos das tecnologias diagnósticas demanda um bom senso na indicação e na estratégia para uso de testes diagnósticos (2).

O curso de medicina tem como objetivo formar médicos generalistas que tenham habilidades, atitudes e conhecimentos necessários para diagnosticar e resolver a maioria das doenças que o ser humano pode sofrer durante sua vida (3). Ao final do curso, no Internato, alunos

devem estar preparados para acompanhar a rotina dos pacientes, incluindo anamnese, exame físico, solicitação e interpretação de exames comuns para diagnóstico e triagem (4). Além da escolha adequada de qual teste (diagnóstico ou de rastreamento), o interno deve ser capaz de fundamentá-la com base em evidências clínicas e em princípios de custo-efetividade adequados à situação do paciente.

Frequentemente, internos enfrentam dilemas diagnósticos, levando-os a selecionar, executar e interpretar testes diagnósticos adicionais. Antes de aplicar um determinado teste de diagnóstico, o interno deve verificar se o teste escolhido realmente terá impacto na tomada de decisão sobre a conduta em determinada condição (5). Uma formação consistente em Epidemiologia é instrumento determinante para esta habilidade. Nesta altura do curso de Medicina, o aluno deve ser capaz de reconhecer os níveis de evidência e os graus de recomendação para a solicitação de determinado exame.

O interno deve ser capaz de colocar perguntas para avaliar a precisão do teste de diagnóstico: há estudos adequadamente delineados com resultados válidos? [2] Quais são os resultados? [3] Como esses resultados me auxiliam no cuidado do paciente? Esse questionamento estruturado amplia a compreensão da literatura e aprimorará o atendimento ao paciente por meio de uma abordagem baseada em evidências para o diagnóstico (5).

Referências

1. Kanchanaraksa S. Evaluation of Diagnostic and Screening Tests: Validity and Reliability. Disponível em <http://ocw.jhsph.edu/courses/FundEpi/PDFs/Lecture11.pdf>. Acessado em 11/05/2019. 2008.

2. Patterson RE, Horowitz SF. Importance of epidemiology and biostatistics in deciding clinical strategies for using diagnostic tests: a simplified approach using examples from coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 1989;13(7):1653-65.
3. Martinez-Gonzalez A, Sanchez-Mendiola M, Mendez-Ramirez I, Trejo-Mejia JA. [Level of clinical competence in seven cohorts of medical students at the end of the internship]. *Gac Med Mex.* 2016;152(5):439-43.
4. Salzman DH, McGaghie WC, Caprio TW, Hufmeyer KK, Issa N, Cohen ER, et al. A Mastery Learning Capstone Course to Teach and Assess Components of Three Entrustable Professional Activities to Graduating Medical Students. *Teach Learn Med.* 2019;31(2):186-94.
5. Scales CD, Jr., Dahm P, Sultan S, Campbell-Scherer D, Devereaux PJ. How to use an article about a diagnostic test. *J Urol.* 2008;180(2):469-76.

EPA 3. Solicitar e interpretar exames comuns para diagnóstico e triagem

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|---|---|---|--|
| <p>Recomenda testes de triagem e diagnóstico de primeira linha e com custo benefício para o acompanhamento de saúde de rotina de doenças comuns. CP5 CP9 PBS3 AABP9 CPP1 CPP4</p> | <p>Não é capaz de recomendar um conjunto padrão de testes de rastreamento ou em diagnóstico. Demonstra frustração nos esforços de contenção de custos</p> | <p>Recomenda testes para condições comuns. Não considera riscos, custos, diretrizes ou recursos do paciente. Não considera fazer a triagem específica do paciente, a menos que instruído.</p> | <p>Considera custos. Identifica as diretrizes para testes comuns. Repete os testes de diagnóstico em intervalos muito frequentes ou muito longos.</p> | <p>Recomenda os testes de rastreamento e diagnóstico que são essenciais e custo-efetivos. Aplica diretrizes específicas ao paciente.</p> |
| <p>Fornecer justificativa para a decisão de pedir testes, tendo em vista a probabilidade pré- e pós-teste e as preferências do paciente. CP5 CP7 CPP1 CPP4 PBS3 AABP9</p> | <p>Não é capaz de fornecer uma justificativa para solicitar testes.</p> | <p>Recomenda exames ou testes desnecessários com baixa probabilidade pré-teste. Negligencia as preferências do paciente.</p> | <p>Compreende a probabilidade pré- e pós-teste. Negligencia o impacto de resultados falsos positivos ou falsos negativos. Leva em consideração as preferências do paciente.</p> | <p>Fornecer justificativa individual com base nas preferências, nos dados demográficos e nos fatores de risco do paciente. Incorpora sensibilidade, especificidade e prevalência na recomendação e na interpretação de testes. Explica como os resultados influenciam o diagnóstico e a avaliação.</p> |
| <p>Avaliação dos resultados e plano de cuidados: Interpretar resultados de exames básicos e entender as implicações e a urgência dos resultados CP4 CP5 PC7 CPP1</p> | <p>Só consegue interpretar resultados com base em valores normais do laboratório. Não consegue discernir entre resultados urgentes de não urgentes.</p> | <p>Interpreta erroneamente anormalidades significantes ou explicáveis. Não sabe responder a resultados urgentes. Requer o supervisor para discutir os resultados com o paciente.</p> | <p>Reconhece a necessidade de assistência para avaliar resultados de urgência e comunicá-los ao paciente.</p> | <p>Distingue anormalidades comuns e insignificantes de achados clinicamente importantes. Capaz de discernir entre resultados urgentes e não urgentes, e responder corretamente. Procura ajuda para interpretação de testes além do seu escopo do conhecimento</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 3. Solicitar e interpretar exames comuns para diagnóstico e triagem

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------|------|------|-----|------|--|-----|-------|--|-----|-------|--|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Esta EPA descreve a habilidade essencial para prática médica de selecionar e interpretar testes diagnósticos e de triagem comuns* usando princípios baseados em evidências e custo-efetivos na medida em que se aproxima de um paciente em qualquer ambiente.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar uma avaliação diagnóstica básica e custo-efetiva para um paciente com um distúrbio comum, agudo ou crônico, ou como parte dos cuidados rotineiros de saúde. • Fornecer uma justificativa para a decisão de solicitar o teste. • Incorporar consciência de custos e princípios de custo-efetividade e de probabilidade pré-teste/pós-teste no desenvolvimento de planos diagnósticos. • Interpretar os resultados de estudos básicos de diagnóstico (tanto de laboratório quanto de imagens); saber valores laboratoriais comuns (por exemplo, eletrólitos). • Compreender as implicações e a urgência de um resultado anormal e buscar ajuda para interpretação conforme necessário. • Consultar e levar em consideração as preferências do paciente ao fazer recomendações. <p>* Os testes comuns de diagnóstico e triagem incluem os seguintes: exames no plasma/soro/sangue: gasometria arterial, bilirrubina, enzimas cardíacas, estudos de coagulação, hemograma, exames bacteriológicos e de sensibilidade aos antimicrobianos, eletrólitos, glicose, proteínas hepáticas, hemoglobina glicada, anticorpos anti-HIV, carga viral do HIV, CD4, lipoproteínas, testes de função renal, hemossedimentação e proteína C reativa, testes para sífilis. Estudos de urina: cultura e sensibilidade, exame qualitativo de urina, análise microscópica com multisticks. Fluidos corporais (CSF, pleural, peritoneal): contagens de células, cultura e sensibilidade, proteína(s), pesquisa de BAAR Testes de imagem: Rx de tórax e abdômem</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a pessoa (CP) - Conhecimentos para a prática (CPP) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseada na prática (AABP) - Prática baseada em sistemas (PBS) | | | | | | | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>CP4</td> <td>CPP1</td> <td>PBS3</td> </tr> <tr> <td>CP5</td> <td>CPP4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP9</td> <td>AABP9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CP7</td> <td>AABP1</td> <td></td> </tr> </table> | CP4 | CPP1 | PBS3 | CP5 | CPP4 | | CP9 | AABP9 | | CP7 | AABP1 | |
| CP4 | CPP1 | PBS3 | | | | | | | | | | | |
| CP5 | CPP4 | | | | | | | | | | | | |
| CP9 | AABP9 | | | | | | | | | | | | |
| CP7 | AABP1 | | | | | | | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No início do internato, explicar cada uma das EPAs que serão avaliadas, bem como os comportamentos esperados e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, dar feedback sobre o desempenho do aluno com relação ao tópico da EPA 3: recomendar e interpretar testes comuns para diagnóstico e rastreamento, bem como formas de atingir os comportamentos esperados. • Realizar Mini-CEX (Mini-exame clínico avaliativo) em pelo menos 1 momento do internato, e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, sua confiabilidade e suas sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados, conforme os itens do questionário da EPA 3. | | | | | | | | | | | | |

EPA 3. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| CP4 Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática. | É inconsistente na interpretação precisa de testes diagnósticos básicos. Não compreende os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste. | Consistentemente interpreta testes diagnósticos básicos com precisão. Ainda precisa de assistência com os conceitos de probabilidade pré-teste e com as características de desempenho de teste. |
| CP5 Tomar decisões fundamentadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações, nas preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico. | Relembra e apresenta fatos clínicos na história e na ordem em que foram coletados sem filtragem, reorganização ou síntese. O raciocínio analítico através da fisiopatologia básica impede o reconhecimento de padrões e resulta em uma lista exaustiva de todos os diagnósticos considerados, em vez do desenvolvimento de considerações diagnósticas funcionais, dificultando o desenvolvimento de um plano terapêutico. A ausência de um diagnóstico focado e um diagnóstico funcional também impede a incorporação das preferências do paciente no plano de diagnóstico e de gestão. | Resume e reorganiza as observações clínicas coletadas usando qualificadores semânticos (como opostos emparelhados que são usados para descrever informações clínicas [por exemplo, aguda e crônica]) para comparar e contrastar os diagnósticos considerados. O surgimento do reconhecimento de padrões no raciocínio diagnóstico e terapêutico geralmente resulta em uma avaliação bem sintetizada e organizada do diagnóstico diferencial e do plano de manejo. O diagnóstico diferencial focado e o plano de trabalho permitem incorporar as preferências do paciente no plano de diagnóstico e no gerenciamento. |
| CP7 Aconselhar e educar os pacientes e suas respectivas famílias para capacitá-los a participar de seu cuidado e possibilitar a tomada de decisões compartilhadas. | Conversas com pacientes e familiares contêm jargões médicos frequentes e exibem vieses pessoais. Não considera as circunstâncias específicas do paciente. Fornece pouca oportunidade para discussão ou perguntas. Define um plano para o paciente sem envolver o paciente. | Engaja-se em ouvir ativamente o paciente/família, permitindo a expressão de carinho, preocupação e empatia. Mantém um tom respeitoso e raramente usa jargão médico. Avalia o entendimento do paciente/família. Reconhece que os pacientes têm diferentes circunstâncias e começa a envolver o paciente/família na tomada de decisão compartilhada. |
| CP9 Fornecer serviços de saúde a pacientes, famílias e comunidades com o objetivo de prevenir problemas de saúde ou manter a saúde. | Não está familiarizado com os conceitos de manutenção de saúde. Não realiza procedimentos de triagem específicos para o paciente (por exemplo, com base na idade do paciente, no sexo, nos fatores de risco), a menos que seja instruído a fazê-lo. Responde as perguntas do paciente e das famílias, mas não oferece orientação antecipatória. | Tem conhecimento de conceitos de manutenção de saúde. Utiliza recursos disponíveis e começa a buscar recursos, diretrizes e recomendações novos e atuais para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Geralmente realiza procedimentos de triagem específicos para o paciente. Normalmente oferece orientação antecipada sem ser solicitado. Identifica frequentemente comportamentos não saudáveis e outros fatores de risco durante as interações do paciente e aborda sobre esses com o paciente/família. |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|---|
| Conhecimento para a prática (CPP) | | |
| <p>CPP1 Demonstrar uma abordagem investigatória e analítica para situações clínicas.</p> | <p>Recupera apenas pedaços de informação isolados. Tende a "saltos intuitivos", a conclusões, muitas vezes sem o suporte dos dados recolhidos ou das evidências antes de compreender completamente a tarefa de aprendizagem ou os tipos de informação necessários; não segue um procedimento sistemático para síntese, comparação e avaliação de informações, o que pode resultar em um raciocínio lento e linear; pode ter conhecimento armazenado de procedimentos, regras e fórmulas, mas, devido à falta de modelos mentais integrados de saúde e doença, falha em reconhecer quais condições justificam a aplicação desse conhecimento ou porque é relevante. Tem dificuldade em reconhecer padrões recorrentes de informação.</p> | <p>Está desenvolvendo uma base de conhecimento implícita que permite conexões mais rápidas, reconhecimento de padrões e raciocínio clínico. Pode focar processos cognitivos para discernir informações relevantes, identificar o desconhecido e fazer conexões para resolver problemas ou responder a perguntas clínicas via aprendizado na hora. Reúne várias representações do problema comparando, sintetizando e avaliando.</p> |
| <p>CPP4 Aplicar princípios das ciências epidemiológicas para a identificação de problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de tratamento, recursos e iniciativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde para pacientes e populações.</p> | <p>Pode lembrar e compreender os princípios epidemiológicos, mas não tem a capacidade de aplicar o conhecimento a condições médicas e cirúrgicas comuns e a cuidados preventivos básicos.</p> | <p>Possui conhecimento suficiente de epidemiologia clínica e capacidade para aplicar esse conhecimento necessário a condições médicas e cirúrgicas comuns e a cuidados preventivos básicos (por exemplo, pode fazer um diagnóstico, recomendar o manejo inicial e reconhecer variações na apresentação de condições médicas ou cirúrgicas comuns).</p> |
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) | | |
| <p>AABP9 Obter e utilizar informações sobre pacientes individuais, populações de pacientes ou comunidades de onde vêm os pacientes para melhorar os cuidados.</p> | <p>Focado apenas em pacientes individuais. Não considera que cuidar da saúde da população seja seu papel e, portanto, não se informou sobre as necessidades e os bens da comunidade. Não colabora com agências comunitárias, profissionais ou outros para melhorar a saúde do paciente ou da população. Não tem conhecimento das responsabilidades de relatórios de saúde pública de um médico e não se envolve em relatórios obrigatórios.</p> | <p>Entende que os problemas de saúde da população afetam a saúde dos pacientes e, portanto, identifica fontes de informação sobre as necessidades e os recursos da comunidade. Interage e começa a trabalhar em colaboração com agências comunitárias, profissionais e outros para abordar questões de saúde da população (por exemplo, prevenção de doenças e traumas). Geralmente se envolve em relatórios de saúde pública.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Suzana acaba de fazer uma história e realizou um exame físico em uma mulher de 18 anos que procurou o serviço de emergência com uma história de 2 semanas de dor torácica aguda. A paciente foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1 há quatro semanas e está sendo tratada com insulina. A dor torácica é atípica para isquemia cardíaca, e a paciente não tem fatores de risco conhecidos para doenças cardiovasculares, exceto diabetes. A paciente relata poliúria. Os registros médicos anteriores não estão disponíveis para revisão. Os achados do exame físico, incluindo os sinais vitais, são normais. Após a apresentação da história e do exame físico, Suzana indica que seu diagnóstico de trabalho é “excluir infarto do miocárdio”. Seu supervisor pede a ela para recomendar uma avaliação diagnóstica com uma justificativa para cada teste. Ela recomenda exames para descartar cetoacidose diabética-CAD (gasometria, cetonas, sódio, potássio, creatinina, ureia); um hemograma, porque a paciente pode precisar ser admitida; um exame de urina para ajudar a excluir CAD e infecção do trato urinário; uma hemoglobina A1c para avaliar o controle diabético; lipídeos séricos para identificar fatores de risco; níveis séricos de troponina I e creatinoquinase, e um ECG para descartar infarto do miocárdio e uma radiografia de tórax para excluir “outra patologia torácica”. Ela relata ter discutido esses planos com o paciente. O supervisor aponta que, dada a apresentação, um infarto do miocárdio é improvável. Ele sugere, portanto, que eles abandonem o teste da creatina quinase, dada a probabilidade quase zero pré-teste, especialmente se a troponina voltar negativa. Além disso, ele pede que Suzana revise o prontuário para ver quando a hemoglobina A1c foi medida pela última vez antes de fazer o teste. Estudos séricos mostram hiperglicemia e hiponatremia, e a urinalise mostra glicosúria, numerosas células epiteliais escamosas, 3 a 4 leucócitos e uma esterase leucocitária negativa. O ECG é normal. O nível de troponina é normal. Suzana recomenda admissão para excluir infarto do miocárdio. Ela recomenda uma cultura de urina e sensibilidade seguida de antibióticos orais de amplo espectro para uma infecção do trato urinário. Ela não reconhece a hiponatremia como pseudo-hiponatremia devido à hiperglicemia. O supervisor reitera que é improvável que isso represente a origem cardíaca da dor no peito e explica a pseudo-hiponatremia para ela. O supervisor também observa que, embora as células escamosas sugiram que a análise de urina não esteja “limpa”, a ausência de leucócitos ou esterase leucocitária significativa torna a avaliação adicional desnecessária devido a uma probabilidade pré-teste baixa ou inexistente. O supervisor também indica que esta é uma provável dor musculoesquelética e recomenda a alta para casa com um anti-inflamatório não esteroide (AINE).

Aluno confiável

Suzana acabou de fazer uma história e realizou um exame físico em uma mulher de 18 anos que procurou o serviço de emergência com uma história de duas semanas de dor torácica aguda. A paciente foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 1 há quatro semanas e está sendo tratada com insulina. A dor no peito é atípica para isquemia cardíaca e a paciente não tem fatores de risco cardiovascular conhecidos, exceto diabetes. A paciente relata poliúria. Os registros médicos anteriores não estão disponíveis para revisão. Os achados do exame físico, incluindo sinais vitais, são normais. Após a apresentação da história e do exame físico, Suzana indica que seu diagnóstico de trabalho é “dor torácica musculoesquelética”. Seu supervisor pede que ela recomende uma avaliação diagnóstica com uma justificativa para cada teste. Ela recomenda exames básicos para avaliar a glicose e excluir desequilíbrios eletrolíticos que possam acompanhar a poliúria ou a hiperglicemia presumida (glicose, sódio, potássio, creatinina e ureia). Ela também recomenda um exame de urina para avaliar a poliúria. Apesar da despesa adicional, ela recomenda um ECG como base e um nível de troponina I para ter certeza de que “não estamos perdendo nenhuma pericardite ou algo incomum”. Suzana adia a hemoglobina A1c como sendo muito cedo, após o início da terapia para diabetes. Ela também adia um painel de lipídios até que possa revisar o prontuário para ver se ele já foi feito. Suzana discute essas recomendações com a paciente e explica a ela a baixa probabilidade de infarto do miocárdio, mas que, ainda assim, um ECG será realizado para excluir outras doenças cardíacas menos frequentes. A paciente valoriza as informações e está satisfeita com a avaliação cardíaca, porque já sabia que os pacientes diabéticos têm maior risco de doença cardíaca. Estudos séricos mostram hiperglicemia e hiponatremia. A urinalise mostra glicosúria, numerosas células epiteliais escamosas, 3 a 4 leucócitos e uma esterase leucocitária negativa. Os testes de ECG e troponina I são normais. Suzana interpreta corretamente a coleta de urina como uma contaminação, mas observa a falta de leucócitos e esterase de leucócitos, dizendo a seu supervisor que ela não acredita que testes adicionais sejam indicados. Ela interpreta corretamente o baixo nível de sódio como pseudo-hiponatremia devido à hiperglicemia. Ela recomenda um AINE para dor torácica, pede que a paciente fique tranquila sobre a causa de sua dor e se coloca disponível para discutir qualquer preocupação que a paciente possa ter sobre sua dor ou sobre o recente diagnóstico de diabetes.

EPA 3. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O estudante é capaz de propor e selecionar os exames para o diagnóstico e/ou de triagem justificáveis para o paciente ?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante consegue fornecer uma justificativa para sua estratégia de exames de diagnóstico?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

O estudante avalia o resultado dos exames determinando os resultados que são urgentes e não urgentes?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante é capaz de interpretar os resultados dos exames no contexto do paciente?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

EPA 4. Elaborar e discutir solicitação de exames e prescrições

Mariana González de Oliveira

É no momento da prescrição que o médico, após realizar anamnese e exame físico, analisar exames complementares e refletir sobre sua conclusão diagnóstica, decide qual o tratamento que será adotado. É quando o ato médico se completa e a adoção de princípios básicos que norteiam o relacionamento médico-paciente transmitem segurança e contribuem para a adesão à prescrição médica. Observar as regras e limites éticos relacionados à prescrição, a fim de realizá-la com segurança, levando em conta os benefícios de sua indicação, possibilita que se evite expor o paciente a riscos desnecessários e contribui para que o médico preserve sua credibilidade e confirme sua competência.

Estudo realizado nos Estados Unidos revela que cada paciente internado em ambiente hospitalar está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos (1). Esses eventos podem ocorrer em todas as etapas da cadeia terapêutica, aumentando consideravelmente os custos do sistema de saúde (2-5). Estima-

se que erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis (6). No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção e do risco de dano em função da sua ocorrência, deve-se enfatizar a importância da sua elaboração desde o início da graduação.

Alguns preceitos básicos devem ser preenchidos na elaboração da prescrição médica, seja ela realizada no âmbito hospitalar ou na consulta ambulatorial (receita médica). Sempre se deve investigar reações alérgicas anteriores e ter em mente as contra-indicações relacionadas a cada caso, consideradas importantes fatores contribuintes para aumentar a segurança do paciente. A AAMC (American Association of Medical Colleges) recomenda a ênfase sobre o conhecimento do que torna cada paciente único em relação a sua necessidade de prescrição. O profissional deve ser claro e preciso, esclarecer dúvidas e orientar quanto a reações adversas. A falta de domínio sobre

os princípios norteadores da prescrição (o paciente correto, a dose correta, a via de administração correta e o intervalo de doses correto) pode colocar em risco a saúde do paciente.

A transparência da informação, a compreensão do que está sendo prescrito ou receitado e o conhecimento da prescrição contribuem para aumentar a adesão ao tratamento. É obrigação do prescritor esclarecer todas as dúvidas do paciente, bem como se colocar a disposição para resolução de possíveis eventos adversos. É importante lembrar que o Código de Ética Médica proíbe receitas ou prescrições ilegíveis. Também não deve haver rasuras ou irregularidades que prejudiquem a verificação de sua autenticidade. São componentes legais da receita: data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e o número de inscrição no respectivo conselho profissional de seu Estado. O carimbo não é uma exigência legal, desde que a assinatura seja complementada pela identificação clara do profissional e seu respectivo CRM.

A escolha de medicamentos deve ser feita com base em motivos racionais, de acordo com as melhores evidências disponíveis. A OMS (7-8) recomenda que estudantes de medicina sejam ensinados a indicar medicamentos para problemas específicos dos pacientes utilizando um esquema composto por 6 passos: (a) definir o problema do paciente; (b) especificar o objetivo do tratamento; (c) verificar a conveniência desses medicamentos; (d) escrever a prescrição; (e) informar e instruir o paciente e (f) monitorizar e/ou interromper o tratamento.

É importante também estar consciente de algumas particularidades relacionadas à realidade do paciente no momento da prescrição. A primeira delas é assegurar que o paciente compreenda o que foi orientado. Em casos de pacientes analfabetos, passar as orientações relacionadas a doses e intervalos através de esquemas desenhados, por exemplo. Em casos de pacientes pediátricos, conferir sempre o peso mais recente para garantir a segurança relacionada a dose prescrita.

O aluno confiável é capaz de elaborar prescrições de forma racional, aplicando os princípios da prescrição baseada em evidências, sendo capaz de explicar ao paciente de forma clara a justificativa para a sua decisão. Também demonstra incorporar hábitos de segurança ao elaborar

as prescrições/receitas, revisando dose, via e intervalo de administrações corretas. Suas prescrições refletem o diálogo com o paciente e sua família, adaptando a prescrição à realidade e à compreensão deles. É capaz de refinar suas escolhas levando em consideração os custos, a capacidade e a vontade do paciente em aderir às orientações passadas. Acima de tudo, o aluno confiável deve ser capaz de reconhecer suas limitações e pedir ajuda sempre que considerar necessário.

Referências

1. Aspden P. et al. (ed.). Committee on identifying and preventing medication errors preventing medication errors. institute of medicine of the national academies. Washington, DC: The National Academies Press, 2007; 544 p. (Quality Chasm Series).
2. Landrigan CP. et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med, Boston. 2010; 363(22):2124-34.
3. Bates DW, Gawande AA. Error in medicine: what we have learned? Ann Intern Med, Philadelphia. 2000; 132(9):763-767.
4. Gerrett D, et al. Tallman lettering. Final report of the use of tallman lettering to minimize selection errors of medicine names in computer prescribing and dispensing systems. Loughborough University Enterprises Ltd., 2009. Disponível em: www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eprescribing/refdocs/.
5. Leape LL, et al. The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med, Boston. 1991; 324(6):377-384.
6. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. Lancet, London. 1998; 351(9103):643-644.
7. World Health Organization. WHO. Action on patient safety. High 5s. World alliance for patient safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en>.
8. World Health Organization. WHO. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007. Geneva. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/World Health>.

EPA 4. Elaborar e discutir solicitação de exames e prescrições

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|---|---|--|--|
| Elabora a prescrição de forma eficiente e efetiva, tanto nas formas verbais quanto na escrita a mão ou no formato eletrônico. (PERGUNTA) CP6 AABP1 | Incapaz de elaborar prescrição eletrônica ou receita feita à mão (ou faz para paciente errado ou de forma incorreta). Não segue protocolos estabelecidos para elaborar a prescrição. | Não reconhece quando é necessário adaptar ou alterar a prescrição padrão. Solicita exames em excesso (atira para todos os lados). Pode ser confiante demais, não pede revisão dos colegas. | Reconhece a necessidade de adaptar ou de alterar a prescrição padrão. Elabora prescrições simples. Demonstra conhecimento dos processos de prescrição no local de trabalho. Faz perguntas, aceita sugestões. | Costuma reconhecer quando há necessidade de adaptar ou de alterar a prescrição padrão. Elabora prescrições complexas, que exijam alterações na dose ou no intervalo de administração. Abordagem racional da prescrição (espera o resultados de exames antes de solicitar outros). Reconhece suas limitações e pede ajuda. |
| Demonstra compreensão sobre a condição do paciente, justificando adequadamente a prescrição elaborada. (ADQUIRE) CP5 CP2 | Não tem conhecimento básico para orientar prescrições. Fica defensivo quando questionado. | Dificuldade em filtrar e em resumir a informação e de priorizar diagnósticos e tratamentos. Incapaz de justificar a lógica da sua prescrição. | Compreende a lógica que justifica a prescrição. Pode não levar em consideração sinais ou achados de exame que sejam mais sutis para elaborar a prescrição. | Reconhece padrões, considera as condições do paciente quando solicita exames e/ou tratamentos. Explica de que forma os resultados dos exames alteram a decisão clínica. |
| Reconhece erros e consegue evitá-los, atentando para fatores específicos do paciente, utilizando os recursos adequados e valorizando alertas de segurança do sistema. (AVALIA) AABP7 | Não valoriza informações usadas para evitar interações medicamentosas. Não corrige doses quando avisado pelos outros profissionais. Ignora alertas do sistema. | Subestima informações que poderiam evitar erros. Confia excessivamente na tecnologia para observar interações e/ou riscos medicamentosos (uso de aplicativos sugere interação, mas aluno não consegue explicá-la). | Pode demonstrar inconsistência ao aplicar hábitos de segurança de prescrição (como dupla checagem do peso, da idade, da função renal, de comorbidades, de dose e/ou intervalos e de dados de farmacogenética) quando aplicáveis na rotina. | Incorpora hábitos de segurança ao elaborar prescrições e receitas. Responde aos alertas de segurança da prescrição eletrônica, entendendo sua justificativa. Usa recursos eletrônicos para completar a informação de forma segura (ex: interações medicamentosas, orientações de tratamento). |
| Discute prescrições e receitas com equipe, pacientes e familiares (RECOMENDA) HCRI PBS3 | Elabora prescrições e/ou receitas que entram em conflito direto com crenças de saúde ou culturais do paciente e de seus familiares. | Prescreve sem se comunicar com os outros, usa estilo unidirecional. ("Aqui está o que vamos fazer...") Não leva em consideração os custos das medicações ou as preferências do paciente. | Modifica as orientações de acordo com as preferências do paciente. Pode perceber os esforços para conter gastos solicitados pelo paciente como interferência externa na relação médico-paciente. | Elabora prescrições que refletem diálogo bidirecional com pacientes, familiares e equipe. Considera os custos, a capacidade e a vontade do paciente de seguir as orientações combinadas. |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 4. Elaborar e discutir solicitação de exames e prescrições

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-------|-----|-------|-----|------|-------|--|
| Descrição da EPA | <p>Para a prática médica, é crucial que o interno seja capaz de elaborar prescrições, seja de forma verbal ou seja forma escrita. Espera-se que os internos sejam capazes de fazer essa tarefa com supervisão a distância. Espera-se que os internos tenham compreensão de alguns, mas não necessariamente todos os problemas clínicos dos pacientes para os quais estejam prescrevendo. Também devem ser capazes de reconhecer suas limitações e procurar ajuda para elaborar prescrições e receitas, quando não compreenderem a sua lógica. Espera-se que os alunos sejam capazes de compreender que as prescrições devem ser elaboradas de forma segura, em diferentes ambientes (internação, ambulatório, atendimentos de urgência ou emergência).</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar compreensão sobre as condições e as preferências do paciente que justifiquem a prescrição. • Demonstrar conhecimento sobre os fluxos de prescrição e suas rotinas, em cada ambiente de trabalho. • Elaborar prescrições de forma eficiente e efetiva, identificando a prescrição padrão adequada para a admissão; elaborar soros com eletrólitos corretos, reconhecendo as adaptações pertinentes às necessidades de cada paciente. • Ser capaz de elaborar prescrição verbais, bem como manuais ou eletrônicas. • Reconhecer e evitar erros de prescrição, valorizando alertas de segurança (ex., interações farmacológicas), saber utilizar os recursos adequados para corrigir a prescrição e maximizar o benefício terapêutico mantendo a segurança para o paciente. • Reconhecer fatores específicos do paciente (idade, peso, alergias, farmacogenética e comorbidades), relevantes para a elaboração da prescrição. • Discutir as prescrições e os planos terapêuticos (indicações, riscos) com pacientes e familiares, usando uma abordagem livre de julgamentos de valores, respeitando crenças de saúde que possam influenciar a aderência e o conforto do paciente com as orientações e prescrições. | | | | | | | | |
| Domínios de competência mais relevantes | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com as Pessoas (CP) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Prática baseada em sistemas (PBS) | | | | | | | | |
| Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio | <table border="0"> <tr> <td>CP2</td> <td>AABP1</td> </tr> <tr> <td>CP5</td> <td>HCRI1</td> </tr> <tr> <td>CP6</td> <td>PBS3</td> </tr> <tr> <td>AABP7</td> <td></td> </tr> </table> | CP2 | AABP1 | CP5 | HCRI1 | CP6 | PBS3 | AABP7 | |
| CP2 | AABP1 | | | | | | | | |
| CP5 | HCRI1 | | | | | | | | |
| CP6 | PBS3 | | | | | | | | |
| AABP7 | | | | | | | | | |
| Métodos de avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • No início do internato, explicar cada uma das EPAs que serão avaliadas, bem como os comportamentos esperados e o processo de avaliação • Durante a supervisão dos casos, a confecção dos planos terapêuticos e a elaboração das prescrições, dar feedback sobre o desempenho do aluno com relação ao tópico da EPA 4, respondendo ao questionário desta EPA. | | | | | | | | |

EPA 4. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre os pacientes e suas condições através de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.</p> | <p>Coleta informações insuficientes ou coleta informações demais, utilizando um roteiro fixo, independente da queixa principal. Não hierarquiza a importância das informações obtidas. Lembra das informações clínicas na ordem obtida. Capacidade limitada de coletar, filtrar, priorizar e conectar as informações obtidas. Apresenta um raciocínio lógico sobre o conhecimento básico de fisiopatologia, mas não consegue conectar os achados a consultas anteriores. Não altera o roteiro "dos pés-a-cabeça" no exame físico, para adaptar-se ao nível de desenvolvimento ou necessidades comportamentais do paciente. Não procura ou confia em excesso nos dados secundários.</p> | <p>Sua experiência clínica permite a correlação de sinais e sintomas do paciente atual aos encontrados em pacientes anteriores. Ainda depende do raciocínio lógico de conhecimentos básicos da fisiopatologia para coletar informações, mas a capacidade de conectar achados atuais a experiências prévias permite que a informação seja filtrada, priorizada e resumida em categorias diagnósticas amplas, positivas ou negativas. Realiza manobras básicas do exame físico corretamente, é capaz de reconhecer e interpretar corretamente os achados alterados. Usa a abordagem desenvolvimentista de forma correta e bem sucedida para realizar o exame físico. Procura e obtém dados a partir de fontes secundárias quando necessário.</p> |
| <p>CP5 Tomar decisões fundamentadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações, nas preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.</p> | <p>Pode lembrar e apresentar fatos clínicos na ordem ensinada da anamnese e do exame físico sem filtrar, reorganizar ou resumir. Desenvolve o raciocínio lógico através da fisiopatologia, o que impede o reconhecimento da doença e resulta em uma lista interminável de hipóteses diagnósticas, em vez de desenvolver considerações diagnósticas razoáveis, dificultando o desenvolvimento de um plano terapêutico. A incapacidade de elaborar um diagnóstico diferencial focado impede a incorporação de preferências do paciente no diagnóstico e no plano terapêutico.</p> | <p>Coleta e reorganiza os achados clínicos na ordem ensinada, usando qualificadores semânticos (ex.: agudo e crônico) para comparar e avaliar os diagnósticos em consideração. A emergência do padrão de reconhecimento no raciocínio diagnóstico e terapêutico costuma resultar em uma avaliação bem resumida e organizada do diagnóstico diferencial principal, bem como em um plano terapêutico adequado. O diagnóstico diferencial focado permite que se incorporem as preferências do paciente no diagnóstico e no plano terapêutico.</p> |
| <p>CP6 Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes.</p> | <p>Desenvolve e aplica planos terapêuticos com orientação de terceiros, seja da instituição de saúde seja do preceptor. Incapaz de ajustar os cuidados às características ou às preferências de cada paciente. A comunicação sobre os cuidados é unidirecional, do médico para o paciente/familiar. Busca orientação ou ajuda de forma inconsistente.</p> | <p>Desenvolve e implementa planos terapêuticos baseados em conhecimento teórico e na própria experiência prévia, principalmente em situações mais simples. Segue os protocolos assistenciais e algoritmos institucionais de forma habitual e espontânea, não como uma obrigação. Os planos começam a incorporar as necessidades e os valores expressados pelo paciente. Valoriza uma comunicação bidirecional, permitindo que as decisões sejam compartilhadas. Busca orientação e ajuda sempre que necessita.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|--|
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| <p>AABP1 Identifica pontos fracos e fortes, deficiências e limites de seu próprio conhecimento e experiência.</p> | <p>Depende de lembretes externos para perceber seus pontos fortes, deficiências e limites. O aluno reconhece essas avaliações externas, mas a compreensão do seu desempenho é superficial e limitada à classificação geral; ou seja, a compreensão de como seu desempenho tem relação direta com seu nível de conhecimento específico, habilidades e postura é bastante limitada. A falta de reflexão e de percepção sobre suas limitações resulta na incapacidade de reconhecer quando precisa de ajuda, o que eventualmente pode trazer consequências indesejadas aos pacientes, bem como o desperdício da oportunidade de aprendizado e de aperfeiçoamento profissional.</p> | <p>Depende principalmente de lembretes próprios para compreender seus pontos fortes, deficiências e limites, através de um processo independente de reflexão e percepção. A reflexão pode ser originada a partir de algum desconforto ou tensão ao desempenhar suas atividades clínicas; algum incidente crítico ou como resultado que considera mediano de suas atividades. Reconhece suas limitações e desenvolveu um sistema independente de buscar ajuda, considerando que a segurança do paciente supera sua percepção de autonomia médica, resultando em pedidos pertinentes de auxílio quando necessário.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Sheila está passando pelo estágio de ortopedia pediátrica, quando é chamada na emergência para avaliar um menino de oito anos, que sofreu um acidente de carro. Os paramédicos informam que a criança foi trazida de um hospital de baixa complexidade próximo. Ele foi transferido a um hospital pediátrico de referência, porque parecia apresentar uma fratura de fêmur e havia preocupação de que houvesse sangramento de grande volume. Sheila não obtém detalhes sobre o acidente nem sobre os sinais vitais com os paramédicos. Quando a mãe do paciente chega, Sheila faz uma anamnese superficial, descobrindo apenas que o menino faz uso de medicamentos para asma, sem perguntar nenhuma informação sobre a história ou o contexto familiar. Ela faz um exame físico rápido e focado na perna atingida.

Sheila vai até o computador mais próximo do leito e solicita todos os exames agrupados no padrão "trauma". Ela pede 23 exames de sangue, sem se preocupar se estão indicados ou não. Solicita três bolsas de CHAD, caso seja necessário transfusão, pede RX de membros inferiores e prescreve medicamentos para asma. Sheila ignora um aviso que aparece na tela do computador ao solicitar o CHAD. Ela volta a falar com a mãe, dizendo que exames foram pedidos, sem se preocupar em perguntar se está bem assim ou se ela está compreendendo a situação. Sheila dirige-se ao plantonista para discutir um caso resumido de trauma na perna de uma criança previamente hígida. É perguntada sobre o mecanismo da lesão, mas não consegue dar detalhes, insistindo na necessidade de transfusão de sangue.

Enquanto isso, a mãe dirige-se ao posto de enfermagem, educadamente informa a enfermeira de plantão que não fala nem compreende muito bem português e pede que a enfermeira explique o que está acontecendo. A enfermeira consegue um tradutor e descobre que a mãe é Testemunha de Jeová, sendo contra a realização de transfusão de sangue. A mãe também entrega à enfermeira um CD contendo os exames de imagem que foram realizados no primeiro atendimento, antes da transferência. A mãe refere estar muito nervosa com a possibilidade de a criança fazer mais exames de RX, pela exposição desnecessária a radiações. Neste momento, o farmacêutico liga para o plantão da emergência, sinalizando que as doses de medicamentos para asma estão muito altas para a idade do paciente.

Aluno confiável

Sheila está passando pelo estágio de ortopedia pediátrica, quando é chamada na emergência para avaliar um menino de oito anos, que sofreu um acidente de carro. Imediatamente após a chegada do menino, ela pede a enfermeira que avalie os sinais vitais e o acesso venoso, enquanto pergunta aos paramédicos mais informações sobre o mecanismo da lesão e os detalhes sobre a evolução da criança desde o momento do acidente. Os paramédicos informam Sheila que a criança foi trazida de um hospital de baixa complexidade próximo. Ele foi transferido a um hospital pediátrico de referência, porque parecia apresentar uma fratura de fêmur, e havia preocupação de que houvesse sangramento de grande volume. Sheila confirma com a enfermeira que o acesso está adequado, o paciente está adequadamente monitorizado e parece estar estável. Ela pergunta novamente sobre a preocupação dos paramédicos com a hemorragia e revisa a nota de transferência do hospital, que prestou o primeiro atendimento, para determinar quais exames já haviam sido feitos em relação à determinação do tipo de fratura, bem como avaliação de outras possíveis lesões. A seguir, realiza um exame físico completo. A mãe do menino chega, aparenta não falar ou entender muito bem o português, então, Sheila solicita um tradutor.

Após tranquilizar a mãe, Sheila vai ao computador mais próximo para solicitar exames, enquanto aguarda a chegada do tradutor. Como o menino já havia feito uma série completa de RX e de exames de sangue no hospital de origem, Sheila solicita apenas hemograma, tipagem sanguínea e gasometria. O tradutor chega, Sheila faz uma anamnese completa com a mãe, descobrindo que o menino tem asma e que a família é Testemunha de Jeová, opondo-se a qualquer transfusão sanguínea. Sheila retorna ao computador para prescrever as medicações de asma, quando uma indicação de alerta pisca na tela para avisar sobre a dose excessiva. Sheila verifica as dosagens corretas do inalador com a mãe e refaz a prescrição com a dose correta. Sheila também inclui no prontuário uma alerta sobre a recusa para receber hemoderivados, devido às crenças religiosas da família.

Sheila então discute o caso com o plantonista, incluindo sua preocupação com a anemia, que foi confirmada no hemograma solicitado, bem como a recusa da mãe em transfundir. O plantonista pergunta se há qualquer alternativa ao CHAD para uma possível transfusão e se a mãe estaria de acordo com essa alternativa. Após essa discussão, Sheila procura seu preceptor antes de prescrever uma alternativa ao CHAD com a qual ela não está familiarizada. Ela também relata que está aguardando a interpretação dos exames de imagem trazidos para garantir que nenhum outro exame esteja faltando.

EPA 4. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno é capaz de obter a história com informações relevantes para a prescrição.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno avalia apropriadamente as condições e crenças sociais do paciente para adaptar a prescrição.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de prescrever a medicação certa, na dose certa, para o paciente certo.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de usar evidências para dar apoio a prescrição e plano terapêutico.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

Betânia Barreto de Athayde Bohrer
Francisco Arsego de Oliveira

O contato direto com o paciente ainda é considerado um dos momentos mais nobres do cuidado em saúde. Pela sua importância, contudo, o registro da atividade médica – quer em papel, quer em prontuários eletrônicos – deve ser analisado como um reflexo concreto dessa relação. Adicionalmente, o registro estabelece as bases para a comunicação efetiva entre o prestador e os demais membros da equipe assistencial e também com o sistema de saúde mais amplo. Uma prática médica de excelência e o seu correspondente registro são, portanto, elos indissociáveis de um mesmo processo de cuidado.

Nessa perspectiva, o registro médico é uma experiência educacional poderosa no sentido da necessidade de aperfeiçoamento contínuo, tendo o benefício do paciente sempre como principal objetivo (1).

É importante destacar que, independentemente da especialidade escolhida, os registros médicos serão um aspecto permanente da sua atividade

profissional. Apesar do risco de banalizá-lo justamente por poder ser percebido como um ato corriqueiro de menor importância – o registro inclui uma série de dimensões, todas integradas entre si:

1. Capacidade de entender e de registrar adequadamente a situação do paciente no momento do encontro clínico nos seus mais diferentes cenários: ambulatório, internação, período pré e pós cirúrgico, nota de internação ou de alta e mesmo contatos telefônicos e outras formas de comunicação eletrônica. Obviamente, a situação clínica do paciente deve estar relacionada a um contexto mais abrangente, que inclui a sua história de vida, a trajetória da sua doença, os seus sentimentos e crenças, ou seja, a sua narrativa (2). Pressupõe-se igualmente que esse conjunto de informações possa ser devidamente filtrado e organizado, priorizando ações mais urgentes e indicando a continuidade das demais para um momento oportuno. Nessa mesma dimensão, o registro das

influências sociais e culturais também se torna importante, pois permite a incorporação do entendimento de que o próprio paciente tem sobre a sua doença e, de modo complementar, as suas preferências quanto à tomada de decisão no que se refere ao manejo do seu problema de saúde como um todo.

2. Capacidade de explicitar o raciocínio clínico do estudante naquela situação específica a ponto de fundamentar uma proposta de plano terapêutico.
3. Capacidade de, ao analisar o conjunto de informações sobre o paciente, explicitar o raciocínio clínico do estudante naquela situação específica a ponto de fundamentar uma proposta de plano terapêutico. Para tanto, passa a ser indispensável que o mesmo tenha um bom conhecimento médico e, ao mesmo tempo, demonstre comprometimento com o paciente. É esse embasamento que ajudará o estudante a definir o que fazer e o que não fazer no cuidado prestado.

4. O registro médico feito pelo estudante é de extrema importância para a continuidade do cuidado e para a comunicação com os demais membros da equipe de saúde, uma vez que frequentemente as intervenções propostas serão realizadas escalonadamente e segundo as prioridades identificadas. Assim, é por meio do registro que o estudante se apresenta aos demais membros da equipe e começa a criar relações profissionais interna e externamente à sua instituição de origem.
5. Por fim, mas não menos importante, há as dimensões legais do registro, tanto no nível institucional (que define o conjunto de regras a serem seguidas), como no nível estatal, que as regula de maneira ampla por meio de mecanismos jurídicos que tem como objetivo a proteção da sociedade. Fica evidente que um número excessivo de regras e a falta de clareza na lógica da sua construção são fatores muitas vezes vistos, especialmente pelos mais jovens, como entraves à agilidade necessária para os atendimentos, desencadeando a busca por alternativas para burlar o sistema de registro (3). Dessa forma, o papel educativo do professor torna-se ainda mais imprescindível, uma vez que o registro feito pelo estudante geralmente

necessita ser formalmente validado pelo responsável legal pelo cuidado do paciente (4).

Dessa forma, para que o estudante cumpra o objetivo de realizar adequadamente o registro do encontro clínico no prontuário, pressupõe-se o domínio de determinados conhecimentos, habilidades e atitudes nessa área. De modo resumido, o registro esperado deve ser preciso e específico para o contexto onde foi realizado, contendo elementos que informem adequadamente a história clínica, os achados relevantes do exame físico, um diagnóstico de trabalho e, por fim, um plano de manejo que seja coerente com todos os demais itens e que tenha a concordância do paciente.

Referências

1. Cheng DR, Scodellaro T, Uahwatanasakul W, South M. An Electronic Medical Record in Pediatric Medical Education: Survey of Medical Students' Expectations and Experiences. *Appl Clin Inform* 2018; 09(04): 809-816.
2. Charon R. What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician*. 2007 Aug; 53(8): 1265-1267.

3. Heiman HL, Rasminsky S, Bierman JA, Evans DB, Kinner KG, Stamos J, Martinovich Z, McGaghie WC. Medical Students' Observations, Practices, and Attitudes Regarding Electronic Health Record Documentation. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*. 2014; 26:1, 49-55.
4. Wittels K, Wallenstein J, Patwari R, Patel S. Medical Student Documentation in the Electronic Medical Record: Patterns of Use and Barriers. *West J Emerg Med*. 2017 Jan; 18(1): 133-136.

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|--|---|---|---|
| <p>Prioriza e sintetiza informações em uma narrativa convincente em uma variedade de encontros clínicos (p.ex. notas de internações, evoluções, pré e pós-operatórios, registro de procedimentos, termos de consentimento, notas de alta). P4 HCRI1</p> | <p>Fornecer documentação incoerente.</p> | <p>Perde informações importantes. Usa um modelo com habilidade limitada em ajustar ou em adaptar conforme a audiência, contexto ou objetivo.</p> | <p>Fornecer informações-chave mas inclui detalhes desnecessários ou redundantes. Demonstra habilidade para ajustar ou adaptar para audiência, contexto ou objetivo.</p> | <p>Fornecer uma narrativa verificável e convincente sem detalhes desnecessários ou redundantes. Ajusta e adapta registros baseados na audiência, no contexto ou na finalidade (p.ex. notas de internações, evoluções, pré e pós-operatórios, registro de procedimentos, termos de consentimento, notas de alta).</p> |
| <p>Segue as regras de registro de acordo com as regras e expectativas profissionais. HCRI5 P4 PBS1</p> | <p>Copia e cola sem verificação ou crítica. Não fornece documentação quando requerida. Fornecer documentação ilegível.</p> | <p>Elabora documentação que possui erros ou não cumpre as regras estabelecidas (p.ex. data, hora, assinatura, usa abreviaturas proibidas). Tem dificuldade em finalizar o registro em tempo hábil, resultando na falta de acesso ao registro por parte de membros da equipe.</p> | <p>Reconhece e corrige erros relacionando elementos requeridos da documentação. Finaliza os registros-padrão em tempo hábil. Pode não documentar a busca por fontes primárias e secundárias, importante para o encontro clínico.</p> | <p>Fornecer registro acurado, legível, oportuno que inclui elementos requeridos institucionalmente. Registra no prontuário do paciente o papel nas atividades da equipe. Registra o uso de fontes primárias e secundárias para preencher as lacunas.</p> |
| <p>Elabora uma lista de problemas, um diagnóstico diferencial e um plano terapêutico baseado em um raciocínio clínico que reflita as preferências do paciente. CP4 CP6 HCRI1 HCRI2</p> | <p>Copia e cola sem verificação ou crítica. Não fornece documentação quando requerida. Fornecer documentação ilegível.</p> | <p>Não documenta a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano, o raciocínio clínico ou as preferências do paciente. Interpreta exames de acordo com as normas em vez do contexto. Demonstra comportamento de busca de ajuda limitado para completar lacunas de conhecimento, habilidades e experiência.</p> | <p>Registra a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano e o raciocínio clínico. É inconsistente em interpretar testes básicos de forma acurada. Engaja-se em comportamento de busca de ajuda, resultando em melhora na habilidade de desenvolver e registrar plano de manejo. Solicita as preferências do paciente e as registra numa nota específica.</p> | <p>Registra a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano refletindo uma combinação de processo mental e os inputs de outras fontes. Interpreta valores laboratoriais de forma acurada. Identifica problemas-chave, registrando o engajamento daqueles que podem ajudar a resolvê-los. Comunica-se bidirecionalmente para desenvolver e registrar um plano de manejo alinhado com as preferências do paciente.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----|-------|-----|------|-------|--|-------|--|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Para a prática clínica, o interno deve ser capaz de produzir registro preciso, focado e específico do contexto de um encontro clínico em formatos em papel ou eletrônico. O desempenho desta EPA baseia-se na capacidade de obter informações por meio da história, usando fontes primárias e secundárias, e exame físico em uma variedade de cenários (por exemplo, consulta ambulatorial, internação, nota de alta, contato por telefone, e-mail). O registro é uma forma de comunicação fundamental e que dá suporte à capacidade de fornecer continuidade de cuidados aos pacientes e permite que todos os membros da equipe de saúde e consultores possam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender a evolução dos problemas do paciente, a investigação diagnóstica e o impacto das intervenções terapêuticas. 2. Identificar os determinantes sociais e culturais que afetam a saúde do paciente. 3. Visualizar a doença através das lentes dos pacientes e da família. 4. Incorporar as preferências do paciente na tomada de decisão clínica. <p>O prontuário do paciente é um documento legal que fornece um registro das interações da relação médico-paciente.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtrar, organizar e priorizar informações. • Sintetizar informações em uma narrativa relevante. • Registrar uma lista de problemas, o diagnóstico de trabalho, o diagnóstico diferencial e o plano terapêutico. • Escolher as informações que exigem destaque no registro com base em sua finalidade (por exemplo, consulta na emergência, consulta ambulatorial, internação, história e exame físico). • Cumprir os requisitos e os regulamentos relativos aos registros no prontuário do paciente. • Verificar a autenticidade e a origem das informações registradas (por exemplo, evita copiar e colar de forma cega). • Fazer os registros em tempo hábil e de forma legível. • Documentar com precisão o raciocínio que apoia a tomada de decisão no encontro clínico para qualquer leitor (por exemplo, consultores, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, auditores). • Documentar as preferências do paciente de forma a permitir a sua incorporação na tomada de decisão clínica. | | | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com o paciente (CP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) - Prática Baseada em Sistemas (PBS) | | | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>CP4</td> <td>HCRI5</td> </tr> <tr> <td>CP6</td> <td>PBS1</td> </tr> <tr> <td>HCRI1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HCRI2</td> <td></td> </tr> </table> | CP4 | HCRI5 | CP6 | PBS1 | HCRI1 | | HCRI2 | |
| CP4 | HCRI5 | | | | | | | | |
| CP6 | PBS1 | | | | | | | | |
| HCRI1 | | | | | | | | | |
| HCRI2 | | | | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Avaliar o registro do aluno, fornecer feedback sobre a atividade utilizando o instrumento de avaliação da EPA5. | | | | | | | | |

EPA 5. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|---|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP4 Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática.</p> | <p>É inconsistente na interpretação precisa de testes diagnósticos básicos. Não compreende os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste.</p> | <p>Consistentemente interpreta testes diagnósticos básicos com precisão. Ainda precisa de assistência com os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste.</p> |
| <p>CP6 Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes.</p> | <p>Desenvolve e executa planos de gestão com base em diretivas de outros, seja da organização de saúde seja do médico supervisor. Não consegue ajustar os planos com base nas diferenças ou nas preferências individuais do paciente. A comunicação sobre o plano é unidirecional, do médico ao paciente/família. De maneira inconsistente procura orientação adicional ou consulta quando necessário.</p> | <p>Desenvolve e executa planos de gestão com base em conhecimentos teóricos e alguma experiência, especialmente na gestão de problemas comuns. Segue diretrizes de prática de cuidados de saúde e algoritmos de tratamento como uma questão de hábito e boa prática, e não como uma imposição externa. Os planos começam a incorporar as sugestões e valores dos pacientes por meio de uma comunicação mais bidirecional, permitindo, assim, a tomada de decisão compartilhada. Procura orientação e consulta adicionais, conforme necessárias.</p> |
| Habilidade de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI1 Comunicar-se eficazmente com pacientes, suas respectivas famílias e o público, conforme for apropriado, em contextos socioeconômicos e culturais variados.</p> | <p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente unidirecional e baseada em um modelo, sem a capacidade de variar a abordagem com base nas necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Frequentemente usa jargão médico. Não envolve pacientes e familiares em discussões sobre planos de cuidados (ou seja, não se envolve em tomada de decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando oferecidas pelo paciente, mas não solicita ativamente preferências. Determina ou evita conversas difíceis ou ambíguas.</p> | <p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente bidirecional. Quando baseado em um modelo, pode adaptar-se às necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Evita o jargão médico. Usa uma variedade de técnicas, incluindo linguagem não técnica, ensino, ritmo adequado e pequenas informações para garantir que a comunicação com pacientes e suas famílias seja bidirecional e resulte em tomada de decisão compartilhada. Desenvolve roteiro para abordar os cenários de comunicação mais difíceis.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|---|
| Habilidade de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI5 Manter registros médicos completos, oportunos e legíveis.</p> | <p>A documentação tem erros. A documentação é frequentemente incompleta; seções de dados críticos (por exemplo, histórico médico anterior) e informações críticas (por exemplo, diagnósticos específicos) podem estar faltando, podem não documentar o que foi realmente dito e feito, e podem falhar em comunicar o raciocínio clínico. A documentação tem informações ou detalhes desnecessários. A documentação muitas vezes não está disponível para outros provedores revisarem a tempo para seu uso no cuidado do paciente. A documentação manuscrita pode ser ilegível. A documentação pode ser inconsistente com as políticas institucionais, como o uso de abreviações ou a omissão de data, hora e assinatura.</p> | <p>A documentação é completa e captura com precisão a história do paciente, usando os principais aspectos da interação entre médico e paciente e o serviço prestado, mas não é excessivamente longa e detalhada. Por vezes, adapta a documentação à situação específica. Todos os dados importantes são verificados ou a fonte é declarada. Erros identificados no prontuário são relatados e medidas apropriadas iniciadas para corrigi-los. O raciocínio clínico está bem documentado. Os principais bancos de dados específicos do paciente são mantidos e atualizados quando aplicável. A documentação está completa e disponível para que outros a analisem dentro de um prazo adequado para ajudar no cuidado do paciente. A documentação manuscrita é sempre legível. A documentação é consistente com as políticas institucionais, como evitar abreviaturas proibidas, e toda a documentação tem hora, data e assinatura.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P4 Demonstrar o dever de prestar contas aos pacientes, à sociedade e à profissão.</p> | <p>Parece estar interessado em aprender medicina, mas não totalmente envolvido como profissional, o que resulta em um papel observacional ou passivo. Este interno geralmente ignora os sintomas da fadiga e nega as possíveis consequências da privação do sono.</p> | <p>Demonstra compreensão do papel profissional e da importância de ser "médico", tornando-se totalmente envolvido em atividades de atendimento ao paciente. Tem um senso de dever. Raramente ocorrem comportamentos que não refletem uma visão de si profissional. Demonstra responsabilidades profissionais básicas, tais como relatórios oportunos para serviço e limpeza apropriada. Este aluno reconhece os sintomas de fadiga e compreende as consequências da privação de sono; ele monitora sua própria fadiga e estresse, modera o comportamento de acordo e busca apoio, quando necessário, para fadiga excessiva ou estresse.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Como médico assistente do serviço, você revisa a nota de internação da aluna Antônia, designada para a sua equipe. Antônia foi convidada a avaliar Pedro, um menino de três anos de idade com a fibrose cística que está sendo readmitido após uma internação recente por pneumonia e déficit de crescimento, e que agora apresenta tosse persistente, apatia e ingesta oral insuficiente. No round às 8 da manhã do dia seguinte à internação, não há registro da história e do exame físico, você então retorna no final da manhã para revisá-lo. A nota de admissão tem uma data, mas não tem hora nem assinatura. A história da internação feita por Antônia registra que Pedro estava bem nos primeiros dias após sua última alta e então sua tosse piorou. Ela escreveu que ele não tem comido ou bebido muito e passa o dia deitado no sofá assistindo TV. A nota indica pouca ingestão oral, mas não há menção sobre quantidade de urina ou o padrão de evacuações. Não há menção de vários outros aspectos negativos pertinentes da história (por exemplo, cor ou quantidade de escarro, história de dor abdominal ou sintomas urinários, febre, sudorese). Ela cita as datas da internação recente, mas não menciona resultados das culturas de escarro ou do raio-x de tórax. Ela lista os medicamentos da sua nota de alta do paciente, assim como lista os medicamentos atuais, mas a lista não é precisa. O registro não inclui o aumento da dose, que você prescreveu ontem quando a mãe do paciente ligou para pedir uma nova prescrição porque ela havia deixado o remédio na casa da avó. Durante essa ligação, a mãe também disse que Pedro não estava tomando o suplemento nutricional e que ninguém ligou para ela sobre o atendimento domiciliar que ele deveria receber. Esta informação não está registrada na história. O exame físico registrado inclui sinais vitais e exames da cavidade oral, ouvidos, aparelhos respiratório, cardíaco e abdômen. Não há menção do estado geral e nenhuma referência ao turgor cutâneo. O registro do exame do pulmão não estabelece o grau de sofrimento e diz: "Difícil de examinar devido ao choro do paciente." Os exames laboratoriais incluem hemograma, eletrólitos e testes de função renal e os resultados citados como "dentro dos limites normais". A nota não esclarece a data desses testes, fazendo que você ficasse em dúvida se eles foram feitos nesta internação. O raio-x de tórax está referido como "pendente". Na avaliação e no plano, Antônia inclui uma lista de problemas, os testes diagnósticos específicos e pedidos referentes a cada problema, mas não há texto explicando o diagnóstico diferencial ou o processo de raciocínio relacionado à causa da tosse, à apatia e à ingesta oral insuficiente. Seu plano inclui o mesmo suplemento nutricional sobre o qual a mãe reclamou ao telefone para você. No plano não há menção sobre consultoria com o serviço social ou qualquer encaminhamento para atendimento domiciliar.

Aluno confiável

Como médico assistente do serviço, você revisa a nota de internação da aluna Antônia, designada para a sua equipe. Antônia foi solicitada a fazer a internação de Pedro, um menino de três anos com fibrose cística, que foi readmitido após uma internação recente por pneumonia e atraso do crescimento, e que agora apresenta tosse persistente, apatia e ingesta oral insuficiente. A nota de internação elaborada por Antônia com a história e exame físico de Pedro registra que ele estava bem nos primeiros dois dias após sua última alta e, em seguida, sua tosse piorou. Ela escreveu que ele não tem comido ou bebido muito e passa o dia deitado no sofá assistindo TV. Ela dá as datas da internação recente e inclui informações pertinentes desse encontro, incluindo os resultados do raio-x de tórax mostrando infiltrados bilaterais e uma cultura de escarro mostrando pseudomonas sensíveis aos antibióticos prescritos. Na lista de medicamentos, ela observa a mudança na dosagem de antibiótico que você fez recentemente quando soube que os antibióticos originais foram deixados na casa da avó. Ela também observa que Pedro recebeu uma prescrição de um suplemento nutricional na última internação, mas que a mãe não tomou muito do suplemento, porque ele não gosta. A nota indica uma ingestão oral baixa e uma leve diminuição das micções ao longo dos últimos dois dias e menciona que a última evacuação foi há três dias. A nota descreve uma expectoração de cor amarelo-esverdeada que aumentou em volume e alguns episódios de tosse, com eliminação de escarro. A nota diz que a mãe percebeu que Pedro estava quente, mas não tinha um termômetro em casa para verificar a sua temperatura. O exame físico registrado inclui sinais vitais; a aparência geral de uma criança quieta, apática e sonolenta, com uma tosse intermitente; uma observação da diminuição do turgor cutâneo e das membranas mucosas ressecadas; e um exame oral e auditivo normal, bem como um exame cardíaco e abdominal normal e sem baqueteamento. O exame pulmonar registrado descreve taquipneia leve, mas sem retrações e com crepitações disseminadas em ambos os pulmões. Os resultados de exames laboratoriais são datados e incluem um hemograma completo, eletrólitos e testes de função renal com valores documentados. O raio-x de tórax é anotado como solicitado de urgência. Um adendo de acompanhamento descreve os resultados do exame. Na avaliação e no plano, Antônia inclui uma lista de problemas e os exames diagnósticos específicos e os pedidos referentes a cada problema. Ela inclui uma discussão sobre o potencial risco de uma pneumonia tratada inadequadamente, bem como o risco de surgimento de resistência aos antibióticos. No item "possível desidratação" da lista de problemas, ela observa seu plano inicial para fluidos IV e indica que irá verificar esse aspecto com o residente. Na discussão sobre o estado nutricional, ela indica a necessidade de consulta nutricional e de conversar com a mãe sobre o tipo preferido de suplemento nutricional para o filho. Ela também observa a necessidade de avaliação e de apoio por parte do serviço social, bem como um segundo encaminhamento para a visita de enfermagem, já que ninguém ligou para a mãe sobre o atendimento domiciliar que ele deveria receber. Antônia observa que ela encontrou um problema semelhante com uma referência em outro paciente e planeja levar isso para o seu residente e para o médico contratado.

EPA 5. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

Registra informações precisas e legíveis sem erros:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Tem pelo menos três diagnósticos diferenciais justificáveis:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui todos os elementos de documentação relevantes e obrigatórios:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Usa outras fontes de registros de pacientes conforme apropriado e com atribuição:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui uma lista de problemas priorizados:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui um plano racional e fundamentado:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Completa a documentação em tempo hábil: Sim Não Não se aplica

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem:

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar:

EPA 6. Fazer a apresentação oral de um caso clínico

Camila Giugliani
Bruna Cristine Chwal

Considerada e reconhecida como meta educacional pela Associação Americana de Faculdades de Medicina (AAMC), a comunicação é uma das habilidades centrais na prática médica (1,2). A apresentação oral de um caso clínico é uma das principais formas de interação médico-equipe. A construção do relato depende da capacidade do estudante em obter, processar e organizar dados relevantes ao entendimento do caso (3). Um relato bem feito facilita a transferência de informações entre os profissionais de saúde, melhora a eficiência e a qualidade do cuidado com os pacientes e diminui a probabilidade de ocorrência de más condutas e erros médicos.

Apesar de sua importância, no entanto, ainda não há uma ferramenta universalmente aceita ou amplamente utilizada para auxiliar os alunos a melhorar suas habilidades de apresentação. Esta lacuna é, em parte, devida à grande complexidade dessa habilidade, bem como à grande variabilidade nas necessidades tanto dos alunos quanto dos demais profissionais da saúde (4).

Algumas evidências apontam que o raciocínio clínico e o conhecimento das expectativas dos educadores são essenciais para o desenvolvimento das apresentações orais de casos clínicos (5). Estudos de Haber (6) e Lingard (7) delinearam as principais dificuldades em apresentações de casos clínicos orais: segundo os autores, os educadores esperavam que os alunos desenvolvessem habilidades de raciocínio clínico a fim de definir quais detalhes da anamnese, do exame físico e dos testes complementares deveriam ser selecionados para otimizar e organizar com clareza a apresentação oral para os demais membros da equipe. Já os alunos, de um modo geral, tiveram uma compreensão pouco clara das expectativas de seus professores em relação às apresentações orais e, conseqüentemente, acabaram seguindo padrões simplistas para os seus relatos, além de dificuldades para identificar quais informações seriam mais relevantes (8).

De acordo com o ensino baseado em competências, espera-se que o aluno confiável seja capaz de apresentar

informações coletadas pessoalmente de uma forma acurada, concisa e organizada e que relacione os principais sinais e sintomas do paciente, incluindo aspectos relevantes dos achados da anamnese, do exame físico e dos testes complementares, e os exponha de forma clara aos demais membros da equipe. Em relação ao educador, espera-se que explique suas expectativas e forneça feedback adequado ao aluno, para que o mesmo possa compreender suas dificuldades e vá se aperfeiçoando ao longo do tempo.

Referências

1. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and teaching toolbox. *Med Educ.* 2006;40:624-9.
2. AAMC Medical School Objectives Project. American Association of Medical Colleges Web Site.

3. Kim S, Kogan JR, Bellini LM, Shea JA. A randomized-controlled study of encounter cards to improve oral case presentation skills of medical students. *J Gen Intern Med.* 2005. August; 20 8: 743-747.
4. Green EH, Hershman W, DeCherrie L, Greenwald J, Torres-Finnerty N, Wahi-Gururaj S. Developing and implementing universal guidelines for oral patient presentation skills. *Teach Learn Med.* 2005. Summer; 17 3: 263- 267.
5. Williams DE, Surakanti S.. Developing Oral Case Presentation Skills: Peer and Self-Evaluations as Instructional Tools. *Ochsner J.* 2016 Spring;16(1):65-9.
6. Haber RJ, Lingard LA. Learning oral presentation skills: A rhetorical analysis with pedagogical and professional implications. *Journal of General Internal Medicine* 2001;16:308–14.
7. Lingard LA, Haber RJ. What do we mean by “relevance?” A clinical and rhetorical definition with implications for teaching and learning the case-presentation format. *Academic Medicine* 1999;74(10, Suppl.):S124–7.
8. Green EH, Durning SJ, DeCherrie L, Fagan MJ, Sharpe B, Hershman W. Expectations for oral case presentations for clinical clerks: opinions of internal medicine clerkship directors. *J Gen Intern Med.* 2009;24(3):370–373. doi:10.1007/s11606-008-0900-x.

EPA 6. Fazer a apresentação oral de um caso clínico

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|--|---|---|--|
| Apresentar informações coletadas e verificadas pessoalmente, reconhecendo áreas de incerteza. CP2 PBL1 PPD4 P1 | Inventa informações quando não consegue responder às perguntas Reage defensivamente quando questionado. | Coleta evidências de forma incompleta ou exaustiva. Falha em verificar informações. Não obtém informações delicadas ou que possam causar constrangimento. | Reconhece lacunas no conhecimento, ajusta-se ao feedback e então obtém informações adicionais. | Apresenta informações acuradas e verificadas pessoalmente, mesmo que delicadas ou que possam causar algum tipo de constrangimento. Reconhece lacunas no conhecimento, reflete acerca das áreas de incerteza e busca informações adicionais para esclarecer ou refinar a apresentação. |
| Fazer uma apresentação oral acurada, concisa e bem organizada. ICS2 PC6 | Apresenta de forma desorganizada e incoerente. | Faz uma apresentação que não é concisa ou que é vaga. Apresenta uma história imprecisa com informações omitidas ou estranhas. | Faz uma apresentação organizada em torno da queixa principal. Quando questionado, consegue identificar pontos positivos e negativos pertinentes para apoiar as hipóteses. Apoia planos de manejo com informações limitadas. | Filtra, sintetiza e prioriza informações em uma apresentação concisa e bem organizada. Integra pontos positivos e negativos pertinentes para apoiar as hipóteses. Traz argumentos sólidos para embasar o plano. |
| Ajustar a apresentação oral para atender as necessidades do receptor. ICS1 ICS2 PBL1 PPD7 | Apresenta informações de maneira que assusta as famílias. | Segue um modelo pronto (<i>template</i>). Usa acrônimos e jargões médicos. Projeta muita ou pouca confiança. | Quando solicitado, consegue ajustar a apresentação em termos de duração e de complexidade para corresponder à situação e ao receptor das informações. | Adapta duração e complexidade da apresentação, conforme a situação e o receptor das informações. Transmite autoconfiança apropriada para deixar paciente e família à vontade. |
| Demonstrar respeito pela privacidade e pela autonomia do paciente. P3 P1 PPD4 | Desconsidera a privacidade e a autonomia do paciente. | Carece de sensibilidade quando apresenta informações delicadas sobre o paciente. Não envolve os pacientes e as famílias nas discussões sobre o cuidado. | Incorpora as preferências dos pacientes e suas necessidades de privacidade. | Respeita a privacidade e a confidencialidade dos pacientes ao demonstrar sensibilidade quando discute os casos. Envolve-se com a tomada de decisão compartilhada solicitando ativamente as preferências dos pacientes. |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 6. Fazer a apresentação oral de um caso clínico

| | |
|---|---|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Para estar preparado para a prática médica, todos os internos precisam ser capazes de apresentar concisamente o resumo de um encontro clínico para um ou mais membros da equipe de saúde (incluindo pacientes e familiares), a fim de alcançar um entendimento comum sobre a condição atual do paciente. Um pré-requisito para a habilidade de fornecer uma apresentação oral é a síntese das informações, reunidas em uma avaliação acurada da condição atual do paciente.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar informações que tenham sido coletadas ou verificadas pessoalmente, reconhecendo quaisquer áreas de incerteza. • Fazer uma apresentação oral acurada, concisa e bem organizada. • Ajustar a apresentação oral para atender as necessidades do receptor das informações • Assegurar uma comunicação em circuito fechado (isto é, a recepção de informação é verificada pelo emissor e pelo receptor) entre o apresentador e o receptor das informações para garantir que ambas as partes tenham um entendimento comum sobre a condição e as necessidades do paciente. |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado com a pessoa (CP) - Aprendizagem e Aperfeiçoamento Baseadas na Prática (AABP). - Habilidades de Comunicação e relacionamento Interpessoal (HCRI). - Profissionalismo (P) - Desenvolvimento Pessoal e Profissional (DPP). |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CP2 P1 AABP1 P3 HCRI1 DPP4 HCRI2 DPP7</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No início do internato, explicar cada uma das EPAs que serão avaliadas, bem como os comportamentos esperados e o processo de avaliação • Durante a supervisão dos casos, dar feedback sobre o desempenho do aluno com relação ao tópico da EPA 6: apresentação oral de uma consulta clínica, bem como formas de atingir os comportamentos esperados. • Realizar Mini-CEX em pelo menos um momento do internato e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, a sua confiabilidade e as sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. |

EPA 6. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre o paciente e sua condição por meio de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes.</p> | <p>Coleta informações insuficientes ou em excesso, seguindo um modelo pré-determinado, na ordem coletada, sem priorizar os dados relevantes. Tem habilidade limitada para filtrar, priorizar as peças da informação. Faz um raciocínio analítico utilizando conhecimento fisiopatológico básico com limitada capacidade de vincular os achados dos vários encontros clínicos Executa as manobras do exame físico incorretamente. Pode perder os principais resultados do exame físico. Não altera a abordagem de exame da cabeça aos pés para atender o nível de desenvolvimento ou as necessidades comportamentais do paciente. Não busca ou é excessivamente dependente de dados secundários.</p> | <p>Tem alguma experiência clínica que permite relacionar sinais e sintomas do paciente atual com achados de outros pacientes previamente avaliados. Ainda se baseia principalmente em raciocínio analítico da fisiopatologia básica para ligar as informações, mas é capaz de relacionar os achados atuais com os de encontros clínicos prévios e filtrar, priorizar, sintetizar os achados pertinentes positivos e negativos e evitar amplas categorias de diagnósticos. Realiza as manobras básicas de exame físico corretamente, reconhece e interpreta corretamente os achados anormais. Realiza uma abordagem de exame físico consistentemente relacionada ao problema do paciente. Procura e obtém dados de fontes secundárias, quando necessário.</p> |
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| <p>AABP1 Identificar pontos fortes, deficiências e limites no próprio conhecimento e experiência.</p> | <p>Depende de lembretes externos para compreender seus pontos fortes, deficiências e limites. Responde a esses estímulos, mas o entendimento do desempenho é superficial e limitado ao nível básico; tem pouca compreensão de como as medidas de desempenho se relacionam de modo significativo com os níveis específicos de conhecimento, habilidades e atitudes do aluno. A falta de reflexão e de discernimento das limitações impede o reconhecimento de quando pedir ajuda, às vezes, causando consequências adversas não desejadas aos pacientes ou oportunidades perdidas de aprendizagem e aperfeiçoamento.</p> | <p>Baseia-se em estímulos internos para compreender seus pontos fortes, suas deficiências e seus limites, por meio de um processo de reflexão e discernimento. A reflexão pode ser em resposta à incerteza, ao desconforto ou à tensão frente a tarefas clínicas, a um incidente crítico ou a prática e desfechos subótimos. Reconhece limitações e desenvolve um sistema de valores para a busca de ajuda, em benefício do paciente, que se sobrepõe a qualquer valor percebido de autonomia do médico, resultando em pedidos de ajuda apropriados, quando necessário.</p> |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI1 Demonstrar habilidades interpessoais e de comunicação que resultam na troca efetiva de informações e na colaboração com pacientes, suas famílias e profissionais de saúde.</p> | <p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente unidirecional e baseada em um modelo pronto, sem a capacidade de variar a abordagem com base nas necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Frequentemente usa jargão médico. Não envolve pacientes e familiares em discussões sobre planos de cuidados (ou seja, não se envolve em tomada de decisão compartilhada).</p> | <p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente bidirecional. Quando baseado em um modelo, pode adaptar-se às necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Evita o jargão médico. Usa uma variedade de técnicas, incluindo linguagem não técnica, para garantir que a comunicação com pacientes e suas famílias seja bidirecional e resulte em tomada de decisão compartilhada. Desenvolve roteiros para abordar os cenários de comunicação mais difíceis.</p> |
| <p>HCRI2 Comunicar-se eficazmente com pacientes, suas respectivas famílias e o público, conforme for apropriado, em contextos socioeconômicos e culturais variados (ver também competência de colaboração interprofissional, IPC 7.3).</p> | <p>Tem um formato rígido de comunicação de fatos baseado em regras, sem modular as características da comunicação com base no contexto, no público ou na situação. Usa comunicação unidirecional que não incentiva idéias ou opiniões de outros membros da equipe. Evita conversas difíceis ou assuntos com incertezas.</p> | <p>Escuta ativamente e incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta com sucesso a estratégia de comunicação e a mensagem ao público, ao propósito e ao contexto na maioria das situações. Totalmente consciente do propósito da comunicação; pode eficientemente contar uma história e fazer um argumento, começando a improvisar em situações desconhecidas. Geralmente, combina a ferramenta de comunicação com a situação. Discute os planos de cuidados com a equipe e os mantém atualizados. Envolve outros (por exemplo, supervisores) para ajudar com o feedback para outros membros da equipe, mesmo quando essas conversas são difíceis ou desconfortáveis.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|---|
| Profissionalismo (P) | | |
| P1 Demonstrar humanidade, integridade e respeito pelos outros. | Demonstra falhas na conduta profissional, como interações desrespeitosas ou falta com a verdade, especialmente em situações estressantes ou de fadiga ou em casos complicados e/ou incomuns. Isso coloca os outros na posição de intervir e de resolver conflitos. Pode haver algum insight sobre o comportamento, mas há uma incapacidade de modificá-lo em situações estressantes. | Em quase todas as circunstâncias, demonstra conduta profissional como, por exemplo, interações respeitosas e compromisso com a verdade. Tem insights sobre seu próprio comportamento, bem como prováveis gatilhos para lapsos de profissionalismo e é capaz de usar essa informação para garantir o profissionalismo. |
| P3 Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia do paciente. | Não considera de forma consistente a privacidade e a confidencialidade do paciente (por exemplo, pode discutir o caso do paciente em uma área pública como um elevador). Desconhece código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Não envolve os pacientes e os familiares em discussões e planos de cuidados (ou seja, não realiza decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando trazidas pelo paciente, mas não as solicita ativamente. | Consistentemente considera a privacidade e a confidencialidade do paciente, com raros lapsos. Conhece o código de ética médica no que diz respeito ao sigilo médico. Envolve os pacientes e os familiares no plano de cuidado. Pergunta e respeita as preferências dos pacientes. |
| Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) | | |
| DPP4 Praticar flexibilidade e maturidade em se adaptar a mudanças, com a capacidade de mudar seu comportamento. | O comportamento rígido é mais confortável. Tem dificuldade em tomar decisões diante de situações desafiadoras. Teme a perda de controle quando se vê fora do domínio usual de conceitos cognitivos e pensamentos. Emocionalmente reativo e vulnerável ao estresse. Usa mecanismos de enfrentamento imaturos. Não modifica o comportamento, não vendo razão para isso. Baixo nível de inteligência emocional (IE), com incapacidade de ser auto-consciente ou de efetivamente se auto-regular, com pouco comprometimento e pouco otimismo. | A flexibilidade é conscientemente escolhida e praticada. Muda facilmente mentalidades e comportamentos quando o funcionamento emocional e social é comprometido. Demonstra mecanismos de enfrentamento maduros e saudáveis. A resiliência e a confiança parecem estar presentes tanto em comportamentos cotidianos quanto em momentos estressantes. Tende a ter uma atitude positiva. Inteligência emocional (IE) de nível médio alto a alto, com alto nível de autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e habilidades sociais |
| DPP7 Demonstrar autoconfiança, que deixe à vontade pacientes, familiares e membros da equipe de saúde. | Fala de maneira confiante, mas ainda inseguro quando e como claramente articular limitações pessoais ao paciente/família. Exibe comportamentos que refletem algum conforto e confiança com o papel de médico, mas as famílias não necessariamente se sentiriam à vontade sem a tranquilidade de um colega mais experiente ou um supervisor. | Demonstra discernimento sobre quando ser confiante com base em conhecimentos e habilidades, e sobre quando expressar a incerteza com situações e diagnósticos. O alinhamento emergente entre conhecimento/habilidade e grau de certeza permite que as famílias fiquem à vontade em muitas situações. |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Roberto está fazendo seu estágio no serviço de Cirurgia Geral no hospital universitário. Ele está de plantão e receberá o próximo paciente internado. A residente que está com ele, Janete, chama-o para ir à ala de Emergência para avaliar um novo paciente. Ao chegar à Emergência, Roberto percebe que o paciente que vai avaliar é um senhor idoso chamado João, que está em sofrimento evidente, acompanhado por uma jovem identificada como sua filha. Roberto se lança e começa imediatamente a avaliar o senhor, averiguando que ele tem 88 anos e desenvolveu uma dor abdominal intensa de início agudo com vômitos nas últimas 24 horas e produção mínima de urina. Roberto termina a história e o exame físico, vê que os exames laboratoriais estão pendentes e corre para encontrar Janete para apresentar suas descobertas e seus planos. Quando ele está saindo, a filha do paciente o para e pergunta o que há de errado com o pai, ao que Roberto responde que o pai dela parece estar com insuficiência renal aguda secundária à desidratação grave e possível obstrução intestinal. A filha parece confusa e muito preocupada, mas Roberto afirma que tem que sair para encontrar a residente. Roberto encontra Janete no elevador e começa a apresentar o caso na frente de várias outras pessoas. Janete pede que ele espere até que eles saiam do elevador. Em seguida, ele discorre sobre o histórico médico do paciente, medicações atuais e extensa revisão de sistemas, incluindo o histórico de oncomicosose do paciente, razão pela qual ele consulta um podólogo, em vez de enquadrar sucintamente a discussão em torno da atual queixa aguda do paciente. Quando Janete tenta redirecionar Roberto para definir a queixa principal, ele fica muito confuso e diz que está chegando a esse ponto em seguida. Ele finalmente completa sua apresentação, que é bastante prolongada e pouco organizada. Janete pergunta quais seriam suas recomendações. Ele afirma com certeza de que acha que o paciente tem uma obstrução intestinal, com base na história de vômitos e de uma cirurgia abdominal passada, que o levou à insuficiência renal. Quando questionado sobre as evidências que apoiam esse diagnóstico, Roberto não consegue fornecer nenhuma evidência e se torna um pouco defensivo, afirmando que o residente da Emergência ainda não solicitou todos os exames corretos para confirmar suas suspeitas, mas os laboratoriais estavam pendentes. Roberto e Janete dirigem-se ao Departamento de Emergência para avaliar o paciente em conjunto e encontram o médico assistente, que está na ala de Emergência para ver o atendimento do novo paciente. Roberto se lança imediatamente e novamente apresenta o paciente, essencialmente da mesma maneira que fez com Janete, sem incorporar feedback dela sobre a organização e o foco da sua apresentação. Além disso, ele não percebe que a filha do paciente está ouvindo sua apresentação, parecendo confusa e perturbada. Quando ela tenta interromper, ele faz uma breve pausa e diz que estará com ela em um minuto, assim que ele terminar de apresentar o caso de pai dela ao supervisor.

Aluno confiável

Roberto está fazendo seu estágio no serviço de Cirurgia Geral no hospital universitário. Ele está de plantão e receberá o próximo paciente internado. A residente que está com ele, Janete, chama-o para ir à ala de Emergência para avaliar um novo paciente. Ao chegar à Emergência, Roberto percebe que o paciente que vai avaliar é um senhor idoso chamado João, que está em sofrimento evidente, acompanhado por uma jovem identificada como sua filha. Roberto gentilmente pergunta ao Sr. João quem o está acompanhando, e este o informa que é sua filha. O Sr. João então dá permissão à sua filha para contar a Roberto os detalhes da sua condição atual. Roberto descobre pela filha que seu pai tem 88 anos e desenvolveu uma dor abdominal intensa, de início agudo, com vômitos nas últimas 24 horas, e não urina há muito tempo. Roberto faz uma história cuidadosa e focada, reunindo informações, conforme apropriado, diretamente do paciente e também de sua filha, realiza um exame físico e, em seguida, solicita uma série de exames laboratoriais, os quais descreve ao Sr. João e a filha dele. O interno diz que vai falar com Janete, sua residente supervisora, e voltará para discutir os próximos passos e recomendações. Quando ele está saindo, a filha do paciente o para e pergunta o que há de errado com o pai, e Roberto responde que seus rins parecem estar funcionando mal, e ele está preocupado que possa ser devido à desidratação causada por um bloqueio no seu intestino. A filha parece confusa e muito preocupada. Roberto então se senta com a filha para explicar melhor sua hipótese diagnóstica e seu raciocínio, até que ela seja capaz de verbalizar que entende as preocupações e o plano dele. Roberto encontra a enfermeira que está com Sr. João e Janete, e leva-os para um local privado para iniciar a apresentação do caso. Roberto começa por averiguar o que Janete já sabe sobre o Sr. João. Ele então se concentra primeiro nas questões mais emergentes e pede à enfermeira para contribuir com a história inicial e com o padrão sequencial de sinais vitais anotados. Roberto apresenta claramente a queixa principal e o histórico médico relevante, usando a descrição e as palavras do próprio paciente para esclarecimento. A apresentação é concisa e eficiente, e Roberto percebe algumas lacunas na história que ele precisará procurar no prontuário do Sr. João, incluindo o fato de que nem o paciente nem sua filha conseguiam lembrar do histórico completo de medicações. Ele afirma com confiança, mas não com certeza, de que o paciente provavelmente tem uma obstrução intestinal, com base nos vômitos, em seus achados de exame físico e na história de uma cirurgia abdominal anterior. Ele afirma sua preocupação de que a obstrução tenha produzido desidratação e conseqüente insuficiência renal aguda. Ele também considera uma série de outras possibilidades no diagnóstico diferencial e observa que essa terá que ser descartada pelos vários exames de laboratório solicitados. Roberto declara seu plano de pedir à enfermeira que inicie uma hidratação EV, bem como alguns antibióticos por via intravenosa, enquanto aguarda os resultados dos exames de sangue e de imagem. Ele afirma que acha que o paciente precisa ser internado, mas pergunta a Janete a sua opinião sobre o Sr. João ir para o bloco cirúrgico com urgência, e se deve antecipar a necessidade de um leito na UTI.

EPA 6. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em relatar oralmente um encontro clínico, usando a seguinte escala:

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno apresentou informações obtidas por ele?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

A apresentação é pertinente, e as hipóteses são direcionadas?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica.]

Ajusta a apresentação baseado no objetivo e no público?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância.
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica.]

Mantém a privacidade e a confidencialidade apropriadas para o cenário?

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância.
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica.]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 7. Formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente

Danilo Blank
Maria Eugênia Pinto

As treze primeiras EPAs enfocadas neste livro compõem um conjunto mínimo de atividades selecionadas criteriosamente pelo painel de especialistas convocados pela Association of American Medical Colleges como sendo aquelas essenciais e que todo graduando do curso médico tem que ser digno de confiança para desempenhá-las por conta própria, com razoável chance de sucesso (1). Dentre elas, a sétima marca um dos dois pontos de inflexão no nível de confiança quanto ao melhor desfecho clínico para o paciente. O primeiro ocorre com a EPA de número dois, que exige competências integradoras de raciocínio clínico frente a dados obtidos, registrados e comunicados à equipe de modo apropriado. Já a EPA de número sete trata da capacidade de formular as perguntas clínicas apropriadas a cada caso e recolher das fontes certas da literatura as evidências que melhor serão integradas em benefício do paciente, o que requer competências mais sofisticadas do que aquelas necessárias para as tarefas relacionadas a procedimentos (2).

Ao final do currículo do curso médico, o aluno tem que ter as competências que

lhe permitam selecionar os dados relevantes da avaliação clínica inicial e, a partir deles, formular perguntas clínicas pertinentes no modelo PICO – paciente/população/problema, intervenção, comparação e desfecho (3-5). Com base nessas perguntas, tem que ser capaz de realizar buscas na literatura médica com habilidade, e de avaliar criticamente a validade e a aplicabilidade das evidências disponíveis e incorporá-las em decisões clínicas de elaboração diagnóstica e escolha terapêutica (6,7).

Nessas ações, várias competências são críticas, mas duas que se destacam são o domínio dos princípios das ciências clínicas e epidemiológicas e o manejo das tecnologias de informação, incluindo não só os meios de acesso aos dados disponíveis na internet, mas também o discernimento de quais são os websites mais fidedignos, atualizados e que propiciam buscas efetivas (8). Além disso, ao recolher as informações, o aluno digno de confiança as avalia conforme os níveis de evidência que justificam seu grau de aplicabilidade clínica e, sempre que preciso, solicita orientação para compreender as sutilezas das hierarquias das evidências (6,7).

Ainda no âmbito da competência em equilibrar o raciocínio clínico e as evidências epidemiológicas, ressalte-se a capacidade de refletir sobre os benefícios e riscos dos processos de investigação e tratamento, com foco no desfecho para o paciente. Nesse sentido, incluem-se como competências a ponderação na solicitação de exames complementares e a noção crítica do que são diagnóstico e tratamento excessivos, com conhecimento e aplicação prática dos princípios da prevenção quaternária (9-11).

Referências

1. Englander R, Flynn T, Call S, et al. Toward Defining the Foundation of the MD Degree: Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. *Acad Med* 2016;91:1352-8. doi: 10.1097/acm.0000000000001204.

2. Cocks P, Cutrer WB, Esposito K, Lupi C. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency – EPA 7 Schematic: Form Clinical Questions and Retrieve Evidence to Advance Patient Care. In: Obeso V, Brown D, Phillipi C, eds. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2017. <https://www.aamc.org/download/482200/data/epa7.pdf>.
3. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RSA. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club* 1995;123:A12-3. doi: 10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12.
4. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak* 2007;7:16. doi: 10.1186/1472-6947-7-16.5.
5. Briccetti C, Rowe P. Research and statistics: searching for answers: strategies for searching the clinical literature. *Pediatr Rev* 2011;32:350-2. doi: 10.1542/pir.32-8-350.
6. Koretz RL. Assessing the Evidence in Evidence-Based Medicine. *Nutr Clin Pract* 2019;34:60-72. doi: 10.1002/ncp.10227
7. Courtney DB, Bennett K, Szatmari P. The Forest and the Trees: Evidence-Based Medicine in the Age of Information. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58:8-15. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.035.
8. Chan T, Trueger NS, Roland D, Thoma B. Evidence-based medicine in the era of social media: Scholarly engagement through participation and online interaction. *CJEM* 2018;20:3-8. doi: 10.1017/cem.2016.407.
9. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O’Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn’t. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2018;23:1-3. doi: 10.1136/ebmed-2017-110886.
10. Llewelyn H. The scope and conventions of evidence-based medicine need to be widened to deal with “too much medicine”. *J Eval Clin Pract* 2018;24:1026-32. doi: 10.1111/jep.12981.
11. Pellin PP, Rosa RS. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na educação profissional. *Saberes Plurais: Educação na Saúde* 2018;2:9-22. <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351>.

EPA 7. Formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|---|--|---|---|
| <p>Combinar curiosidade, objetividade e raciocínio científico para desenvolver uma pergunta clínica bem formulada, focada e pertinente. (PERGUNTA) CPP3 AABP6 AABP1 AABP3</p> | <p>Não reconsidera sua abordagem a um problema, não pede ajuda ou busca informações novas.</p> | <p>Ao ser estimulado, traduz necessidades de informação, formulando perguntas clínicas.</p> | <p>Pede ajuda para traduzir necessidades de informação na formulação de perguntas clínicas bem formadas.</p> | <p>Identifica limitações e falhas no seu conhecimento. Desenvolve o conhecimento, guiado por perguntas clínicas bem formadas.</p> |
| <p>Demonstrar consciência e habilidade para usar tecnologia de informação para obter informações médicas acuradas e confiáveis. (ADQUIRE) AABP6 AABP7</p> | <p>Recusa-se a usar novas tecnologias de informação.</p> | <p>Usa estratégias de pesquisa vagas ou inapropriadas, levando a um volume de informação impossível de gerenciar.</p> | <p>Emprega ferramentas de busca diferentes e refina estratégias de busca para melhorar a eficiência da coleta de evidências.</p> | <p>Identifica e usa bases de dados disponíveis, ferramentas de busca e estratégias de busca refinadas para adquirir a informação relevante.</p> |
| <p>Demonstrar habilidade para avaliar fontes, conteúdo e aplicabilidade das evidências. (AVALIA) AABP6 CPP3 CPP4</p> | <p>Recusa-se a considerar falhas e limitações na literatura ou a aplicar evidências publicadas no cuidado de pacientes específicos.</p> | <p>Aceita achados de estudos clínicos sem apreciação crítica. Com assistência, aplica as evidências aos problemas médicos comuns.</p> | <p>Julga a qualidade da evidência de estudos clínicos. Aplica as evidências aos problemas médicos comuns.</p> | <p>Usa níveis de evidência para avaliar a literatura e determina a aplicabilidade das evidências. Busca orientação para compreender as sutilezas das evidências.</p> |
| <p>Aplicar os achados a indivíduos ou grupos de pacientes; comunica os achados ao paciente e à equipe, refletindo sobre processos e desfechos. (RECOMENDA) HCR11 HCR12 AABP1 AABP8 AABP 9 CP7</p> | <p>Não discute os achados com a equipe. Não determina ou discute desfechos e/ou processos, mesmo se estimulado.</p> | <p>Comunica-se recitando rigidamente os achados, usando jargão médico ou demonstrando vieses pessoais. Mostra habilidade limitada para conectar desfechos ao processo pelo qual as perguntas foram identificadas e respondidas e os achados aplicados.</p> | <p>Aplica os achados com base nas necessidades dos pacientes. Reconhece a ambiguidade dos achados e gerencia vieses pessoais. Conecta desfechos ao processo pelo qual as perguntas foram identificadas e respondidas.</p> | <p>Aplica achados com nuances, citando apropriadamente o nível e a consistência das evidências. Reflete sobre a ambiguidade, os desfechos e o processo pelo qual as perguntas foram identificadas e respondidas e os achados aplicados.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 7. Formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente

| | |
|---|---|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>No final do internato, é crucial que o interno seja capaz de identificar as perguntas clínicas essenciais no cuidado dos pacientes, de identificar os recursos de informação e de coletar as informações e evidências que serão usadas para responder essas perguntas. O interno deve ter, no final do internato, habilidade básica para criticar a qualidade das evidências e avaliar a sua aplicabilidade a seus pacientes e ao contexto clínico. O conjunto de competências para praticar a medicina baseada em evidências se apoia nos conhecimentos fundamentais do indivíduo e na sua autoconsciência para identificar falhas e para solucioná-las.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver perguntas clínicas bem formadas, focadas e pertinentes, baseadas nos cenários clínicos e no cuidado dos pacientes em tempo real. • Demonstrar consciência e habilidades básicas para avaliar fontes e conteúdo da informação médica, mediante o uso de critérios aceitos. • Identificar e demonstrar o uso de tecnologia de informação para acessar informações médicas online que sejam acuradas e dignas de confiança. • Demonstrar consciência e habilidades básicas para avaliar a aplicabilidade/generabilidade das evidências de estudos publicados a pacientes específicos. • Demonstrar curiosidade, objetividade, e uso de raciocínio científico na aquisição de conhecimento e na sua aplicação no cuidado dos pacientes. • Aplicar os achados primários de uma determinada busca de informação a um paciente individual ou grupo de pacientes. • Comunicar os achados de uma determinada busca de informação à equipe de saúde (incluindo paciente/família). • Fechar o círculo de reflexão sobre o processo e o desfecho para o paciente |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento para a prática (CPP) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CPP3 AABP1 AABP6 AABP9 CPP4 AABP3 AABP7 HCRI2</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA7 sem supervisão. • Na supervisão dos casos, identificar se o aluno já adquiriu as habilidades necessárias para as tarefas descritas na EPA 7 e ao responder o questionário da EPA 7 qual o seu grau de independência. |

EPA 7. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|---|
| Conhecimento para a prática (CPP) | | |
| <p>CPP3 Aplicar os princípios estabelecidos e emergentes das ciências clínicas para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas, para a resolução de problemas clínicos e outros aspectos dos cuidados de saúde baseados em evidências.</p> | <p>Pode lembrar e compreender princípios das ciências clínicas, mas não tem habilidade para aplicar o conhecimento em condições médicas e cirúrgicas comuns e cuidados preventivos básicos.</p> | <p>Possui conhecimento suficiente das ciências clínicas e da habilidade para aplicar o conhecimento em condições médicas e cirúrgicas comuns e cuidados preventivos básicos (p.ex.: faz um diagnóstico, faz recomendações sobre manejo inicial e reconhece a variação nas apresentações de condições médicas e cirúrgicas comuns).</p> |
| <p>CPP4 Aplicar princípios das ciências epidemiológicas para a identificação de problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de tratamento, recursos e iniciativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde para pacientes e populações.</p> | <p>Pode lembrar e compreender princípios epidemiológicos, mas não tem habilidade para aplicar o conhecimento em condições médicas e cirúrgicas comuns e os cuidados preventivos básicos.</p> | <p>Possui conhecimento suficiente de epidemiologia clínica e habilidade para aplicar o conhecimento em condições médicas e cirúrgicas comuns e cuidados preventivos básicos (p.ex.: faz um diagnóstico, faz recomendações sobre manejo inicial e reconhece a variação nas apresentações de condições médicas e cirúrgicas comuns).</p> |
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| <p>AABP1 Identificar pontos fortes, deficiências e limites no próprio conhecimento e experiência.</p> | <p>Depende de lembretes externos para compreender seus pontos fortes, suas deficiências e seus limites. Responde a esses estímulos, mas o entendimento do desempenho é superficial e limitado ao nível básico; tem pouca compreensão de como as medidas de desempenho se relacionam de modo significativo com os níveis específicos de conhecimento, habilidades e atitudes do aluno. A falta de reflexão e de discernimento das limitações impede o reconhecimento de quando pedir ajuda, às vezes, causando consequências adversas não desejadas aos pacientes, ou de oportunidades perdidas de aprendizagem e aperfeiçoamento.</p> | <p>Depende principalmente de solicitações internas para entender os pontos fortes, as deficiências e os limites de alguém através de um processo de reflexão e insight. A reflexão pode ser em resposta à incerteza, ao desconforto ou à tensão no preenchimento dos deveres clínicos; um incidente crítico; ou prática ou resultados sub-ótimos. Reconhece limitações e desenvolveu um sistema de valor pessoal de busca de ajuda em prol do paciente, que substitui qualquer valor percebido da autonomia do médico, resultando em solicitações apropriadas de ajuda quando necessário.</p> |
| <p>AABP3 Identifica e realiza atividades de aprendizagem voltadas a deficiências em conhecimento, habilidades e atitudes.</p> | <p>Engaja-se em atividades de aprendizagem baseadas em materiais curriculares fornecidos externamente e prontamente disponíveis, independentemente de estilo de aprendizagem, preferências ou propriedade da atividade. Objetivos de aprendizagem autodirigidos não especificam nenhuma medida de desfecho.</p> | <p>Engaja-se em atividades de aprendizagem e fixa metas, com base em análises internas e externas de deficiências em conhecimento, habilidades e atitudes. Alinha atividades de aprendizagem com preferências e estilos. Busca informação baseada em evidência para atingir metas de aprendizagem (p.ex.: diretrizes práticas, bases de dados Cochrane e PubMed).</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|---|
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| AABP6 Localizar, avaliar e assimilar as evidências de estudos científicos relacionados aos problemas de saúde dos pacientes. | Raramente desacelera para reconsiderar a abordagem a um problema, pede ajuda ou busca informações novas. Precisa assistência para traduzir necessidades de informação médica para perguntas clínicas bem formadas. Não tem familiaridade com pontos fortes e fracos da literatura médica. Aceita os achados de estudos de pesquisa clínica sem avaliação crítica. | Costuma desacelerar para reconsiderar abordagens a problemas, pede ajuda ou busca informações novas. É capaz de traduzir necessidades de informação médica em perguntas clínicas bem formadas. Compreende níveis de evidência e usa métodos de busca avançados. É capaz de apreciar criticamente um tópico, analisando os desfechos principais; porém, pode precisar de auxílio para compreender sutilezas das evidências. |
| AABP7 Usar a tecnologia da informação para otimizar a aprendizagem. | Geralmente não tenta espontaneamente usar tecnologias de informação e, quando solicitado a fazê-lo, precisa de auxílio direto. Incapaz de escolher entre bases de dados múltiplas para pesquisas clínicas ou para necessidades do aprendizado. Incapaz de filtrar ou priorizar a informação colhida, restando com muitos dados não úteis. Experiências fracassadas podem piorar a percepção da conveniência do uso da tecnologia de informação, levando à resistência a adotar novas tecnologias. | Demonstra vontade de testar novas tecnologias no cuidado dos pacientes ou na aprendizagem. Capaz de identificar e usar várias bases de dados e ferramentas de busca, restando com um volume gerenciável de informação, usualmente relevante para a pergunta clínica. O uso do prontuário eletrônico melhora progressivamente, com maior eficiência nas tarefas clínicas. Começa a identificar atalhos para a coleta mais ágil de informações, tais como o uso de filtros, e evita atalhos que afastam da informação correta ou que perpetuam erros no prontuário eletrônico. |
| AABP9 Obter e utilizar informações sobre pacientes individuais, populações de pacientes ou comunidades de onde vêm os pacientes para melhorar os cuidados. | Focado apenas em pacientes individuais. Não considera a saúde populacional como objeto de interesse do clínico e, logo, não se informa sobre necessidades da comunidade. Não colabora com agências comunitárias e outros profissionais para melhorar a saúde da população. Desconhece as responsabilidades do clínico quanto às notificações de interesse da saúde pública e não se engaja nas tarefas de notificação requeridas. | Entende que questões de saúde populacional afetam a saúde dos pacientes e, logo, identifica fontes de informação sobre necessidades e recursos da comunidade. Interage e começa a trabalhar colaborativamente com agências comunitárias e com outros profissionais para atender questões de saúde da população (p.ex.: prevenção de doenças e injúrias). Costuma se engajar nas notificações requeridas para a saúde pública. |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| HCRI2 Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3). | Comunica-se frequentemente usando modelos prontos, com regras rígidas e baseadas na replicação de fatos. Não modula a comunicação de acordo com o contexto, com audiência ou com a situação. Usa comunicação unidirecional, que não encoraja ideias ou opiniões de outros membros da equipe. Não adequa a ferramenta de comunicação à situação (p.ex.: e-mail, telefone, pager, prontuário eletrônico, face a face). Adia ou evita conversas difíceis ou ambíguas. | Escuta ativamente e encoraja ideias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta com sucesso a estratégia de comunicação e a mensagem à audiência, ao propósito e ao contexto na maioria das situações. Consciente do objetivo da comunicação, é capaz de contar uma história com eficiência e defender um argumento. Começa a improvisar ao deparar-se com situações não familiares. Discute planos de cuidado com a equipe e a mantém atualizada. Engaja-se com outros (p.ex.: supervisores) para auxiliar a fornecer feedback a outros membros da equipe, mesmo que sejam necessárias conversas difíceis ou desconfortáveis. |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Ana Paula está no estágio do serviço de transfusão e é chamada para atender um paciente com diagnóstico de púrpura trombocitopênica trombótica (TTP), para o qual está sendo solicitada uma plasmaferese. Ana Paula revisa o prontuário rapidamente e verifica que o paciente foi hospitalizado há 24 horas, com trombocitopenia e que não há concordância sobre o diagnóstico entre a equipe de atendimento primário e os consultores do serviço de hematologia. Ela continua a colher os dados que julga pertinentes e notifica o médico contratado do serviço de transfusão que ela tem uma nova consultoria, que ela está pronta para apresentar. Depois de ouvir o relato de Ana Paula da revisão do prontuário, o colega lhe pergunta qual ela imagina ser a causa da trombocitopenia. Ana Paula afirma que os dados do prontuário sugerem ser TTP. Quando o colega indaga sobre outras causas de trombocitopenia, Ana Paula é capaz de listar vários outros diagnósticos a considerar. Então, o colega pede a opinião dela sobre os próximos passos. Ana Paula diz que eles deveriam ver o paciente e falar com o hematologista, a fim de definir o diagnóstico. O colega pede a Ana Paula para revisar a literatura sobre o diagnóstico diferencial de trombocitopenia, o diagnóstico de TTP e seu tratamento. Ana Paula consulta seu livro de bolso e também faz uma busca online, usando um browser genérico. Então, volta afirmando que eles precisam revisar o esfregaço de sangue, coletar mais exames laboratoriais e obter mais fatos da história do paciente. Diz suspeitar de TTP e que acha que, se isso for confirmado pelo exame do esfregaço, eles devem iniciar a plasmaferese assim que possível. O professor responsável pela equipe junta-se à discussão e pergunta se Ana Paula e o médico contratado revisaram as evidências mais recentes sobre o uso de plasmaferese em TTP. Ana Paula afirma que ela revisou a literatura e que a plasmaferese é útil. O professor lhe pergunta se ela não encontrou nenhuma evidência nova nessa área e lhe sugere que pense sobre onde ela poderia encontrar tal evidência. Ana Paula diz que buscou na internet, mas que também poderia usar uma fonte resumida atualizada rapidamente. Ela se afasta, revisa a fonte resumida e volta sugerindo que a plasmaferese deveria ser iniciada. Nesse momento, o professor pede que Ana Paula revise o caso mais uma vez, tentando achar qualquer questão específica desse paciente que possa sugerir que as evidências genéricas não sejam aplicáveis no caso, ressaltando que o paciente recebe várias medicações específicas que podem estar associadas com TTP.

Aluno confiável

Ana Paula está no estágio do serviço de transfusão e é chamada para atender um paciente com diagnóstico de púrpura trombocitopênica trombótica (TTP), para o qual está sendo solicitada uma plasmaferese. Ana Paula revisa o prontuário rapidamente e verifica que o paciente foi hospitalizado há 24 horas, com trombocitopenia e que não há concordância sobre o diagnóstico entre a equipe de atendimento primário e os consultores do serviço de hematologia. Não familiarizada com os critérios diagnósticos específicos para TTP, ela consulta uma fonte resumida de evidências online e constata que há muitas causas diferentes de TTP e síndromes TTP-like, incluindo medicações. Ela anota várias referências para ler depois e revisa o prontuário com mais detalhe, prestando particular atenção aos dados que ela acaba de ler e que a auxiliarão no diagnóstico diferencial. Vendo que algumas informações necessárias não estão incluídas nas notas do prontuário, ela avisa o médico contratado que vai falar com o paciente. Depois, Ana Paula e o médico contratado se encontram no laboratório para revisar o esfregaço. Ao entrevistar o paciente, ela identifica um medicamento sabidamente associado a síndromes TTP-like e também descobre que o paciente já precisou de um bypass gástrico no passado, o que o coloca em risco de deficiências nutricionais, como de vitamina B12. Ana Paula revisa a lâmina com os colegas da hematologia e transfusão e só aí se sente segura para apresentar o caso ao médico contratado. Ao apresentar o resumo do caso, Ana Paula discorre sobre o diagnóstico diferencial, que leva em conta as características específicas do paciente, incluindo TTP associada a drogas. Cita a associação de um dos medicamentos que o paciente utiliza, encontrada em um artigo de revisão, mas que só poderá caracterizar com mais precisão depois de ler um artigo original que ela deixou anotado. Inclui ainda várias outras doenças no diagnóstico diferencial, como a deficiência de vitamina B12, ressaltando que há vários relatos de caso na literatura descrevendo a associação entre esta e a TTP. Nesse momento, o colega pergunta a Ana Paula qual deve ser o próximo passo. Ana Paula afirma que, baseando-se no que ela leu, a plasmaferese não deveria ser iniciada enquanto ainda houver dúvida sobre o diagnóstico. Ela sugere mais testes laboratoriais e pergunta-se em voz alta se há evidências que apoiam o uso empírico da plasmaferese nesta situação. Também se pergunta se a plasmaferese pode causar dano na hipótese de que a causa da TTP seja mesmo a deficiência de vitamina B12 ou reação a medicamentos. Ela diz que pode fazer em minutos uma busca no PubMed por qualquer evidência nessa área baseada em estudos controlados. O professor entra na discussão e Ana Paula relata o resultado da busca, indicando evidências fortes e consistentes, a partir de estudos controlados e randomizados, para o uso de plasmaferese na TTP, mas menos fortes em caso de TTP associada a drogas ou se um diagnóstico alternativo está sendo considerado. O professor concorda e confirma a recomendação de Ana Paula para testes de laboratório adicionais, incluindo vitamina B12, e de adiar a plasmaferese. Ana Paula sugere que eles discutam vários dos artigos com os demais membros das equipes de especialidade.

EPA 7. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno é capaz de construir perguntas clínicas no modelo PICO.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno avalia apropriadamente a validade e a aplicabilidade das evidências coletadas na literatura.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de realizar buscas na literatura médica com habilidade.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de usar evidências para dar apoio a decisões clínicas e para determinar condutas.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 8. Fazer ou receber a passagem de caso para um colega

Charles Lubianca Kohem
Vanessa Feller Martha

A comunicação efetiva na transmissão do cuidado é um ponto-chave na manutenção da assistência de qualidade ao paciente. Ela garante que não haja solução de continuidade no cuidado médico ou da equipe de saúde no momento da troca de responsabilidade sobre o caso clínico em questão. Na prática, problemas de comunicação entre equipes de cuidado de saúde são frequentes e podem trazer risco à integridade do paciente (1, 2). A adequada passagem de caso, ao contrário, tem sido associada à segurança do paciente, à manutenção correta de prontuários, assim como ao cuidado continuado do paciente e à melhoria nas tomadas de decisão (3-5)

Esta transmissão do cuidado pode se dar em diferentes níveis de atendimento, por exemplo, pode ser a passagem de caso de um paciente internado na emergência de um hospital terciário durante o plantão médico noturno, ou a passagem de caso do médico hospitalista que está dando alta hospitalar e transferindo o cuidado do paciente ao médico de atenção primária que seguirá o atendimento em nível ambulatorial, apenas para citar dois exemplos.

Cabe ao transmissor do caso a responsabilidade de fornecer as informações clínicas que são relevantes, de forma sucinta, garantindo a atenção do colega que recebe a passagem do caso, evitando distrações e interrupções desnecessárias. Deve ressaltar os aspectos fundamentais, fornecendo um plano de ação e de contingenciamento em caso de alterações no rumo da situação clínica do paciente. Além disso, deve garantir o respeito à privacidade e à confidencialidade do paciente.

Ao receptor do caso cabe fazer perguntas esclarecedoras para que não restem dúvidas sobre o manejo do paciente, fazer feedback para garantir ao transmissor que as informações foram adequadamente repassadas, repetindo de forma sucinta os principais aspectos do caso para garantir que a alça de comunicação esteja completamente fechada. Também cabe ao receptor garantir o respeito à privacidade e à confidencialidade do paciente.

Muito embora a importância da adequada passagem de caso fique clara para alunos e professores de Medicina, estudos

têm mostrado que este aspecto do cuidado médico ainda é pouco ensinado nas Escolas Médicas (6). Não existe o ensino formal da passagem de caso e, em consequência, não existe a cobrança ou a avaliação formal deste aprendizado. Neste sentido, a EPA 8 ganha maior valor, com a ideia de capacitar o aluno de internato a uma atividade de alta relevância no cuidado médico, com a qual ele vai se deparar nos primeiros momentos em que estiver exercendo a profissão, seja na residência médica seja fora dela.

Assim sendo, um aluno confiável é capaz de transmitir a passagem de caso de forma completa, mas sucinta, respeitando os limites de tempo e evitando interrupções e distrações. Permite ao receptor do caso fazer perguntas esclarecedoras e dá e recebe feedback ao longo da passagem do caso para assegurar que as informações relevantes tenham sido transmitidas e compreendidas. Fornece um plano de ação e de contingenciamento, e assegura que o respeito à privacidade e à confidencialidade do paciente esteja garantido.

Referências

1. Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations. Root causes of sentinel events 1995-2004. Illinois, USA: Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations. Zugänglich unter/available from: [https:// www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx](https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx).
2. British Medical Association. Safe handover, safe patients. London: British Medical Association; 2004. Zugänglich unter/available from: <http://www.bma.org.uk>.
3. Kerr M. A qualitative study of shift handover practice and function from socio-technical perspective. *J Adv Nurs* 2002;37:125–34.
4. Thakore S, Morrison W. A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emerg Med J* 2001;18:293–6.
5. Owen C, Hemmings L, Brown T. Lost in translation: Maximising handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emerg Med Australas* 2009;21:102–7.
6. Hindinding B, et al. *GMS Journal for Medical Education* 2019, Vol. 36(2), ISSN 2366-5017.

EPA 8. Fazer ou receber a passagem de caso para um colega

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|--|--|--|---|--|
| <p>TRANSMISSOR Documentar e atualizar um instrumento eletrônico de passagem de caso e o aplicar para uma passagem verbal estruturada. Conduzir a passagem utilizando estratégias de comunicação que minimizam ameaça à transição do cuidado AMB P7 HIC2 HIC3 P3</p> | <p>Formato padrão usado de forma inconsistente ou usa ferramenta alternativa. Fornece informação incompleta do paciente ou com vários erros. É frequentemente distraído. Faz a passagem com tempo e em contexto inapropriados.</p> | <p>Utiliza ferramenta eletrônica de passagem. Atualiza a ferramenta de forma inconsistente. Demanda esclarecimentos e informações adicionais dos outros para priorizar a informação. Fornece a informação do paciente desorganizada, muito detalhada, e/ou muito breve. Requer assistência para minimizar interrupções ou distrações. Demonstra mínima consciência situacional e domínio do caso</p> | <p>Atualiza a ferramenta eletrônica de passagem com a informação mais relevante, aplicando um modelo padronizado. Ajusta informação do paciente para o contexto e para a equipe. Pode omitir informação relevante ou apresentar informação irrelevante. Requer assistência no manejo do tempo. Foca nas suas tarefas, nos seus itens de passagem, com alguma/pouca consciência das necessidades dos outros.</p> | <p>Atualiza ferramenta eletrônica de passagem com documentação sucinta, relevante e clara consistentemente. Adapta e aplica todos os elementos de um modelo padronizado. Apresenta uma passagem verbal que é priorizada/prioritária, relevante e sucinta. Evita interrupções e distrações. Maneja efetivamente o tempo. Demonstra consciência situacional. domínio do caso</p> |
| <p>TRANSMISSOR Prover verbalização sucinta que transmite a gravidade da doença, a consciência sobre estado em que o paciente se encontra, o planejamento de ação e de contingência HIC2 CP8</p> | <p>Falta à comunicação todos os elementos-chave de uma passagem padrão.</p> | <p>Comunica componentes-chave da ferramenta padrão de forma inconsistente. Não fornece plano de ação e contingenciamento.</p> | <p>Identifica a gravidade da doença. Fornece lista de ação e planejamento de contingência incompletos. Cria plano de contingência que não tem clareza.</p> | <p>Destaca a gravidade da doença de forma acurada e adequada. Fornece planos de ação completos e de contingência apropriados.</p> |
| <p>TRANSMISSOR e RECEPTOR Prover ou obter feedback da passagem de caso e assegurar uma alça fechada de comunicação sem margem para dúvidas AMB P5 HIC2 HIC3</p> | <p>Retém ou é defensivo com o feedback. Mostra falta de compreensão com o papel do feedback. Não sumariza os pontos-chave para uma comunicação efetiva.</p> | <p>Entrega um feedback incompleto; aceita o feedback quando dado. Não estimula outros membros da equipe a expressarem suas ideias ou opiniões. Usa frases-resumo/síntese apropriadas ou faz perguntas esclarecedoras de forma inconsistente.</p> | <p>Aceita o feedback e faz ajustes. Frases-resumo/síntese do caso, lista de problemas são muito elaboradas. Usa a técnica de repetição-de-volta de forma inconsistente.</p> | <p>Fornece e solicita feedback regularmente, escuta ativamente, e se engaja em refletir. Identifica áreas de melhoria. Faz questões mutuamente esclarecedoras, fornece sumários sucintos, e usa técnicas de repetição.</p> |
| <p>TRANSMISSOR e RECEPTOR Demonstrar respeito pela privacidade e pela confidencialidade do paciente P3</p> | <p>Retém ou é defensivo com o feedback. Mostra falta de compreensão com o papel do feedback. Não sumariza os pontos-chave para uma comunicação efetiva.</p> | <p>Está ciente das políticas de confidencialidade.</p> | <p>Está ciente e tenta minimizar quebra de privacidade e de confidencialidade.</p> | <p>Considera a privacidade e a confidencialidade do paciente consistentemente. Destaca e respeita as preferências do paciente</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 8. Fazer ou receber a passagem de caso para um colega

| | | | | | | | |
|---|---|-----|-------|-------|-------|-------|----|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>A comunicação eficiente e efetiva da passagem de caso é crítica no cuidado com o paciente. Ela assegura que o paciente continue recebendo cuidado de alta qualidade e seguro na transição de responsabilidade de um cuidador ou de uma equipe de saúde para o próximo. A passagem de caso também é fundamental para o sucesso de muitos outros tipos de comunicação interprofissional, incluindo a alta de um profissional para outro ou de um ambiente para outro. Passagens de caso podem ocorrer entre ambientes (por exemplo, do hospitalista para o médico responsável, do pediatra para o internista, no retorno para local de cuidado de menor complexidade) ou dentro do mesmo ambiente (por exemplo, passagem de plantão).</p> <p>Funções do transmissor de informação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduzir a comunicação da passagem de caso de modo a minimizar as ameaças conhecidas à transição do cuidado (por exemplo, assegurando a atenção do ouvinte, evitando distrações). • Documentar e atualizar uma ferramenta eletrônica de passagem. • Seguir um modelo estruturado de passagem para a comunicação verbal. • Fornecer uma comunicação verbal sucinta que transmita, no mínimo, a gravidade da doença, consciência da situação atual do paciente, planejamento de ação e de contingência. • Permitir feedback, retorno sobre a mais recente comunicação de passagem de caso ao assumir de volta a responsabilidade dos pacientes. • Demonstrar respeito à privacidade e à confidencialidade do paciente. <p>Funções do receptor de informação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer feedback ao transmissor/informante para assegurar que as necessidades de informação/informações necessárias foram repassadas e estejam asseguradas. • Fazer perguntas esclarecedoras. • Repetir a informação para assegurar que a comunicação esteja fechada e foi adequadamente compreendida. • Assegurar que o time dos envolvidos nos cuidados de saúde (incluindo paciente/família) saiba que a transição de cuidado (passagem do caso) tenha ocorrido. • Assumir completa responsabilidade pelo cuidado necessário durante todo o período de responsabilidade do cuidado. • Demonstrar respeito à privacidade e à confidencialidade do paciente. | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com o paciente (CP) - Aprendizagem e melhorias baseadas na prática (AMBP) - Habilidades de comunicação interpessoal (HCRI)) - Profissionalismo (P) | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>CP8</td> <td>HCRI2</td> </tr> <tr> <td>AMBP5</td> <td>HCRI3</td> </tr> <tr> <td>AMBP7</td> <td>P8</td> </tr> </table> | CP8 | HCRI2 | AMBP5 | HCRI3 | AMBP7 | P8 |
| CP8 | HCRI2 | | | | | | |
| AMBP5 | HCRI3 | | | | | | |
| AMBP7 | P8 | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a passagem de casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA8 sem supervisão. | | | | | | |

EPA 8. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|--|---|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP8 Fazer o encaminhamento adequado de pacientes, incluindo a garantia da continuidade dos cuidados durante as transições entre os prestadores ou os locais de atendimento, e acompanhar o progresso do paciente e os desfechos.</p> | <p>Demonstra variabilidade na transferência de informações (conteúdo, precisão, eficiência e síntese) de um paciente para o outro. Erros frequentes de omissão e adição na passagem de caso. Usa inconsistentemente os recursos disponíveis (por exemplo, informações de registro eletônico de saúde) para coordenar e garantir o atendimento seguro e eficaz do paciente dentro e entre sistemas de passagem de caso. Transições ineficientes de cuidados levam a despesas ou a riscos desnecessários para o paciente (por exemplo, duplicação de exames ou reinternações evitáveis).</p> | <p>Adapta e aplica um modelo padronizado, relevante para contextos individuais, de forma confiável e reproduzível com erros mínimos de omissão ou adição. Consistentemente usa os recursos disponíveis (por exemplo, informações de registro eletônico de saúde) para coordenar e garantir atendimento seguro e eficaz ao paciente dentro e entre sistemas de passagem de caso. Permite ampla oportunidade para esclarecimentos e dúvidas. Começando a antecipar possíveis problemas para o paciente.</p> |
| Aprendizado e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) | | |
| <p>AABP5 Incorporar feedback na prática diária</p> | <p>Não solicita feedback. Dificuldade em considerar os pontos de vista dos outros quando eles diferem de seus próprios, levando à defesa e à incapacidade de receber feedback e/ou evitar feedback. Incorporação limitada de feedback na prática (por exemplo, por meio de mudança superficial ou transitória apenas no comportamento).</p> | <p>Regularmente solicita feedback e se envolve em reflexão. Fontes internas de feedback permitem insights sobre limitações e engajamento na autorregulação. Melhora a prática com base em feedback externo (solicitado ou não solicitado) e insights internos (por exemplo, é capaz de apontar o que correu bem e o que não foi bem em um determinado encontro e, como resultado, faz mudanças positivas no comportamento).</p> |
| <p>AABP7 Usar a tecnologia da informação para otimizar a aprendizagem e o cuidado</p> | <p>Geralmente não inicia tentativas de usar a tecnologia da informação sem atribuições obrigatórias e ajuda direta. Não consegue escolher entre vários bancos de dados disponíveis para consulta clínica ou para atender às necessidades de aprendizado. Não consegue filtrar ou priorizar as informações recuperadas, resultando em muitas informações, muitas das quais não são úteis. O fracasso em alcançar o sucesso pode piorar a percepção de facilidade de uso da tecnologia da informação, levando à resistência e à adoção de novas tecnologias.</p> | <p>Demonstra disposição para experimentar novas tecnologias para tarefas de assistência ao paciente ou para a aprendizagem. Capaz de identificar e usar vários bancos de dados disponíveis, mecanismos de pesquisa ou outras ferramentas apropriadas, resultando em um volume gerenciável de informações, a maioria das quais é relevante para a questão clínica. O uso básico de um registro eletrônico de saúde (RES) está melhorando, como evidenciado pela maior eficácia e pela maior eficiência na execução das tarefas necessárias. Começando a identificar atalhos para encontrar rapidamente as informações corretas, como o uso de filtros. Também evita atalhos que se desviem da informação correta ou perpetuem informações incorretas no RES.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|---|
| Habilidade de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCR12 Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3).</p> | <p>Frequentemente se comunica por um modelo ou inicia relato rígido de fatos baseado em regras. A comunicação não muda com base no contexto, no público ou na situação. Usa comunicação unidirecional que não incentiva ideias ou opiniões de outros membros da equipe. Não corresponde à ferramenta de comunicação com a situação (por exemplo, email, telefone, pager, mensagens de texto, registro eletrônico de saúde [RES], face a face). Determina ou evita conversas difíceis ou ambíguas.</p> | <p>Escuta ativamente e incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta com sucesso a estratégia de comunicação e a mensagem ao público, ao propósito e ao contexto na maioria das situações. Totalmente consciente do propósito da comunicação; pode eficientemente contar uma história e fazer um argumento. Começando a improvisar em situações desconhecidas. Geralmente, combina a ferramenta de comunicação com a situação. Discute os planos de cuidados com a equipe e os mantém atualizados. Envolve outros (por exemplo, supervisores) para ajudar com o feedback para outros membros da equipe, mesmo quando essas conversas são difíceis ou desconfortáveis.</p> |
| <p>HCR3 Trabalhar eficazmente com os outros como membro ou líder de uma equipa de cuidados de saúde ou outro grupo profissional.</p> | <p>Participação limitada na discussão da equipe; Passivamente segue a liderança dos outros na equipe. Pouca iniciativa para interagir com os membros da equipe. Mais autocentrado na abordagem ao trabalho, com foco em seu próprio desempenho. Reconhecimento limitado das contribuições de outros.</p> | <p>Demonstra compreensão das funções dos vários membros da equipe, interagindo com os membros da equipe apropriados para realizar tarefas. Trabalha ativamente para integrar-se à função de equipe e atender ou exceder as expectativas de seu papel. Em geral, trabalha para atingir as metas da equipe, mas pode colocar metas pessoais relacionadas ao desenvolvimento da identidade profissional (por exemplo, reconhecimento) acima da meta da equipe.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P3 Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia do paciente.</p> | <p>Considera de maneira inconsistente a privacidade e a confidencialidade do paciente (por exemplo, pode discutir as informações do paciente em uma área pública, como um elevador). Não envolve pacientes e familiares em discussões sobre planos de cuidados (isto é, tomada de decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando oferecido pelo paciente, mas não solicita ativamente as preferências.</p> | <p>Consistentemente considera a privacidade e a confidencialidade do paciente com raras exceções. Envolve pacientes e familiares em discussões sobre planos de cuidados (isto é, tomada de decisão compartilhada). Solicita e respeita as preferências do paciente.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Roberto está passando em um serviço de internação de urologia. Ele está trabalhando freneticamente no computador tentando atualizar sua passagem de caso, quando ele olha para o relógio e percebe que está atrasado. Ele corre para encontrar Teo, o estagiário plantonista da noite, na sala de trabalho onde todos os outros membros da equipe estão conversando. Outro membro da equipe já está saindo e diz a Roberto que quer chegar a tempo em um evento infantil de um de seus filhos. Roberto se pergunta em voz alta por que não tem filhos, como uma desculpa para sair cedo. Ele espera e começa a digitar no celular até o colega concluir sua passagem. Ele começa a passagem pedindo desculpas a Teo, porque não teve tempo para anotar todos os resultados de exames ou de atualizar completamente a ferramenta eletrônica de passagem para todos os pacientes, porque ele tinha sido “martelado” toda tarde. Usando o formato de modelo do hospital para sua passagem, Roberto começa a falar sobre seus pacientes lendo as notas rabiscadas em sua lista de pacientes. Ele começa com seu paciente mais preocupante, alguém que ele acha que deve ser observado mais de perto. Durante o resumo do paciente, ele passa a Teo a história médica pregressa completa de DRGE, diabetes mellitus tipo 2, status da doença arterial coronariana pós-revascularização do miocárdio, enxaqueca, DPOC, doença vascular periférica e câncer de bexiga pós-cirurgia 2 semanas atrás. Ele continua descrevendo todas as internações passadas, os tratamentos, a lista completa de medicamentos, todos os exames normais e alterados, e todas as mudanças de medicação e as razões para as mudanças. Ele afirma sua preocupação de que o paciente possa estar desenvolvendo um abscesso. Uma chamada pedindo reposição de potássio para um de seus pacientes o interrompe. Ele vai fazer a prescrição. Quando volta, ele se dá conta que a passagem do primeiro paciente levou muito tempo. Ele rapidamente termina o primeiro paciente, não mencionando que Teo precisará checar a TC do abdome e da pelve que fazem parte do plano de ação. Ele também não dá a Teo a oportunidade para pedir feedback. O resto da sua passagem continua repleto de erros de omissão, bem como inclusão de informações irrelevantes. Durante o quarto dia de serviço, Teo conta a Roberto sobre um paciente de Roberto que desenvolveu febre na noite passada e deveria ter sido ser colocado em cobertura antibiótica para MRSA em caso de febre devido à história prévia. Roberto se torna defensivo, afirmando que Teo sabe como foi agitado o dia anterior com todas as admissões, e as enfermeiras interrompendo-os durante a passagem de casos. Ele diz que está impressionado de ter recebido alguma informação correta, tamanha a quantidade de casos e de barulho durante a passagem de plantão.

Aluno confiável

Roberto está passando em um serviço de internação de urologia. Ele está se preparando para a passagem para a equipe da noite, completa sua atualização da passagem eletrônica e imprime duas cópias, uma para si e outra para a pessoa de plantão. Ele então para no posto de enfermagem para informar a enfermeira que eles estão começando a passagem de plantão e pergunta se há alguma coisa de que os enfermeiros precisem, ou algum paciente que ele deveria ver antes da passagem. Um dos colegas de trabalho de Roberto pergunta se ele pode passar os casos primeiro, porque seu filho tem um evento naquela noite que ele tem que participar. Roberto concorda prontamente e pergunta se existe qualquer coisa que ele possa fazer para ajudar a garantir que seu colega de trabalho chegue ao evento de seu filho a tempo. O colega de trabalho pede a Roberto para apenas verificar o volume recebido/eliminado em um de seus pacientes; Roberto faz isso e o bipa com os resultados. Depois que seu colega conclui sua passagem com Teo, o membro que está entrando na equipe de plantão, Roberto encontra Teo na sala de trabalho onde os membros de várias equipes de atendimento de saúde estão conversando. Reconhecendo o potencial para distrações e violações da confidencialidade, Roberto pede a Teo para se mudarem para uma sala adjacente. Roberto passa a Teo a folha impressa com a ferramenta da passagem eletrônica que havia feito antes. Usando o formato-modelo do hospital para a sua passagem, ele começa com o seu paciente mais preocupante, alguém que deveria ser observado mais de perto. Durante o resumo do paciente, Roberto diz a Teo que o paciente é um homem de 67 anos com história de câncer de bexiga, operado há duas semanas, que apresentou dois dias de febre, dor abdominal e taquicardia, sugerindo sepse. A pressão arterial do paciente está dentro do normal e ele recebeu antibióticos de amplo espectro e fluidos. Ele tem uma tomografia computadorizada do abdome e outra da pelve que exigem checagem e que foram solicitados para procurar um abscesso intra-abdominal. Uma chamada pedindo reposição de potássio de um de seus pacientes o interrompe. Roberto confirma com a enfermeira que o paciente está bem e o potássio não é criticamente baixo. Ele avisa a enfermeira que vai prescrever assim que terminar com a passagem do plantão. Quando ele volta da fala com a enfermeira, acaba de relatar a Teo sobre o primeiro paciente, discutindo os itens de ação pendentes para a noite (incluindo a verificação de temperatura, a pressão arterial, o débito urinário, e a intensidade de dor a cada quatro horas e a checagem da TC do abdome e da pelve). Ele diz a Teo o plano para febre recorrente, hipotensão, baixo débito urinário, ou agravamento da dor. Roberto também diz a Teo que o paciente pode necessitar de cuidados de UTI se ele descompensar ainda mais. Teo reitera os planos de ação e de contingência. Roberto pergunta a Teo se ele tem alguma dúvida, e Teo responde: “Qual é o plano da equipe se os exames de imagem revelarem um abscesso?” Roberto diz a ele que o paciente deveria ser notificado da nova informação, uma vez que o plano seria intervenção cirúrgica. Importante, Roberto acrescenta que Teo deve estar atento ao fato de que o paciente é surdo em sua orelha esquerda e é muito difícil de ouvir à sua direita. Eles então prosseguem com o restante da passagem de plantão. Na manhã seguinte, Roberto retorna para receber a passagem de Teo. Roberto pergunta como foi a noite e Teo afirma que no geral correu bem, mas que Roberto tinha esquecido de dizer-lhe para verificar o potássio pós-reposição naquele paciente que havia motivado a interrupção pela enfermeira durante a passagem de plantão. Teo diz que se deparou com isso esta manhã e notou que o potássio era baixo, mas acima do limiar do nível de reposição IV que Roberto lhe havia dito. Roberto pede desculpas e diz que vai criar um espaço na sua folha de passagem de plantão para anotações de intercorrências que surgem durante a passagem, para que o erro não se repita

EPA 8. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala:

Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

Estudante preparou a passagem de caso usando uma ferramenta de passagem eletrônica.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante fez a passagem de caso sucinta incluindo a gravidade da doença e o plano de ação.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante fez a passagem do caso incluindo o planejamento de contingência.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

O estudante durante a passagem de caso utilizou pelo menos uma estratégia para reduzir o possíveis erros.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante utilizou técnica de comunicação em circuito fechado durante a passagem do caso.

- Ex: solicitar que o receptor repita a informação, esclarecer/pedir esclarecimentos sobre alguma situação que não havia sido compreendida.
- Pode apenas acompanhar.
 - Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
 - Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
 - Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
 - O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

EPA 9. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional

Ricardo de Souza Kuchenbecker

A capacidade de colaboração como membro de equipe multiprofissional em saúde pressupõe que o estudante de medicina efetivamente compartilhe seus conhecimentos e suas dúvidas com os pacientes, seus cuidadores e demais profissionais mediante escuta ativa, capacidade de diálogo, interlocução respeitosa e compartilhamento de experiências.

A complexidade do cuidado provido em saúde resulta em decisões clínicas que envolvem o processamento de informações originárias de múltiplas fontes diferentes: pacientes, seus respectivos familiares e cuidadores, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, outros profissionais.

Os processos decisórios cotejam informações técnicas, éticas, de valores e de significados diversos. O processamento de informações para a tomada de decisão implica

necessariamente o trabalho em equipes e em grupos de natureza multiprofissional e interprofissional. Nesse contexto, espera-se que o estudante de medicina apoie os demais membros das equipes e grupos multiprofissionais e seja capaz de mantê-los informados, atualizados adaptando as estratégias de comunicação ao contexto do processo decisório. A colaboração como membro de equipe multiprofissional e interprofissional contempla também a capacidade de antecipação, percepção e reação às emoções de maneira a promover e manter alianças dialógicas e terapêuticas com os demais participantes, priorizando as necessidades dos pacientes e das equipes em relação às suas próprias necessidades.

Os cenários de práticas onde se dão os processos de aprendizagem dos estudantes de medicina compreendem sistemas sociotécnicos complexos em

que o trabalho efetivo em equipe é imperativo necessário para promover o cuidado efetivo, oportuno, seguro, equitativo e – sobretudo – centrado no paciente. Nesse contexto, espera-se que os estudantes de medicina sejam capazes de reconhecer os papéis e a responsabilidade dos membros da equipe associadas a cada função; estabelecer e manter clima de respeito mútuo, dignidade, integridade, transparência e confiança; utilizar habilidades de escuta ativa e atenta nos processos de comunicação com os pacientes e com os demais membros das equipes; ajustar o conteúdo e o estilo da comunicação para torná-la efetiva e centrada nas necessidades dos pacientes e das equipes.

O progressivo envolvimento dos pacientes e dos seus familiares nos processos decisórios clínicos estabelece a necessidade de atuação em equipes multiprofissionais e interprofissionais

baseadas em práticas dialógicas. Competências para a atuação em equipe pressupõem relações respeitadas e empáticas capazes de reconhecer a natureza intrínseca dos processos de aprendizagem, que – por definição – baseiam-se na tentativa e erro e no compartilhamento de experiências em que a linguagem tem relevância incontestável.

EPA 9. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|--|---|--|---|---|
| <p>Identificar os papéis e as responsabilidades dos membros da equipe e buscar ajuda dos mesmos para otimizar a oferta de cuidado em saúde.</p> <p>HCR12 PBS2 HCR13</p> | <p>Não reconhece como importantes os demais membros da equipe interdisciplinar.</p> <p>Demonstra pouca iniciativa em interagir com membros da equipe.</p> | <p>Identifica os papéis dos outros membros da equipe, mas não sabe como ou quando utilizá-los.</p> | <p>Interage com outros membros da equipe, busca seus aportes, ativamente ouve recomendações e as incorpora na sua prática.</p> | <p>Efetivamente compartilha como um membro integrado da equipe.</p> <p>Articula os papéis e as contribuições singulares de outros profissionais de saúde.</p> <p>Ativamente se envolve com o paciente e com outros membros da equipe para coordenar o cuidado e prover transição sem rupturas no cuidado.</p> |
| <p>Incluir os membros das equipes, escutar atentamente e ajustar o estilo e o conteúdo da comunicação para alinhar com as necessidades dos membros da equipe.</p> <p>HCR12/ CIP3 CIP1 HCR17 P1</p> | <p>Desconsidera o aporte de outros profissionais que não são médicos</p> | <p>A comunicação é largamente unidirecional, em resposta a estímulos ou baseada em padrões.</p> <p>A participação na discussão em equipe é limitada.</p> | <p>Escuta ativamente e suscita ideias e opiniões de outros membros da equipe.</p> | <p>Comunicação bidirecional, mantém os membros da equipe informados e atualizados.</p> <p>Adapta a estratégia de comunicação à situação.</p> |
| <p>Estabelecer e manter clima de respeito mútuo, dignidade, integridade e confiança.</p> <p>Priorizar as necessidades da equipe sobre as individuais para otimizar o cuidado.</p> <p>Auxiliar os membros da equipe em suas necessidades.</p> | <p>Mantém interações desrespeitosas ou não é capaz de dizer a verdade.</p> <p>Não é capaz de mudar comportamentos.</p> <p>Coloca outros em posição defensiva, obrigando-os a resolver conflitos interprofissionais.</p> | <p>É tipicamente o membro mais passivo da equipe.</p> <p>Prioriza seus próprios objetivos em relação aos objetivos da equipe.</p> | <p>Integra as funções da equipe priorizando os objetivos da mesma.</p> <p>Demonstra interações respeitadas e fala a verdade.</p> <p>Permanece profissional e antecipa e maneja reações emocionais</p> | <p>Apoia outros membros da equipe e comunica o valor dos mesmos ao paciente e à família.</p> <p>Antecipa, percebe e reage às emoções para obter e manter alianças terapêuticas com outros.</p> <p>Prioriza as necessidades da equipe em relação às suas próprias necessidades.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 9. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-----|-------|-----|-------|-----|----|------|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>O trabalho efetivo em equipe é necessário para atingir as competências do Faculdade de Medicina para o cuidado seguro, oportuno, efetivo e equitativo. Introdução precoce no desenvolvimento profissional aos papéis, às responsabilidades e às contribuições individuais dos membros de equipe é fundamental para abraçar totalmente o valor que o trabalho em equipe adiciona aos resultados do atendimento ao paciente.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os papéis e as responsabilidades dos membros da equipe associadas a cada função • Estabelecer e manter clima de respeito mútuo, dignidade, integridade e confiança • Comunicar com respeito e apreço aos membros da equipe, incluindo-os em toda troca relevante de informações • Usar habilidades de escuta atenta quando da comunicação com os membros da equipe • Ajustar o conteúdo e o estilo da comunicação para alinhar as necessidades de comunicação dos membros da equipe • Compreender o papel e os limites pessoais como um provedor individual e buscar ajuda com outros membros da equipe otimizando o cuidado em saúde • Auxiliar os membros da equipe em suas necessidades • Priorizar as necessidades da equipe em relação às necessidades pessoais de maneira a otimizar o cuidado em saúde. | | | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades interpessoais e de comunicação (HCRI) - Profissionalismo (P) - Colaboração interprofissional (CI) - Práticas baseadas em sistemas (PBS) | | | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>HCRI2</td> <td>C11</td> </tr> <tr> <td>HCRI3</td> <td>C12</td> </tr> <tr> <td>HCRI7</td> <td>C13</td> </tr> <tr> <td>P1</td> <td>PBS2</td> </tr> </table> | HCRI2 | C11 | HCRI3 | C12 | HCRI7 | C13 | P1 | PBS2 |
| HCRI2 | C11 | | | | | | | | |
| HCRI3 | C12 | | | | | | | | |
| HCRI7 | C13 | | | | | | | | |
| P1 | PBS2 | | | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Observar o relacionamento com ênfase na capacidade de cooperação, respeito mutuo com a equipe e dar feedback sobre o desempenho do aluno. | | | | | | | | |

EPA 9. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|--|--|
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI3 Trabalhar eficazmente com os outros, como membro ou líder de uma equipe de cuidados de saúde ou outro grupo profissional (ver também CI4).</p> | <p>Limitada participação na discussão em equipe; passivamente segue a liderança de outros membros da equipe. Abordagem no trabalho mais autocentrada, com foco na sua própria performance. Reconhecimento limitado das contribuições dos outros.</p> | <p>Demonstra compreensão dos papéis dos vários membros da equipe interagindo apropriadamente com o membro da equipe para realizar tarefas. Trabalha ativamente para integrar-se na função da equipe e para cumprir ou exceder as expectativas do papel que lhe é destinado. Em geral, trabalha visando atingir os objetivos da equipe, mas pode colocar objetivos pessoais relacionados ao desenvolvimento da identidade profissional (ex.: reconhecimento) acima da busca dos objetivos da equipe.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P1 Demonstrar humanidade, integridade e respeito pelos outros.</p> | <p>Demonstra lapsos na conduta profissional, como através de interações desrespeitosas ou falta de sinceridade, especialmente sob condições de estresse ou fadiga ou em situações complicadas ou incomuns. Isso coloca os outros na posição para lembrar, impor e resolver conflitos. Pode haver algum insight sobre o comportamento, mas há uma incapacidade de modificar comportamento quando em situações estressantes.</p> | <p>Em quase todas as circunstâncias, demonstra conduta profissional, como através de interações respeitadas e baseadas na verdade. Tem insights sobre seu próprio comportamento e em relação a possíveis disparadores de lapsos no profissionalismo e é capaz de usar essa informação para permanecer profissional.</p> |
| Prática baseada em sistema (PBS) | | |
| <p>PBS2 Coordenar o atendimento ao paciente dentro do sistema de saúde relevante para a especialidade clínica.</p> | <p>Desenvolve planos de cuidado e define objetivos de cuidado independentemente do paciente/família ou outros membros da equipe de saúde. Faz encaminhamentos ou obtém consultorias com pouca ou nenhuma comunicação com os membros da equipe ou com os consultores. Não se engaja nos processos de transição do cuidado. Não demonstra consciência nos recursos para a coordenação do cuidado (e.g. cuidado domiciliar, gerentes de caso, recursos financeiros, recursos de saúde comunitária e escolares).</p> | <p>Usualmente envolve o paciente/família na definição de objetivos e de planos de cuidado. Um plano de cuidados é usualmente provido de modo completo e acurado com poucos erros de omissão. Comunica informação crítica para os outros membros da equipe e para os consultores. Antecipa e responde a questões dos pacientes e dos seus familiares. Provê informação necessária e acurada para evitar interrupções na transição de cuidados. Compreende os recursos para a coordenação do cuidado e os acessa de maneira a corresponder às necessidades do paciente/família. Advoga pelo acesso do paciente aos recursos da comunidade.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|--|
| Colaboração interprofissional (CI) | | |
| <p>CI1 Trabalhar com outros profissionais de saúde para estabelecer e manter um clima de respeito mútuo, dignidade, diversidade, integridade ética e confiança.</p> | <p>Busca respostas e responde à autoridade somente em relação a colegas de profissão. Não reconhece outros membros da equipe interdisciplinar como sendo importante ou capaz de prover contribuições significativas da equipe. Tende a desconsiderar o aporte de outros profissionais além dos médicos.</p> | <p>Pode articular contribuições específicas (conhecimento, habilidades e atitudes) de outros profissionais de saúde. Busca seu aporte para questões apropriadas e comunica o valor dos mesmos para outros membros da equipe, pacientes e familiares. Como resultado, é um excelente integrante da equipe de saúde.</p> |
| <p>CI2 Utilizar seu conhecimento próprio, assim como de outros profissionais de saúde, para avaliar e para abordar adequadamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes e das populações atendidas.</p> | <p>Identifica papéis dos outros membros da equipe, mas não reconhece como ou quando utilizá-los como recursos. Não comunica o valor de outros profissionais no time para o paciente/família.</p> | <p>Compreende os papéis e as responsabilidades de parcerias efetivas com relação a todos os membros da equipe. Apoia atividades de outros membros da equipe e comunica o valor dos mesmos aos pacientes/família.</p> |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI2 Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3).</p> | <p>Comunica-se frequentemente a partir de um modelo ou através de relato rígido dos fatos. A comunicação não muda de acordo com o contexto, com a situação ou com os participantes. Usa a comunicação unidirecional que falha no encorajamento das ideias e opiniões dos demais membros da equipe. A ferramenta de comunicação (e.g. correio eletrônico, telefone, mensagens, registro eletrônico, face-a-face) não coaduna com a situação. Posterga ou evita conversações difíceis ou ambíguas. HCRI2 e CI3 são essencialmente as mesmas competências. Assim, os resultados para as duas competências são os mesmos.</p> | <p>Escuta ativamente e encoraja ideias e opiniões dos demais membros da equipe. Adapta adequadamente as estratégias de comunicação e as mensagens em relação aos propósitos, ao contexto e aos destinatários na maior parte das vezes. Tem completa consciência do propósito da comunicação; pode eficientemente argumentar e contar uma história. Começa a improvisar em situações não familiares. Geralmente coaduna a ferramenta de comunicação com a situação. Discute o plano de cuidado com a equipe e a mantém atualizada. Envolve os demais (e.g. supervisores) para auxiliar no feedback aos demais membros da equipe mesmo em situações em que as conversas são difíceis ou desconfortáveis. HCRI2 e CI3 são essencialmente as mesmas competências. Assim, os resultados para as duas competências são os mesmos.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Carlo foi designado para um serviço de internação em medicina interna durante quatro semanas. Ele chegou cinco minutos atrasado no round pela manhã. Ao juntar-se à equipe, ele se desculpa pelo atraso e afirma que o técnico da telemetria não o permitiu ver os traçados eletrocardiográficos da noite de um dos seus pacientes que está internado para avaliação de síncope. Ele está obviamente afobado e afirma: “Eu não posso acreditar que o técnico não me permitiu ver os traçados. Ele estava conversando com a técnica da noite e me pediu para retornar em meia hora. Eu não tenho controle sobre o técnico, mas alguém deveria realmente conversar com ele sobre seu comportamento não profissional”.

Mais tarde, durante o round da equipe, o técnico vai ver a Sra. Gardner, outra paciente de Carlo. Trata-se de uma senhora idosa internada por sepse urinária. O interno pergunta à paciente como está a fisioterapia. A paciente informa que não realizou a atividade nos últimos três dias. Carlo move os olhos, e quando a equipe deixa o quarto, afirma: “Eu falei com o técnico dois dias atrás. Ele disse que a paciente não quis realizar no primeiro dia e não estava no quarto no segundo dia quando ele passou. Não surpreende que o hospital tenha má reputação! Ninguém está realizando seu papel no cuidado da paciente”.

No dia seguinte, o gerente de casos da equipe se aproxima do supervisor de Carlo para dizer que o representante da casa de apoio chegou para avaliar a Sra. Gardner. Carlo não liberou o prontuário da paciente por meia hora para a avaliação. O representante da casa de apoio aguardou pacientemente, solicitando a Carlo quando este estaria pronto. Carlo respondeu-lhe de modo impaciente que é necessário aguardar, e deixou o representante da casa de apoio esperando. O gerente descreveu Carlo como desdenhoso e rude. Quando o supervisor perguntou a Carlo sobre o episódio, este respondeu com frustração: “Eu não posso acreditar que o gerente se queixou! Ele sabia que eu iria realizar as anotações no prontuário assim que possível, e que eu tinha aula às 13 horas”.

Aluno confiável

Carlo foi designado para um serviço de internação em medicina interna durante quatro semanas. Ele chegou cinco minutos atrasado no round na manhã. Ao juntar-se à equipe, ele se desculpa pelo atraso e afirma que gostaria de ter visto os traçados eletrocardiográficos do seu paciente hospitalizado para avaliação de síncope para que fosse possível tomar a decisão de alta durante o round. Ele informa que necessitou aguardar alguns minutos para que os técnicos da noite e do dia pudessem concluir sua conversa de passagem de plantão.

Mais tarde, durante o round da equipe, esta vai ver a Sra. Gardner, outra paciente de Carlo. Trata-se de uma senhora idosa internada por sepse urinária. Um dos membros da equipe pergunta à paciente como está a fisioterapia. Sra. Gardner informa que ela não realizou fisioterapia nos últimos três dias. Carlo responde: “Eu sei que a senhora não realizou a fisioterapia nos últimos dias. A senhora vem realizando tantos exames que pode ter ficado difícil para o fisioterapeuta encontrá-la no quarto. Eu sei que ele realmente deseja realizar a fisioterapia. Vou contatá-lo e ver se podemos resolver isso”.

No dia seguinte, o gerente de casos da equipe se aproxima do supervisor de Carlo para informar que o mesmo foi particularmente útil com a Sra. Gardner. Ele estava escrevendo sua nota no prontuário da paciente quando o gerente de caso veio revisá-lo e trazer suas preocupações sobre a opinião contrária das filhas da senhora Gardner em relação a qualquer sugestão quanto a transferi-la para uma casa de apoio temporária. Carlo perguntou ao gerente de caso como auxiliá-lo em relação a elas. Com o auxílio de Carlo em relação às filhas, o gerente de caso foi capaz de fazê-las compreender a razão para a permanência temporária como algo benéfico para a mãe.

EPA 9. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno é capaz de construir perguntas clínicas no modelo PICO.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno avalia apropriadamente a validade e a aplicabilidade das evidências coletadas na literatura.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de realizar buscas na literatura médica com habilidade.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de usar evidências para dar apoio a decisões clínicas e de determinar condutas.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem:

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar:

EPA 10. Reconhecer um paciente que necessite atendimento urgente e iniciar a sua avaliação e manejo

Josué Almeida Victorino
Carmem Daudt

A identificação de situações de urgência e de emergência e a sua adequada abordagem inicial, fazem da parte das competências essenciais que precisam ser adquiridas pelo aluno na formação médica. A habilidade de identificar, de imediato, um paciente que necessita de cuidados de urgência e de emergência através da avaliação inicial e, na sequência, de tratamento adequado, o envolvimento dos membros da equipe necessários para uma resposta imediata e a busca por ajuda são fundamentais na prática clínica e no desenvolvimento da colaboração interprofissional.

Em vista disso, o aluno confiável quando exposto a um paciente que necessita de cuidados de urgência e de emergência deve ter ciência de suas potencialidades e limitações individuais e, na medida em que se encontrar frente a este tipo de situação, deverá compreender a necessidade de procurar ajuda dos seus colegas, dos seus supervisores de estágio e de envolver outros membros da equipe.

Além disso, o aluno confiável deverá utilizar as informações de fontes fidedignas (anamnese, exame físico, prontuário médico, por exemplo) para auxiliar na tomada de decisão clínica. O aluno confiável deve ter a habilidade de reunir, filtrar e priorizar informações como sinais vitais, exame físico dirigido, história médica pregressa do paciente, exames diagnósticos e procedimentos recentes, além de medicamentos usados para elaborar um diagnóstico diferencial, iniciar as intervenções necessárias e conduzir em tempo hábil as primeiras decisões de casos que configuram urgência e emergência.

O aluno confiável precisa estar apto para a formulação de perguntas clínicas e para a obtenção de evidências para promover o cuidado com o paciente, reconhecendo a gravidade das doenças e as indicações para encaminhar o atendimento. Ele, então, deve ser capaz de antecipar os próximos passos do atendimento e comunicar-se, de forma eficiente, sobre o quadro do paciente com os demais membros da equipe de saúde, interagindo com esses, compreendendo os papéis e

as habilidades de cada um, discutindo os planos de cuidados e mantendo o grupo atualizado. Dessa forma, facilitará intervenções para estabilizar o paciente. Além disso, o aluno confiável deve entender a importância da prática de escuta ativa para incentivar ideias e opiniões de outros membros da equipe. Durante a situação de urgência e de emergência, o aluno deve estar apto para facilitar a comunicação bidirecional precoce com o paciente, familiares e membros da equipe de saúde, permitindo a tomada de decisão compartilhada e desenvolvendo habilidades de comunicação e relação interpessoal.

Após o episódio agudo, o aluno confiável é capaz de procurar orientação e feedback da equipe de saúde para, desta forma, melhorar os atendimentos futuros aos pacientes. Essa troca de experiências e conhecimentos também acarretará em experiência clínica que permitirá, cada vez mais, que ele relacione sinais e sintomas do paciente atual com achados de outros pacientes futuramente avaliados. Alguns exemplos de condições que os estagiários iniciantes precisam estar aptos a

reconhecer, a iniciar avaliação e manejo, e procurar ajuda quando necessária incluem: dor no peito, mudanças no estado mental, falta de ar e hipoxemia, febre, hipotensão e hipertensão, taquicardia e arritmias, oligúria, anúria, retenção urinária, anormalidades eletrolíticas, hipoglicemia e hiperglicemia entre outras situações. Os alunos, muitas vezes, podem ser os primeiros a receber de um laboratório notificação de exame anormal ou a perceber a deterioração aguda no estado de saúde de um paciente. Por isso, o reconhecimento e a intervenção precoces são essenciais, pois oferecem uma maior chance de desfechos mais próximos do ideal na assistência ao paciente.

Referências

1. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core entrustable professional activities for entering residency. 2014. Acessado 01/05/2019. Disponível em <https://www.aamc.org/download/482206/data/epa10toolkit.pdf>.
2. Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-11. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632).
3. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core Entrustable Professional Activities for Entering 2014. Acessado 01/05/2019. Disponível em <https://members.aamc.org/eweb/upload/Core%20EPA%20Curriculum%20Dev%20Guide.pdf>.

EPA 10. Reconhecer um paciente que necessite atendimento urgente e iniciar a sua avaliação e manejo

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|--|---|--|--|
| Reconhecer sinais vitais normais e anormais bem como os relacionar aos específicos da doença ou do paciente relativos a potencial etiologia da descompensação. CP2 CP4 CP5 | Não reconhece tendências ou variações de sinais vitais em um paciente descompensado. | Demonstra capacidade limitada de reunir, filtrar, priorizar e conectar informações para formar um diagnóstico diferencial específico do paciente em um ambiente de urgência ou emergência. | Reconhece resultados ou dados muito desviantes ou inesperados e procura explicações. | Reconhece variações dos sinais vitais baseados em fatores específicos do paciente e da doença. Agrupa, filtra e prioriza informações relativas ao quadro de descompensação do paciente e classifica a situação em urgência ou emergência. |
| Reconhecer a gravidade da doença do paciente as indicações para o cuidado escalonado e iniciar com as devidas intervenções e manejo. CP2 CP3 CP4 CP5 CP6 DPP | Não reconhece mudanças no estado clínico do paciente ou não pede ajuda quando o paciente necessita de cuidados de urgência ou emergência. | Não identifica anormalidades no estado clínico do paciente ou não prevê os próximos passos. Pode ser distraído por vários problemas ou ter dificuldade em priorizar. Aceita ajuda. | Reconhece os sintomas clínicos preocupantes ou resultados ou dados inesperados. Pede ajuda. | Responde nos momentos iniciais da deterioração do paciente, busca auxílio prontamente. Prioriza pacientes que necessitam cuidados imediatos e inicia intervenções críticas. |
| Iniciar e participar de forma organizada no atendimento das situações de urgência e aplicar os suportes de vida básico e avançado. CP1 DPP1 PBS2 HCRI4 | Presta atendimento a um paciente descompensado de modo que prejudica o cuidado ou pode prejudicar a capacidade da equipe de intervir. | Necessita ajuda para executar corretamente as habilidades básicas de procedimentos ou suporte de vida. Não se envolve com outros membros da equipe. | Demonstra habilidades adequadas de manejo da via aérea e suporte básico de vida (SBV). Inicia planos básicos de gerenciamento. Busca informações ou orientações de outros membros da equipe de saúde. | Inicia e aplica manejo efetivo de cuidados com via aérea, suporte básico de vida, e cuidados de ACLS (suporte cardiovascular avançado). Monitoriza a resposta às intervenções iniciais e ajusta o plano apropriadamente. Adere aos protocolos e aos procedimentos institucionais para aplicá-los ao cuidado escalonado do paciente crítico. Acessa os membros da equipe de saúde de acordo com suas responsabilidades e papéis para aumentar a eficiência do cuidado ao doente crítico. |
| Ao reconhecer a deteriorização de um paciente, comunicar a situação, orientar os objetivos de cuidado do paciente e atualizar a família HCRI2 HCRI6 DPD1 | Desconsidera as preocupações dos membros da equipe (enfermeiros e outros profissionais) e da família sobre deteriorização do estado do paciente. Desconsidera as metas de atendimento do paciente ou os códigos de intervenção. | Comunica-se de maneira unidirecional com a família e com a equipe de saúde. Fornece informações supérfluas ou incompletas para os membros da equipe de saúde. Não considera os desejos do paciente se esses diferem daqueles do provedor. | Adapta a comunicação e a mensagem para o público, para o propósito e para o contexto, na maioria das situações. Escuta ativamente e incentiva o compartilhamento de ideias da equipe (incluindo o paciente e a família). Confirma metas de atendimento | Comunica-se bidirecionalmente com a equipe de saúde e com a família sobre os objetivos do cuidado e o plano de tratamento enquanto mantém todos informados. Ouve atentamente e fornece feedback para os membros da equipe (paciente, enfermeira, familiares) a respeito das preocupações sobre a piora do paciente, para determinar os próximos passos do cuidado.. |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 10. Reconhecer um paciente que necessite atendimento urgente e iniciar a sua avaliação e manejo

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>A capacidade de reconhecer prontamente um paciente que requer cuidados urgentes ou emergentes, de iniciar avaliação e tratamento, e de buscar ajuda é essencial para todos os médicos. Os internos, em particular, estão frequentemente entre os que respondem primeiro em um ambiente de tratamento agudo, ou são os primeiros a receber notificação de um exame laboratorial anormal ou a perceber a deterioração no status de um paciente. O reconhecimento e a intervenção precoces oferecem a maior chance de resultados ideais no atendimento ao paciente. Essa EPA exige, muitas vezes, o reconhecimento simultâneo da necessidade e o início de um pedido de assistência. Exemplos de condições em que os internos devem saber reconhecer, saber iniciar avaliação e gerenciamento, e saber buscar ajuda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor no peito 2. Mudanças no estado mental 3. Falta de ar e hipoxemia 4. Febre 5. Hipotensão e hipertensão 6. Taquicardia e arritmias (por exemplo, taquicardia supra-ventricular, fibrilação atrial, bloqueio cardíaco) 7. Oligúria, anúria, retenção urinária 8. Anormalidades eletrolíticas (por exemplo, hiponatremia, hipercalemia) 9. Hipoglicemia e hiperglicemia <p>Funções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer os sinais e as variações vitais normais que podem ser esperadas com base em fatores específicos do paciente e da doença; • Reconhecer a gravidade da doença de um paciente e as indicações para encaminhar o atendimento; • Identificar potenciais etiologias subjacentes da descompensação do paciente; • Aplicar suporte de vida básico e avançado, conforme indicado; • Iniciar o plano de cuidados iniciais para o paciente descompensado; • Envolver os membros da equipe necessários para resposta imediata, tomada de decisão contínua e acompanhamento necessário para otimizar os resultados dos pacientes; • Entender como iniciar uma resposta de código e participar como membro da equipe. • Comunicar a situação aos membros da equipe que são responsáveis. • Documentar as avaliações dos pacientes e as intervenções necessárias no prontuário médico. • Atualizar os membros da família para explicar o status do paciente e os planos de encaminhamento de atendimento. • Esclarecer metas de cuidado do paciente no reconhecimento da deterioração (por exemplo, ordem de não ressuscitação ou/e não internação em UTI, cuidados de suporte para conforto). | | | | | | | | | | | | |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado com o Paciente (CP) - Conhecimento para a Prática (CPP) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Colaboração Interprofissional (CI) - Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) | | | | | | | | | | | | |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <table border="0"> <tr> <td>CP1</td> <td>CP5</td> <td>AABP7</td> </tr> <tr> <td>CP2</td> <td>CP6</td> <td>AABP9</td> </tr> <tr> <td>CP3</td> <td>AABP1</td> <td>HCRI2</td> </tr> <tr> <td>CP4</td> <td>AABP3</td> <td>HCRI6</td> </tr> </table> | CP1 | CP5 | AABP7 | CP2 | CP6 | AABP9 | CP3 | AABP1 | HCRI2 | CP4 | AABP3 | HCRI6 |
| CP1 | CP5 | AABP7 | | | | | | | | | | | |
| CP2 | CP6 | AABP9 | | | | | | | | | | | |
| CP3 | AABP1 | HCRI2 | | | | | | | | | | | |
| CP4 | AABP3 | HCRI6 | | | | | | | | | | | |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem avaliadas, as competências esperadas, os critérios utilizados e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA 10 sem supervisão. • Realizar simulação de situações de urgências e de emergências em manequins ou em outros cenários padronizados, avaliando através de checklist de cada um dos procedimentos, pelo menos um momento do estágio. | | | | | | | | | | | | |

EPA 10. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP1 Executar todos os procedimentos médicos, diagnósticos e cirúrgicos considerados essenciais para área de prática.</p> | <p>Aluno não tem habilidade para procedimentos que incluem manejo da via aérea, uso de precauções universais e técnica asséptica. Não consegue listar as indicações, as contraindicações, as referências anatômicas, os equipamentos, a técnica do procedimento ou os potenciais riscos e complicações. Não consegue, de maneira confiável, executar procedimentos básicos incluindo punção venosa, punção arterial e instalação de cateter venoso.</p> | <p>Demonstra compreensão das funções dos vários membros da equipe para realizar a tarefa. Trabalha ativamente para integrar-se à função da equipe e atender ou exceder as metas da equipe. Em geral, trabalha para atingir as metas da equipe, mas pode colocar metas pessoais relacionadas ao desenvolvimento da identidade profissional (por exemplo, reconhecimento) acima da meta da equipe.</p> |
| <p>CP2 Reunir informações essenciais e precisas sobre o paciente e sua condição por meio de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, exames de imagem e outros exames.</p> | <p>Coleta informações insuficientes ou em excesso, seguindo um modelo pré-determinado, na ordem coletada, sem priorizar os dados relevantes. Tem habilidade limitada para filtrar e/ou priorizar as partes da informação. Faz um raciocínio analítico utilizando conhecimento fisiopatológico básico com limitada capacidade de vincular os achados dos vários encontros clínicos. Executa as manobras do exame físico incorretamente. Pode perder os principais resultados do exame físico. Não altera a abordagem de exame da "cabeça aos pés" para atender o nível de desenvolvimento ou as necessidades comportamentais do paciente. Não busca ou é excessivamente dependente de dados secundários.</p> | <p>Tem alguma experiência clínica que permite relacionar sinais e sintomas do paciente atual com achado de outros pacientes previamente avaliados. Ainda se baseia principalmente em raciocínio analítico da fisiopatologia básica para ligar as informações, mas é capaz de relacionar os achados atuais com os de encontros clínicos prévios e filtrar, priorizar e sintetizar os achados pertinentes positivos e negativos, e evita amplas categorias de diagnósticos. Realiza as manobras básica de exame físico corretamente, reconhece e interpreta corretamente os achados anormais. Realiza uma abordagem de exame físico consistentemente relacionada ao problema do paciente. Procura e obtém dados de fontes secundárias quando necessário.</p> |
| <p>CP3 Organizar e priorizar as responsabilidades para prestar um atendimento seguro, eficaz e eficiente.</p> | <p>Somente capaz de focar o cuidado em um paciente de cada vez, em vez de vários pacientes; as responsabilidades são priorizadas como uma reação às necessidades imprevistas que surgem (as responsabilidades que apresentam a crise mais significativa no momento recebem a prioridade mais alta); mesmo pequenas interrupções na tarefa, muitas vezes, levam a uma interrupção prolongada ou permanente nessa tarefa, tornando o retorno à tarefa inicial difícil ou improvável.</p> | <p>Organiza o atendimento simultâneo de vários pacientes com eficiência, alternando as tarefas de maneira oportuna e eficiente; rotineiramente prioriza as responsabilidades de atendimento ao paciente para antecipar proativamente as necessidades futuras; responsabilidades de cuidados adicionais levam a reduções na eficiência e na capacidade de efetivamente priorizar apenas quando o volume do paciente é muito grande ou há uma percepção de prioridades concorrentes; as interrupções na tarefa são priorizadas e somente levam a interrupções prolongadas na tarefa quando a carga de trabalho ou a carga cognitiva é alta.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| CP4 Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática. | É inconsistente na interpretação precisa de testes diagnósticos básicos. Não compreende os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste. | Consistentemente interpreta testes diagnósticos básicos com precisão. Ainda precisa de assistência com os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste. |
| CP5 Tomar decisões fundamentadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações, nas preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico. | Relembra e apresenta fatos clínicos na história e na ordem física em que foram coletados sem filtragem, reorganização ou síntese. O raciocínio analítico através da fisiopatologia básica impede o reconhecimento de padrões e resulta em uma lista exaustiva de todos os diagnósticos considerados, em vez do desenvolvimento de considerações diagnósticas funcionais, dificultando o desenvolvimento de um plano terapêutico. A ausência de um diagnóstico focado e um diagnóstico funcional também impede a incorporação das preferências do paciente no plano de diagnóstico e de gestão. | Resume e reorganiza os achados clínicos coletados usando qualificadores semânticos (como pares de opostos que são usados para descrever informações clínicas [por exemplo, aguda e crônica]) para comparar e contrastar os diagnósticos considerados. O surgimento do reconhecimento de padrões no raciocínio diagnóstico e terapêutico geralmente resulta em uma avaliação bem sintetizada e organizada do diagnóstico diferencial e do plano de manejo. O diferencial focado e o diagnóstico de trabalho permitem incorporar as preferências do paciente no plano de diagnóstico e de gerenciamento. |
| CP6 Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes. | Desenvolve e executa planos de gestão com base em diretivas de outros, seja da organização de saúde seja do médico supervisor. Não é possível ajustar os planos com base nas diferenças ou nas preferências individuais do paciente. A comunicação sobre o plano é unidirecional, do médico ao paciente/família. Inconsistentemente procura orientação adicional ou consulta quando necessário. | Desenvolve e executa planos de gestão com base em conhecimentos teóricos e alguma experiência, especialmente na gestão de problemas comuns. Segue diretrizes de prática de cuidados de saúde e algoritmos de tratamento como uma questão de hábito e boa prática, e não como uma sanção imposta externamente. Os planos começam a incorporar as suposições e os valores dos pacientes por meio de uma comunicação mais bidirecional, permitindo, assim, a tomada de decisão compartilhada. Procura orientação e consulta adicionais, conforme necessário. |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| HCRI2 Comunicar-se eficazmente com pacientes, suas respectivas famílias e o público, conforme for apropriado, em contextos socioeconômicos e culturais variados. | Frequentemente se comunica a partir de um modelo ou realiza relato rígido de fatos baseado em regras. A comunicação não muda com base no contexto, no público ou na situação. Usa comunicação unidirecional que não incentiva ideias ou opiniões de outros membros da equipe. Não corresponde à ferramenta de comunicação com a situação (por exemplo, email, telefone, pager, mensagens de texto, registro eletrônico de saúde [RES], face a face). Adia ou evita conversas difíceis ou ambíguas. | Escuta ativamente e incentiva ideias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta com sucesso a estratégia de comunicação e a mensagem ao público, ao propósito e ao contexto na maioria das situações. Totalmente consciente do propósito da comunicação; pode eficientemente contar uma história e fazer um argumento. Começando a improvisar em situações desconhecidas. Geralmente, combina a ferramenta de comunicação com a situação. Discute os planos de cuidados com a equipe e os mantém atualizados. Envolve outros (por exemplo, supervisores) para ajudar com o feedback para outros membros da equipe, mesmo quando essas conversas são difíceis ou desconfortáveis. |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Jorge é o aluno plantonista noturno da equipe de medicina interna do hospital. Ele é chamado pelo posto de enfermagem para avaliar o Sr. Silva, que está reclamando de falta de ar. Jorge olha para suas anotações e diz: “Ele está aqui com uma exacerbação da DPOC. Tenho certeza de que isso é tudo. Ele deve estar bem”. Dez minutos depois, a enfermeira do Sr. Silva chega à sala de plantão e diz a Jorge: “Estou preocupada com o Sr. Silva. Ele não parece bem”. Jorge pergunta sobre a saturação de oxigênio do paciente e é informado que é 87%. Ele responde: “Isso é bom para a condição dele.” A enfermeira sugere que Jorge ligue para seu residente sênior para discutir o Sr. Silva. Jorge responde: “O paciente está no início do atendimento. Eu o vi há pouco tempo atrás. Eu não acho que haja qualquer razão para ligar para alguém”. Trinta minutos depois, Jorge recebe uma ligação dizendo que o estado mental do Sr. Silva mudou. Jorge vai até o quarto e vê o Sr. Silva usando uma máscara facial sem recirculação, sonolento mas agitado. Jorge diz à enfermeira: “Você não me disse que ele estava exigindo muito oxigênio”. Jorge fala com o Sr. Silva, que expressa preocupação com a falta de ar. O Sr. Silva também pede a Jorge que ligue para a esposa dele para lhe dar uma atualização. Jorge não discute metas de cuidado com o Sr. Silva. Jorge faz um exame físico “da cabeça aos pés nos próximos minutos. Ele encontra sons respiratórios diminuídos na porção inferior do pulmão direito, sem sibilos ou crepitações. Os pulsos periféricos estão diminuídos. O resto do exame não é digno de nota, sem déficits neurológicos focais. Jorge decide ligar para seu residente sênior e discutir o caso. No caminho para ligar para seu residente sênior, ele é chamado sobre outro paciente, que não teve evacuação por três dias, e é solicitado a fazer um pedido para um enema intestinal. Antes de chamar seu residente sênior, ele faz o pedido para o enema intestinal. Ele então chama seu residente sênior e discute primeiro a ordem do enema intestinal. Jorge, em seguida, expressa seu descontentamento em trabalhar com a enfermeira do Sr. Silva, porque ele sentiu que era capaz de lidar com a situação sozinho. Quando perguntado sobre sinais vitais, histórico médico, curso hospitalar e intervenções iniciais, Jorge afirma que não havia revisado essas informações ou iniciado testes ou intervenções, porque queria discutir o caso primeiro. Jorge sugere uma abordagem “tudograma” para testes de diagnóstico para cobrir todas as possíveis causas de estado mental alterado, taquicardia e hipóxia. Depois de ver o Sr. Silva com o residente, Jorge percebe que ele não tinha identificado uma progressiva piora da hipotensão e taquicardia. O médico residente ressalta que Jorge não percebeu que o Sr. Silva tinha febre e apenas um acesso IV periférico. Neste momento, o residente assume o cuidado. Jorge recua em um canto para ficar fora do caminho. Devido à hipotensão persistente do paciente, com possível necessidade de vasopressores e manejo avançado das vias aéreas, o residente recomenda a transferência do paciente para a CTI para posterior manejo da provável sepse. Depois que o paciente é transferido para a CTI, Jorge é instruído a ligar para a família do paciente para discutir a necessidade de transferência e o plano de cuidados. A família do paciente não atende o telefone, então Jorge deixa essa mensagem: “Sr. Silva piorou e foi transferido para a CTI para suporte ventilatório e posicionamento da linha central. Por favor, ligue para o hospital e peça mais detalhes para Jorge”. Durante o interrogatório subsequente de todo o episódio de cuidado, Jorge se torna defensivo e argumentativo. Ele culpa a equipe de enfermagem por lhe dar informações imprecisas sobre a necessidade de oxigênio e distraí-lo com perguntas “inúteis”.

Aluno confiável

Jorge é o aluno plantonista noturno da equipe de medicina interna do hospital. Ele é chamado pelo posto de enfermagem para avaliar o Sr. Silva, que está reclamando de falta de ar. Jorge imediatamente sai da sala de chamada para avaliar o Sr. Silva com a enfermeira. Ao revisar os sinais vitais do paciente, ele percebe uma progressiva piora da hipóxia, da taquicardia e da hipotensão nas últimas horas. Ele rapidamente analisa o histórico médico do Sr. Silva, que revela uma história de doença renal terminal em hemodiálise, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão, pneumonias recorrentes e DPOC. Além disso, o registro médico eletrônico indica que o paciente é portador de ordens para não reanimar e não entubar. Jorge completa um exame físico focado que revela sons respiratórios diminuídos no pulmão inferior direito, sem sibilos ou crepitações; uso de músculos acessórios para respirar; e pele fria e pegajosa. Jorge discute metas de cuidado com o Sr. Silva e pergunta se há alguém a quem ele gostaria que fosse dada uma atualização. Jorge discute suas observações com o Sr. Silva e com sua enfermeira e aborda preocupações e possíveis intervenções. Ele explica que está mais preocupado com a sepse relacionada à pneumonia. No entanto, ele observa que, em caso de internação prolongada, taquipneia, taquicardia e hipóxia, não se pode excluir uma embolia pulmonar, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva ou anormalidades eletrolíticas como causa da deterioração do Sr. Silva. Jorge pede à enfermeira para manter a saturação de oxigênio entre 88% e 92%. Ele explica a abordagem gradual e as limitações do equipamento da cânula nasal, da máscara facial aberta e da máscara facial sem recirculação. Jorge pergunta ao Sr. Silva se ele experimentou tanto uma máscara facial quanto uma cânula nasal, e o Sr. Silva afirma que ele prefere a cânula, mas usará a máscara se Jorge quiser. Jorge diz que eles vão começar com a cânula nasal e só mudar para a máscara se for preciso mais oxigênio para manter os níveis de oxigênio no sangue. Jorge pede a colocação de um segundo acesso IV para medicações, antecipando a necessidade de líquidos, antibióticos e outros medicamentos. Jorge pede uma radiografia de tórax portátil e gasometria no sangue arterial. Jorge diz à enfermeira que ele vai se afastar por um momento para ligar e atualizar seu residente sênior. Ele também afirma que ligará para a esposa do Sr. Silva para atualizá-la sobre a condição do Sr. Silva. Enquanto Jorge está caminhando para chamar a família, ele é alertado sobre um paciente que não teve evacuações em poucos dias. Jorge expressa seu agradecimento ao enfermeiro por chamar a atenção para isso e declara que ele fará o pedido de um enema intestinal assim que conseguir estabilizar outro paciente. Jorge coloca isso em sua lista como um lembrete para mais tarde. Ele envia uma mensagem de texto ao residente sênior para encontrá-lo na cabeceira do paciente e liga para a esposa do Sr. Silva, mas não há resposta. Ele deixa uma mensagem para que ela ligue para ele no hospital para uma atualização.

EPA 10. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

Sinais Vitais Anormais: O aluno reconhece sinais vitais anormais e alerta a equipe de atendimento.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Paciente grave ou que deteriora: O aluno reconhece os achados em um paciente que pode exigir intervenção urgente e alerta a equipe de atendimento.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O estudante fez a passagem do caso, incluindo o planejamento de contingência.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

Alerta/Participação na Resposta de Emergência

O aluno ativa e/ou participa de uma resposta de emergência (time de resposta rápida).

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Interação com o paciente ou a família

O aluno interage com o paciente e/ou a família no contexto de uma deterioração do estado do paciente

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

EPA 11. Obter consentimento informado para exames e procedimentos

Edison Capp
Liane Esteves Daudt
Rodrigo Pinheiro Amantéa

O uso de consentimento informado para exames e procedimentos médicos é uma maneira de proteger os direitos dos pacientes e orientar a prática ética da medicina. Pode ser usado para diferentes propósitos em diferentes contextos, os quais podem se sobrepor. O consentimento informado é um princípio fundamental no contexto da assistência à saúde, que hoje inclui a capacidade do paciente de julgar e de se envolver na tomada de decisão acerca de seu cuidado, garantindo que o cuidado recebido reflita seus objetivos, preferências e valores. A importância de obter um consentimento antes de qualquer procedimento médico está bem estabelecida. É dever do médico divulgar ao seu paciente, de forma razoável, a natureza, as prováveis consequências e os perigos do tratamento proposto para o paciente (1).

O consentimento informado implica que um paciente (ou representante legal) com capacidade de decisão autorize

livremente exames ou um plano de tratamento acordado mutuamente. A autorização é “informada” quando o médico divulga e o paciente “entende” o diagnóstico, as opções relevantes para o tratamento (incluindo a possibilidade de não realizar tratamento algum) e quaisquer riscos e benefícios. Este processo de consentimento informado deve ser documentado usando prontuário eletrônico, formulários de consentimento específicos do procedimento. Material impresso para informação do paciente também é uma opção para o esclarecimento adequado sobre o exame, procedimento ou o tratamento proposto (2).

O esclarecimento e a orientação do paciente, parte do processo de consentimento informado, é uma oportunidade importante para criar confiança entre o paciente e o seu médico. Ao mesmo tempo, reforça a autonomia do paciente, a transparência e a tomada de decisões compartilhadas.

O envolvimento do paciente por meio de uma abordagem personalizada e centrada nele estimula a adesão ao tratamento (3). Para tanto é necessário:

- esclarecer a situação clínica do paciente;
- identificar os aspectos da situação que podem requerer alguma ação;
- listar as diferentes maneiras de abordar a situação existente;
- informar o paciente sobre os prós e os contras das abordagens disponíveis;
- compreender o que o paciente valoriza sobre essas opções e as razões que eles têm para isso.

Na essência de toda interação médico-paciente de sucesso está um relacionamento baseado na confiança. Cultivar habilidades de comunicação sólidas, juntamente com a conscientização e a aplicação de princípios éticos, é parte integrante desse processo. Um dos principais desafios é negociar situações que surgem no consultório, na enfermaria,

à beira do leito quando questões como autonomia do paciente, visões de mundo divergentes, honestidade e manejo de custos entram em conflito. É essencial que estas questões sejam abordadas e esclarecidas pelo médico (4).

O aluno confiável identifica a necessidade de consentimento informado e o apresenta como um elemento de boas práticas clínicas. Ele consegue esclarecer o paciente quanto aos pontos principais para obtenção do consentimento informado. As informações fornecidas representam o melhor conhecimento disponível e são tão completas quanto possíveis. O uso de linguagem técnica e rebuscada é evitado e a comunicação bidirecional é estimulada para conferência entre a fornecida e a informação compreendida pelo paciente. O processo de decisão compartilhada, considerando preferências do paciente e da família é respeitado. A confiança do

aluno é proporcional e adequada ao seu nível de conhecimento e habilidade de tal forma que paciente e família ficam à vontade. Além disso, o aluno confiável reconhece suas fraquezas e procura ajuda em momentos oportunos. O aluno do internato deve ser capaz de obter consentimento informado para testes ou procedimentos solicitados, imunizações, medicamentos, acesso central, contraste e radiação, transfusões de sangue (5).

Referências

1. Perrenoud B, Velonaki VS, Bodenmann P, Ramelet AS. The effectiveness of health literacy interventions on the informed consent process of health care users: a systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015;13(10):82-94.
2. Hall DE, Prochazka AV, Fink AS. Informed consent for clinical treatment. CMAJ. 2012;184(5):533-40.
3. Kunneman M, Montori VM, Castaneda-Guarderas A, Hess EP. What Is Shared Decision Making? (and What It Is Not). Acad Emerg Med. 2016;23(12):1320-4.
4. Onguti S, Mathew S, Todd C. Communication and Ethics in the Clinical Examination. Med Clin North Am. 2018;102(3):485-93.
5. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core entrustable professional activities for entering residency. 2014. Acessado 06/04/2019. Disponível em <https://www.aamc.org/download/482208/data/epa11toolkit.pdf>

EPA 11. Obter consentimento informado para exames e procedimentos

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|---|--|--|---|
| <p>Descrever os elementos-chaves do consentimento informado: indicações, contraindicações, riscos, benefícios, alternativas e possíveis complicações da intervenção.</p> <p>CP6 CPP3 CPP4 CPP5 P6</p> | <p>Não possui conhecimentos básicos sobre a intervenção.</p> <p>Fornecer informações imprecisas ou equivocadas.</p> <p>Entrega o consentimento para o paciente e pede sua assinatura.</p> | <p>É complacente com o consentimento informado devido à compreensão limitada da importância do consentimento.</p> <p>Permite que vieses e preconceitos pessoais influenciem o processo de consentimento.</p> <p>Obtém consentimento informado apenas após receber instrução para isso.</p> | <p>Desconsidera especificidades quando fornece elementos-chaves do consentimento informado.</p> <p>Falta especificidade ou necessita atuação do supervisor.</p> | <p>Entende e explica os elementos-chave do consentimento informado.</p> <p>Fornecer informações corretas e completas.</p> <p>Identifica quando o consentimento informado é necessário e o descreve como um elemento de boas práticas clínicas e não como uma necessidade imposta.</p> |
| <p>Se comunicar com o paciente e a família garantindo a compreensão da intervenção</p> <p>CP7 HCRI1 HCRI7 CP5</p> | <p>Usa linguagem que assusta o paciente e a família.</p> <p>Desconsidera indicadores emocionais.</p> <p>Considera intérpretes como inúteis e ineficientes.</p> | <p>Utiliza jargão médico</p> <p>Utiliza comunicação unidirecional e não identifica a preferência do paciente.</p> <p>Tem dificuldade em atender indicadores emocionais.</p> <p>Não considera o uso de um intérprete quando necessário.</p> | <p>Percebe o uso de jargão e se autocorrige.</p> <p>Obtém/identifica preferências do paciente fazendo perguntas.</p> <p>Reconhece indicadores emocionais.</p> | <p>Evita jargão médico.</p> <p>Usa comunicação bidirecional para desenvolver harmonia entre informação fornecida e informação compreendida.</p> <p>Utiliza processo de decisão compartilhada, considerando preferências do paciente e da família.</p> <p>Utiliza intérpretes de forma colaborativa quando necessário.</p> |
| <p>Demonstrar equilíbrio, confiança e habilidade para colocar a família à vontade, procurando auxiliá-los quando necessário e se colocando disponível para responder aos questionamentos.</p> <p>DPP1 DPP7 DPP8</p> | <p>Demonstra excesso de confiança e realiza ações que podem ter um efeito negativo no desfecho.</p> | <p>Demonstra falta de confiança, a qual aumenta o estresse e o desconforto do paciente, ou excesso de confiança, o qual compromete/destrói a confiança.</p> <p>Faz perguntas.</p> <p>Aceita ajuda.</p> | <p>Tem dificuldade em articular limitações pessoais, de modo que paciente e família necessitam da intervenção de um colega mais experiente.</p> <p>Pede ajuda.</p> | <p>Demonstra confiança de acordo com seu conhecimento e habilidade de tal forma que paciente e família ficam à vontade</p> <p>Procura ajuda em momentos oportunos.</p> |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 11. Obter consentimento informado para exames e procedimentos

| | |
|---|---|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Para estar preparado para a prática médica, todos os médicos devem ser capazes de aplicar consentimento informado aos pacientes quando necessário. Os médicos devem estar em condições de obter consentimento informado para intervenções, testes ou procedimentos que eles solicitarem ou realizarem (por exemplo, imunizações, acesso venoso central, exposição a contraste e radiação, transfusões de sangue). É importante ressaltar que os profissionais não devem obter consentimento informado para procedimentos ou testes para os quais não conhecem as indicações, as contraindicações, as alternativas, os riscos e Os benefícios.</p> <p>Principais funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever indicações, riscos, benefícios, alternativas e potenciais complicações do procedimento. • Comunicar-se com o paciente/família e garantir sua compreensão das indicações, dos riscos, dos benefícios, das alternativas e das possíveis complicações. • Criar um contexto que incentiva o paciente/família a fazer perguntas. • Utilizar serviços de intérprete quando necessário. • Documentar a discussão e o consentimento informado de forma apropriada no prontuário do paciente. • Exibir um equilíbrio apropriado de confiança com conhecimento e habilidades que deixam paciente e família à vontade. • Compreender limitações pessoais e procurar ajuda quando necessário |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com o paciente (CP) - Conhecimento para a prática (CPP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) - Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CP5 HCRI1 CP6 HCRI7 CP7 P6 CPP 3 CPP5 CPP4</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No início do internato, explicar cada uma das EPAs que serão avaliadas, bem como os comportamentos esperados e o processo de avaliação. • Observar aplicação de consentimento informado em pelo menos 1 momento do internato e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, sua confiabilidade e sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. |

EPA 11. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|--|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP3 Organizar e priorizar responsabilidades para prestar um atendimento seguro, efetivo e eficiente.</p> <p>CP5 Tomar decisões fundamentadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações, nas preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.</p> <p>CP6 Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes.</p> <p>CP7 Aconselhar e educar os pacientes e suas respectivas famílias para capacitá-los a participar de seu cuidado e possibilitar a tomada de decisões compartilhadas.</p> | <p>Considera a obtenção do consentimento informado como uma tarefa a ser realizada com base na orientação de outros.</p> | <p>O aluno responsável entende a importância do processo de consentimento informado na relação médico-paciente e na tomada de decisão compartilhada.</p> |
| Conhecimento para a prática (CPP) | | |
| <p>CPP3 Aplicar os princípios estabelecidos e emergentes das ciências clínicas para a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas, para a resolução de problemas clínicos e outros aspectos dos cuidados de saúde baseados em evidências.</p> <p>CPP4 Aplicar princípios das ciências epidemiológicas para a identificação de problemas de saúde, fatores de risco, estratégias de tratamento, recursos e iniciativas de prevenção de doenças e de promoção da saúde para pacientes e populações.</p> <p>CPP5 Aplicar os princípios das ciências sociocomportamentais na assistência ao paciente, incluindo a avaliação do impacto das influências psicossociais e culturais na saúde, na doença, na busca de cuidados, na adesão à assistência e nas barreiras e atitudes em relação aos cuidados.</p> <p>CPP6 Contribuir para a criação, para a disseminação, para a aplicação e para a tradução de novos conhecimentos e de práticas em saúde.</p> | <p>Este aluno não tem compreensão de alguns elementos-chaves do consentimento informado (indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas) ou conhece os elementos que devem ser abordados, mas não conhece as especificações para o procedimento dado. Como resultado, as conversas com o paciente/família costumam ter erros críticos de omissão.</p> | <p>Este aluno entende os elementos-chaves do consentimento informado (indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas) e inicia o processo preparado com as especificações para o procedimento dado. Como resultado, as conversas com o paciente/família raramente têm erros de omissão.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|--|--|
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P1 Demonstrar compaixão, integridade e respeito pelos outros.</p> <p>P2 Demonstrar capacidade de resposta às necessidades do paciente que substituem o interesse próprio.</p> <p>P3 Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia do paciente.</p> <p>P5 Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a uma população diversificada de pacientes, incluindo, mas não limitado à diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiências e orientação sexual.</p> <p>P6 Demonstrar um compromisso com os princípios éticos relativos à provisão ou retenção de cuidados, confidencialidade, consentimento informado e práticas comerciais, incluindo a conformidade com leis, políticas e regulamentos.</p> | <p>O aluno pré-responsável não recorre consistentemente a serviços interpretativos quando necessário, especialmente se a família não fizer um pedido explícito.</p> | <p>O aluno nesse nível solicita serviços interpretativos conforme necessário, mesmo quando não solicitados explicitamente pelo paciente ou pela família.</p> |
| Prática baseada em sistemas (PBS) | | |
| <p>PBS1 Trabalhar com eficácia em vários contextos e sistemas de prestação de cuidados de saúde relevantes para as especialidade.</p> <p>PBS4 Defender a qualidade do atendimento ao paciente e os melhores sistemas de atendimento ao paciente.</p> <p>PBS6 Desempenhar responsabilidades de gestão administrativa e prática proporcionais ao papel de uma pessoa, habilidades e qualificações.</p> | <p>O aluno nesse nível também muitas vezes perde os sinais emocionais dos pacientes, como raiva, medo ou frustração, deixando-os sem tratamento.</p> <p>A documentação do consentimento informado frequentemente tem erros de comissão ou omissão e / ou se desvia da política (por exemplo, não datado, falta de assinatura do paciente e/ou do médico).</p> | <p>Na conversa, os alunos neste nível procurarão compreender as preferências do paciente e da família sobre o procedimento. Ao reconhecer e discutir as preferências do paciente ou da família, o aluno envolve o paciente e/ou a família na tomada de decisão compartilhada.</p> <p>Finalmente, a documentação do consentimento informado raramente tem erros de omissão e é consistente com a política da instituição (por exemplo, datas, assinaturas do paciente e do médico).</p> |
| Desenvolvimento pessoal e profissional (DPP) | | |
| <p>DPP1 Desenvolver a capacidade de usar a consciência da magnitude de seus conhecimentos, habilidades e limitações emocionais para se envolver em comportamentos adequados para a busca de ajuda.</p> <p>DPP7 Demonstrar autoconfiança que coloca pacientes, familiares e membros da equipe de saúde à vontade.</p> <p>DPP8 Reconhecer que a ambiguidade faz parte da assistência médica e responder usando recursos apropriados para lidar com a incerteza.</p> | <p>A incapacidade do aluno em reconhecer sinais emocionais e a falta de conhecimento para responder a perguntas do paciente (por exemplo, sobre riscos e benefícios) pode resultar em uma diminuição da confiança dos pacientes e um pedido para falar com um membro mais experiente da equipe. Como alternativa, o paciente pode assinar sem realmente ser informado.</p> | <p>Além disso, o aluno nesse nível geralmente pode reconhecer sinais emocionais dos pacientes, como raiva, medo ou frustração, e resolvê-los ou procurar ajuda dos supervisores para lidar com eles. O conhecimento e a preocupação do aluno com a opinião do paciente demonstram a confiança necessária para deixar o paciente à vontade.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

João está trabalhando em uma clínica de medicina familiar que acaba de receber as vacinas da gripe para a estação do ano. Ele é solicitado a garantir que todos os pacientes elegíveis recebam a vacina. Ele entra na sala para ver a Sra. Lopez, uma senhora de 65 anos de idade, para sua revisão anual. Esta é sua segunda visita a esta clínica desde que ela se mudou recentemente. Seus problemas crônicos incluem hipertensão, obesidade moderada e diabetes tipo 2. João percebe que ela fala com sotaque, mas que o português dela é “bom”, então ele prossegue com a anamnese e o exame físico. Após a anamnese e o exame físico, João diz que ela precisa da vacina e que será necessário que ela assine o consentimento informado. Ele lhe entrega folheto sobre a vacina, junto com o termo de consentimento livre e esclarecido, e pede a ela que o leia. Ela afirma: “Eu não preciso ler, doutor. Se você acha que eu preciso, então eu vou assinar”. Ela assina e entrega o consentimento de volta para João. Ele afirma que alguém virá em breve para aplicar a vacina nele. João sai para o corredor e encontra seu supervisor. “Aqui está o formulário de consentimento para a vacina da Sra. Lopez. Ela está pronta para receber a vacina”. O supervisor de João olha para a folha e diz para João: “Ela não preencheu a seção de contraindicações. Você perguntou a ela se tem história de Guillain-Barre, reações anteriores a vacinas, ou alergia a ovo?” João admite que não o fez e observa que ele não tinha certeza do que era Guillain-Barre ou porque estava na lista. Seu supervisor explica a síndrome de Guillain-Barre e sua associação anterior com a vacina suína. Ele também observa que João não assinou na linha do médico que aplicou o consentimento informado para documentar sua consulta com a Sra. Lopez. Eles entram na sala juntos, e o supervisor de João pergunta à Sra. Lopez se ela já teve algum problema com vacina no passado. A Sra. Lopez diz que não lembra de ter recebido a vacina por vários anos e não tem certeza do motivo. Ela achou que estava relacionado com o seu diabetes. O supervisor sugere que João ligue o posto de saúde onde ela era atendida anteriormente e solicita à Sra. Lopez permissão para fazê-lo. Quando João liga, é lhe dito que a Sra. Lopez não recebeu a vacina nos últimos oito anos, porque ela relatou episódio de urticária três dias após a vacina há nove anos. João volta para a sala e explica o que ele descobriu para a Sra. Lopez, a qual, em seguida, recorda o episódio e diz que ela nunca teve certeza se os dois estavam relacionados. João, desconhecendo as recomendações atuais de que uma história de urticária não deve impedir a administração de vacinas, sugere que eles deixem de vaciná-la este ano, mas diz que perguntará a um colega. João então sai e encontra seu supervisor, que lhe mostra as recomendações atualizadas do CDC. O supervisor e João voltam para a sala de exames da Sra. Lopez para explicar a ela os riscos, os benefícios, as alternativas e as complicações da vacina e por que eles estão recomendando o procedimento.

Aluno confiável

João está trabalhando em uma clínica de medicina familiar que acaba de receber as vacinas da gripe para a estação do ano. Ele é solicitado a garantir que todos os pacientes elegíveis recebam a vacina. Ele entra na sala para ver a Sra. Lopez, uma senhora de 65 anos de idade, para sua revisão anual. Esta é sua segunda visita a esta clínica desde que ela se mudou recentemente. Seus problemas crônicos incluem hipertensão, obesidade moderada e diabetes tipo 2. João percebe que ela fala com sotaque, e pergunta se ela gostaria de prosseguir com ou sem um intérprete. Ela diz: “Obrigado pela oferta, mas estou confortável sem um intérprete”. Após a anamnese e o exame físico, João diz à Sra. Lopez que é a época do ano para a vacina, e ele quer conversar com ela se há desejo dela em ser vacinada durante a visita. João entrega a paciente folheto sobre a vacina, junto com o termo de consentimento livre e esclarecido, e pede a ela que o leia. Ela diz, “Eu não preciso ler, doutor. Se você acha que eu preciso, então, eu vou assinar”. João então diz que preferiria que ela lesse os materiais, especialmente a seção de “contraindicações”. Quando ele fala isso, a Sra. Lopez diz: “Pensando sobre isso, não me deram a vacina nos últimos anos, e eu não tenho certeza do porquê. Eu acho que posso ter tido uma reação a isso”. João, em seguida, revisa as contraindicações com ela, incluindo síndrome de Guillain-Barre, alergia a ovo e reação grave anterior a uma vacina. Quando a Sra. Lopez observa que ela não teve Guillain-Barre e não tem alergia a ovo, ela decide que deve ter sido uma reação à vacina, mas ela não consegue se lembrar. João pergunta se ele pode telefonar ao posto de saúde onde ela era atendida anteriormente para investigar, e ela consente. João descobre que a Sra. Lopez não recebeu a vacina nos últimos oito anos, porque relatou um episódio de urticária três dias após a vacina há nove anos. João entra na Internet para rever as diretrizes atuais do CDC e observa que urticária sem outros sintomas sistêmicos não é mais uma contraindicação; as diretrizes sugeridas incluem monitoramento por 30 minutos após a vacina. Ele retorna ao consultório e explica o que ele aprendeu para a Sra. Lopez, que, em seguida, recorda o episódio e diz que ela nunca teve certeza se os dois estavam relacionados. Ele então repassa os riscos e os benefícios mais uma vez e pede que a Sra. Lopez repita para verbalizar seu entendimento. Ela assina e marca o formulário de consentimento e, em seguida, João faz o mesmo e registra sua história de urticária e sua conversa sobre as diretrizes atuais.

EPA 11. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala:

Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno explica o consentimento informado, incluindo indicações, contra-indicações e alternativas.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno garante a compreensão do paciente e da família (evita o jargão médico, pratica a tomada de decisão compartilhada, usa o intérprete quando necessário).

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno explica o consentimento informado, incluindo riscos, benefícios e possíveis complicações

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno apropriadamente equilibra confiança com reconhecimento de suas limitações.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 12. Executar procedimentos médicos gerais

Oly Campos Corleta
Paulo de Carvalho Contu

Ao completar o curso de Medicina, independentemente da especialidade ou área de atuação planejada para o futuro, todos os médicos devem ter conhecimento e saber realizar determinados procedimentos essenciais para o atendimento básico a pacientes. A EPA 12 tem como objetivo avaliar a competência do aluno na execução desses procedimentos.

Os princípios de assepsia e antissepsia são fundamentais para o controle e a prevenção de infecções. As técnicas são comumente praticadas em salas de cirurgia, parto e em ambientes de procedimentos invasivos, diagnósticos ou terapêuticos. Também são indicadas em avaliações e procedimentos à beira do leito, como a inserção de dispositivos em áreas estéreis do organismo ou cavidades, como inserção de dreno torácico, linha venosa ou cateter vesical (1).

O cateterismo vesical é um procedimento bastante comum em diferentes níveis de atendimento.

Aproximadamente 13% dos pacientes atendidos em diferentes organizações do National Health Service da Inglaterra são submetidos a cateterismo da bexiga urinária. Nesse contexto, mais de 18% dos pacientes internados em hospitais gerais recebem sonda vesical de demora (2).

A capacitação para o suporte básico de vida, através da correta técnica de ressuscitação cardiorrespiratória, é exigência ao corpo clínico dos principais hospitais. No Brasil, estima-se uma incidência de morte súbita em aproximadamente 70 vítimas por ano, sendo que 50% poderiam ter sido recuperadas por manobras adequadas de ressuscitação cardiorrespiratória (3).

Cateteres intravenosos periféricos são os dispositivos intravenosos mais utilizados em pacientes hospitalizados. Estima-se que até 70% dos pacientes em hospitais de cuidados agudos precisam de um cateter intravenoso periférico, e cerca de 200 milhões são usados a cada ano nos Estados Unidos. Habitualmente, os

cateteres intravenosos são utilizados para fins terapêuticos, como administração de medicamentos, fluidos ou hemoderivados, mas também podem ser úteis como meio para coleta de sangue com fins diagnósticos. A técnica correta de punção venosa e inserção do dispositivo, combinada com os cuidados de manutenção estão associados a menor incidência de complicações, como a tromboflebite (4). Esta habilidade foi incorporada, ainda que, na tradição da prática médica brasileira, este procedimento seja muito mais frequentemente realizado pelos profissionais de enfermagem.

O estudante confiável comunica-se de maneira apropriada, inteligível e respeitosa com o paciente e familiares, assegurando-se de que eles compreenderam as razões do procedimento. Ao demonstrar confiança proporcional ao seu nível de conhecimento e habilidade, gera segurança e conforto aos mesmos que compreendem estar em um contexto de decisão compartilhada. Ao executar o procedimento utiliza corretamente as precauções e técnicas

assépticas, exibe e aplica o conhecimento de anatomia, fisiologia, indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas para cada procedimento, quando for o caso, adotando as medidas para minimizar as complicações. Em caso de necessidade, procura ajuda oportunamente.

O aluno do internato deve ser capaz de executar adequadamente a técnica de antisepsia, sondagem vesical, ressuscitação cardiopulmonar básica, ventilação com máscara e bolsa (ambu), punção venosa periférica e inserção de acesso intravenoso (5).

Referências

1. Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control. Acessado em 18/04/2016. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol>.
2. Shackley DC, Whytock C, Parry G, et al. Variation in the prevalence of urinary catheters: a profile of National Health Service patients in England. *BMJ Open* 2017;7:e013842. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013842
3. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122: S685-S705.
4. Rickard CM, Webster J, Wallis MC, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2012; 380(2847): 1066-74.
5. Association of American Medical Colleges (AAMC). Core entrustable professional activities for entering residency. 2014. Acessado 18/04/2019. Disponível em <https://www.aamc.org/download/482210/data/epa12toolkit.pdf>

EPA 12. Executar procedimentos médicos gerais

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|--|--|--|---|--|
| Demonstrar habilidade técnica para o procedimento. CP1 | Falta habilidade técnica. Falha em observar técnica asséptica quando necessário. | Habilidades técnicas são aplicadas com variação. Completa o procedimento de maneira não confiável. Usa precauções universais e técnica asséptica inconsistentemente. | Encara os procedimentos como tarefas mecânicas a serem realizadas, frequentemente inicia quando requisitado por outros. Reluta em adaptar a abordagem quando indicado. | Demonstra preparação necessária para executar os procedimentos. Executa o procedimento corretamente em múltiplas ocasiões ao longo do tempo. Usa consistentemente as precauções universais e a técnica asséptica. |
| Entender e explicar a anatomia, a fisiologia, as indicações e as contraindicações e as potenciais complicações do procedimento. CP1 | Exibe a falta de consciência das lacunas de conhecimento. | Não entende os principais problemas na execução de procedimentos, como indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas. Demonstra conhecimento limitado das complicações dos procedimentos e de como minimizá-las. | Descreve os principais problemas na execução de procedimentos: indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas. Demonstra conhecimento das complicações comuns dos procedimentos, mas reluta em reduzi-las. | Demonstra e aplica conhecimento prático básico de anatomia, fisiologia, indicações, contraindicações, riscos, benefícios e alternativas para cada procedimento. Conhece e toma medidas para reduzir as complicações dos procedimentos. |
| Comunicar-se com o paciente e familiares para assegurar que eles entenderam as atividades prévias e posteriores aos procedimentos. CP7 HCRI6 P6 | Usa linguagem imprecisa ou apresenta informação distorcida por preconceitos pessoais. Desconsidera os desejos do paciente e da família. Não obtém consentimento apropriado antes de executar o procedimento. | Usa jargões ou outras formas não efetivas de comunicação. Não percebe a resposta emocional do paciente. Não envolve o paciente na tomada de decisão compartilhada. | As conversações são respeitadas, geralmente sem jargões e trazem à tona os desejos do paciente e da família. Quando focado na tarefa durante o procedimento pode relutar em perceber a resposta emocional do paciente. | Demonstra habilidade focada no paciente quando executando procedimentos (evita jargões, participa na tomada compartilhada de decisões, considera a resposta emocional do paciente). |
| Demonstrar confiança que deixa pacientes e familiares confortáveis DPP7 DPP1 | Exibe autoconfiança excessiva e realiza ações que poderiam levar perigo a pacientes e membros da equipe assistencial. | Exibe falta de confiança que aumenta o estresse e desconforto de pacientes ou excesso de autoconfiança que mina confiança do paciente se o aluno insiste em executar o procedimento. Aceita ajuda quando oferecida. | Pede ajuda se houver complicações. | Procura ajuda oportunamente. Tem confiança proporcional ao nível de conhecimento e habilidade, o que deixa pacientes e familiares confortáveis. |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 12. Executar procedimentos médicos gerais

| | |
|---|--|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Ao completar o curso de Medicina, todos os médicos precisam demonstrar competência na execução de alguns procedimentos essenciais para prestar atendimento básico a pacientes. Estes procedimentos incluem os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressuscitação cardiopulmonar básica - Ventilação com máscara e dispositivo e máscara e bolsa (ambu) - Punção venosa - Acesso venoso avançado <p>Principais funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar habilidades técnicas (motoras) necessárias para o procedimento • Entender e explicar a anatomia, a fisiologia, as indicações, os riscos, as contraindicações, os benefícios, as alternativas e as potenciais complicações do procedimento • Comunicar-se com pacientes e familiares para garantir a passagem de explicações e instruções antes e após o procedimento • Tratar as complicações do procedimento • Demonstrar confiança que deixa paciente e familiares confortáveis |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a pessoa (CP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) - Desenvolvimento Pessoal e Profissional (DPP) |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CP1 DPP7 CP7 P6 HCRI6 DPP1</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Os procedimentos descritos serão executados em manequins ou em cenários de prática e avaliados conforme o questionário de avaliação de cada procedimento. |

EPA 12. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|--|---|
| Cuidados com a pessoa (CP) | | |
| <p>CP1 Realizar todos os procedimentos médicos, diagnósticos e cirúrgicos considerados essenciais para a área de prática.</p> | <p>Aluno não tem habilidade para procedimentos que incluem manejo da via aérea, uso de precauções universais e técnica asséptica. Não consegue listar indicações, contraindicações, referências anatômicas, equipamentos, técnica do procedimento ou potenciais riscos e complicações. Não consegue, de maneira confiável, executar procedimentos básicos incluindo punção venosa, punção arterial e instalação de cateter venoso.</p> | <p>Este aluno tem habilidades básicas para procedimentos, incluindo o manejo da via aérea, o uso de precauções universais e técnica asséptica. Consegue listar indicações, contraindicações, reparos anatômicos, equipamento, técnica do procedimento e potenciais riscos e complicações de procedimentos básicos. Aborda complicações. Executa confiavelmente procedimentos básicos, incluindo punção venosa, punção arterial e colocação de cateter venoso.</p> |
| <p>CP7 Aconselhar e educar os pacientes e suas respectivas famílias para capacitá-los a participar de seu cuidado e possibilitar a tomada de decisões compartilhadas.</p> | <p>No colóquio com pacientes e familiares utiliza frequentemente jargões e exhibe preconceitos pessoais. Não leva em consideração as circunstâncias específicas do paciente. Dá pouca oportunidade para discussão ou perguntas. Define o plano para o paciente sem engajá-lo.</p> | <p>Escuta atentamente paciente e familiares, expressando cuidado, preocupação e empatia. Mantém tom respeitoso e raramente usa jargões médicos. Verifica se há entendimento do paciente e da família. Reconhece que a circunstância do paciente é variável e começa a envolver o paciente e a família em decisões compartilhadas.</p> |
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI5 Manter registros médicos abrangentes, oportunos e legíveis.</p> | <p>A documentação tem erros de omissão e informações falsas. No caso de omissões, a documentação é frequentemente incompleta, partes críticas do prontuário (p.ex. história médica pregressa) e dados críticos (diagnósticos da história médica pregressa) podem estar faltando, pode não documentar o que foi realmente dito e feito, e pode falhar em comunicar o raciocínio clínico. As informações falsas podem constar de inclusão de informação detalhada desnecessária. O prontuário frequentemente não é disponível para revisão por outros membros da equipe assistencial para utilização no momento apropriado no cuidado do paciente. Documentação manuscrita pode ser ilegível. A documentação pode ser inconsistente com as políticas institucionais, como o uso de abreviaturas ou a omissão de data, hora e assinatura.</p> | <p>A documentação é completa e exprime exatamente a história do paciente usando os aspectos fundamentais da interação médico-paciente e o serviço prestado, no entanto não sendo excessivamente longa e detalhada. Por vezes, adapta a documentação à situação específica. Todos os dados importantes são verificados e a fonte é expressa. Erros identificados no prontuário médico são relatados e medidas apropriadas são tomadas para corrigi-los. O raciocínio clínico é bem documentado. Os principais bancos de dados específicos do paciente são mantidos e atualizados quando aplicável. A documentação está completa e disponível para que outros a analisem dentro de um prazo adequado para ajudar no cuidado do paciente. A documentação manuscrita é sempre legível. A documentação é consistente com a política institucional, como evitar o uso de abreviaturas proibidas e toda a documentação tem o horário, data e assinatura.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|---|
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI6 Demonstrar sensibilidade, honestidade e empatia em conversas difíceis, incluindo aquelas sobre morte, fim de vida, eventos adversos, más notícias, divulgação de erros, e outros tópicos sensíveis.</p> | <p>Não prevê ou interpreta as emoções de outros na comunicação verbal e não verbal. Não tem consciência de suas próprias reações emocionais e comportamentais e pode transmitir emoções na comunicação (p.ex. ansiedade, exaltação ou raiva) que podem precipitar respostas emocionais não intencionais em outros. Não gerencia com eficácia as próprias emoções fortes e as dos outros.</p> | <p>Prevê, interpreta e reage a emoções em tempo real com comportamento apropriado e profissional nos cenários típicos da comunicação médica, incluindo aqueles que despertam emoções fortes. Usa estas habilidades para ganhar e manter alianças com os outros. Situações atípicas e não previstas podem, entretanto, despertar emoções fortes, resultando em incapacidade de moderar o comportamento próprio e manejar as emoções.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P6 Demonstrar um compromisso com os princípios éticos relativos à prestação ou à suspensão de cuidados, com a confidencialidade, com o consentimento informado e com as práticas comerciais, incluindo a conformidade com as leis, com as políticas e com as regulamentações relevantes.</p> | <p>Tem entendimento básico dos princípios éticos, políticas formais e procedimentos e não os infringe intencionalmente, mas não os aplica consistentemente para diferentes dilemas éticos.</p> | <p>Adere aos princípios éticos e geralmente os aplica consistentemente em dilemas éticos. Segue políticas formais e procedimentos. Reconhece e limita os conflitos de interesse.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|---|---|--|
| Prática baseada em sistemas (PBS) | | |
| <p>PBS3 Incorporar considerações de conscientização de custos e análise de risco-benefício no atendimento de pacientes e/ou de base populacional.</p> | <p>Não se preocupa com os custos na avaliação e no tratamento dos pacientes, incluindo fatores externos ao sistema (p.ex. socioeconômicos, culturais, grau de instrução e plano de saúde), fatores internos do sistema (provedores, fornecedores, financiadores e compradores). Demonstra frustração com esforço de contenção de custos, percebendo-os como demandas externas que interferem no trabalho.</p> | <p>Demonstra compreensão dos fatores internos e externos relacionados com o custo. Avalia criticamente a informação disponível da avaliação, exames ou do tratamento para permitir priorização e otimização do custo e do risco-benefício para um determinado paciente. Usa ferramentas da tecnologia de informação para ajudar na tomada de decisões e adota estratégias para diminuir o custo e o risco para indivíduos.</p> |
| Desenvolvimento pessoal e profissional | | |
| <p>DPP7 Demonstrar autoconfiança, que deixe à vontade pacientes, familiares e membros da equipe de saúde.</p> | <p>Fala de maneira confiante, mas ainda não tem certeza de quando e como articular claramente as limitações pessoais ao paciente e à família. Exibe comportamento que reflete algum conforto e confiança com o papel de médico, mas familiares não se sentiriam necessariamente confortáveis sem confirmações de colegas mais experientes ou supervisor.</p> | <p>Demonstra consciência sobre quando ser confiante com base no conhecimento e nas habilidades e quando expressar a incerteza com situações e diagnósticos. O alinhamento emergente entre conhecimento e habilidade e grau de certeza permite que as famílias fiquem à vontade em muitas situações.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Sílvia está trabalhando em um serviço de cirurgia geral. Nos rounds matinais, ela é solicitada a reposicionar um acesso venoso perdido na Sra. Amir, que está no segundo dia pós-operatório de mastectomia radical direita modificada para câncer de mama. Sílvia diz à Sra. Amir, “Estou aqui para reposicionar o seu acesso venoso”. Sra. Amir afirma que estava esperando que o acesso não precisaria ser reposicionado neste momento, porque terá alta em breve. Ela pergunta por que tem que ser reposicionado, e Sílvia afirma não ter certeza, mas diz que verificará. Ela sai do quarto e retorna para contar à Sra. Amir que o acesso venoso ainda é necessário por causa da sua medicação analgésica. Sílvia leva dois minutos para reunir seus suprimentos e retorna ao carrinho de suprimentos várias vezes para buscar coisas que havia esquecido. A Sra. Amir assiste com crescente preocupação. Enquanto prepara um torniquete para o braço direito, Sílvia diz à Sra. Amir que ela procurará uma “veia antecubital”. A Sra. Amir diz: “Eu não tenho certeza do que é isso, mas me disseram que eu não poderia ter acessos venosos no meu braço direito”. A Sra. Amir aponta para uma placa acima de sua cama informando, “Nenhum procedimento no braço direito”. Sílvia muda para o braço esquerdo, aplica um torniquete e pega algodão embebido em álcool para começar a preparar. A Sra. Amir pergunta se ela vai lavar as mãos. Sílvia vai até a pia, mas esquece de soltar o torniquete, fazendo com que a Sra. Amir diga que seu braço está começando a doer. Sílvia retorna, libera o torniquete e pede desculpas. A Sra. Amir pergunta à Sílvia: “Quantos acessos venosos você colocou?” Ela admite “alguns poucos”. A Sra. Amir pede por um profissional mais experiente para colocar o acesso venoso. No dia seguinte, nos rounds, Sílvia nota que o acesso venoso foi substituído. O médico assistente pergunta se há alguma evidência de flebite no local, ao que Sílvia tem que responder: “Eu não tenho certeza, eu não verifiquei”.

Aluno confiável

Sílvia está trabalhando em um serviço de cirurgia geral. Nos rounds matinais, a enfermeira notifica a equipe que o acesso venoso da Sra. Amir caiu durante a noite, ela está no segundo dia pós-operatório de mastectomia radical direita modificada para câncer de mama. Percebendo que a Sra. Amir ainda está necessitando medicação analgésica intravenosa, ela se voluntaria para reposicioná-lo. Sílvia usa álcool gel antes de entrar no quarto e se apresenta à Sra. Amir, afirmando: “Estou aqui para discutir o reposicionamento do seu acesso venoso com a senhora”. Ela discute os riscos e os benefícios da colocação de um novo acesso intravenoso, informando que a Sra. Amir pode não precisar de um se sentir que sua dor poderia ser manejada com medicamentos por via oral. A Sra. Amir expressa seu entendimento, mas solicita que um novo acesso seja colocado para tentar deixar sua dor sob controle primeiro. Sílvia explica à Sra. Amir que ela vai reunir os suprimentos e, em seguida, tentar instalar um acesso venoso no braço esquerdo da Sra. Amir, porque ela sabe do risco aumentado de edema com a colocação no braço do mesmo lado da sua cirurgia. Depois de lavar as mãos, Sílvia retorna ao leito com todos os suprimentos necessários. Como Sílvia usa uma cadeira de rodas, ela abaixa a cama da paciente até uma altura confortável para garantir que ela tenha acesso adequado ao braço da paciente e a todos os suprimentos. Ela aplica um torniquete no braço esquerdo e explica que tentará colocar o acesso venoso em uma das grandes veias que cruzam o cotovelo da Sra. Amir. Sílvia prepara a área usando técnica asséptica e completa com sucesso a inserção intravenosa do cateter, aplicando um curativo estéril e certificando-se de que o acesso flui e reflui com facilidade e o local não apresenta evidências de edema. Quando Sílvia sai da sala, novamente usando álcool gel, ela comunica os detalhes da colocação do acesso venoso à enfermeira da Sra. Amir para garantir que eles sejam documentados corretamente. No dia seguinte, nos rounds, Sílvia observa que o local do acesso está limpo, seco e intacto, sem evidência de flebite.

EPA 12. Questionário de avaliação - atendimento à parada cardiorrespiratória

Local da avaliação: Laboratório de Simulação Local de prática clínica (Hospital, UBS,...)

Verifica resposta e apneia 5-10 segundos.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar.

Chama ajuda

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Verifica pulso carotídeo.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Posição das mãos corretas

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Frequência >100/min (cada 30 em 18s).

- Sim
- Não
- Precisa melhorar.

Profundidade das compressões (>5cm)

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Permite reexpansão torácica em pelo menos 23/30 compressões

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Duas ventilações com ambu em menos de 10s

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Proporção correta: 30 compressões/2 ventilações

- Sim
- Não
- Precisa melhorar.

Verifica o pulso após 2 minutos

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Avaliação Global

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 12. Questionário de avaliação - ventilação com ambu

Local da avaliação: Laboratório de Simulação Local de prática clínica (Hospital, UBS,...)

Abre a via aérea com elevação do mento ou da mandíbula (sem suspeita de lesão coluna cervical).

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Posiciona a máscara cobrindo o nariz e a boca sem passar do mento

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Segura a máscara com a técnica E-C.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Ventila 10-12/min, elevação do tórax a cada ventilação

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Coloca cânula nasal ou faríngea de tamanho apropriado

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Avaliação Global

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 12. Questionário de avaliação - técnica asséptica

Local da avaliação: Laboratório de Simulação Local de prática clínica (Hospital, UBS,...)

Faz higiene das mãos.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Retira as luvas sem se contaminar

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Técnica correta de calçar luvas

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Permite reexpansão torácica em pelo menos 23/30 compressões

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Prepara e delimita o campo

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Avaliação Global

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Coloca material e soluções estéreis no campo e em recipientes adequados

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Descarta corretamente o material, inclusive o cortante

- Sim
- Não
- Precisa melhorar.

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 12. Questionário de avaliação - sondagem vesical

Local da avaliação: Laboratório de Simulação Local de prática clínica (Hospital, UBS,...)

Organiza o equipamento.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Usa precauções universais incluindo higiene das mãos

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Posiciona-se no lado do paciente que corresponde a sua mão dominante

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Abre o material de maneira estéril

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Calça luvas

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Prepara o campo estéril

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Arruma o material para usar

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Limpa o meato uretral com a mão dominante usando movimentos circulares para fora do meato. Retrai o prepúcio se necessário.

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Segura a sonda com a mão dominante a 5cm da extremidade e a lubrifica

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Insero o cateter, avançando até obter fluxo de urina

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Insero mais 5cm em mulheres e até o conector em homens

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Infla o balonete (não, se não obter urina ou se haver resistência)

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Segura a sonda com a mão dominante a 5cm da extremidade e a lubrifica

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Certifica-se que o cateter está retido na parte baixa da bexiga e não sob tensão

- Sim
- Não
- Precisa melhorar

Avaliação Global

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 13. Identificar falhas nos sistemas e contribuir para cultura de melhoria e segurança

Ricardo de Souza Kuchenbecker
Leandro Meirelles Nunes

As vivências do estudante de medicina no decorrer do processo de formação médica propiciam não apenas a aquisição de diferentes competências, mas também uma percepção privilegiada das falhas nos sistemas de atendimento e suas idiosincrasias. O olhar atento do novato é capaz de perceber problemas que, aos olhos dos mais experimentados, já parecem ter se tornado parte das vicissitudes da prática médica.

Os cenários de prática onde ocorrem as oportunidades de aprendizagem para a formação médica compreendem sistemas sociotécnicos complexos onde a dinamicidade dos processos decisórios, a variabilidade nos processos de cuidado e a interdependência de ações e comportamentos representam desafios às práticas de segurança do paciente e do profissional de saúde. Compreender as características de sistemas complexos é condição necessária para que os profissionais de saúde possam evitar incidentes, falhas, erros e, sobretudo, prevenir a morbidade e da mortalidade desnecessárias.

Diariamente, as decisões clínicas envolvem o processamento de informações originárias de múltiplas fontes diferentes: pacientes, seus familiares e cuidadores, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, outros profissionais. Cotejam informações técnicas, éticas, de valores e significados diversos. O processamento de informações para a tomada de decisão clínica inclui não apenas a avaliação judiciosa das informações disponíveis como também e – principalmente – a compreensão das potenciais vulnerabilidades e ameaças à segurança e a integridade dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

A prática médica tem buscado progressivamente incorporar características de segurança de organizações de alta confiabilidade, como a indústria da aviação, por exemplo. Tais organizações visam minimizar de modo consistente e sistemático o risco de ocorrência de eventos adversos a despeito da realização de processos de trabalho complexos e potencialmente capazes de gerar danos. Requerem processos de segurança em todos os

níveis, de maneira a promover uma cultura de segurança capaz de: a) reconhecer a natureza dos riscos inerentes às suas práticas e a necessidade de busca permanente pela segurança; b) um ambiente que não prime pela culpabilização de maneira a estimular os indivíduos a reportar incidentes e erros sem medo de reprimendas e punições; c) encorajar a colaboração entre indivíduos e equipes de diferentes áreas na busca de soluções para a segurança dos sistemas envolvendo o cuidado de pacientes; d) demonstrar o comprometimento institucional de alocação de recursos para sanar problemas de segurança.

A capacidade de identificar falhas nos sistemas e de contribuir para uma cultura de melhoria contínua e de segurança inclui a capacidade de compreender sistemas, suas características e vulnerabilidades, as fontes de variabilidade clínicas e operacionais e formas de gerenciá-las; a identificação de quase erros e eventos adversos; ter voz ativa frente a situações envolvendo erros potenciais ou reais; a utilização de mecanismos sistêmicos para relatar erros como sistemas de notificação e políticas

de cadeia de comando; o reconhecimento do uso de soluções alternativas como oportunidade de melhoria contínua; a participação ativa em atividades de melhoria contínua dos sistemas nos estágios rotativos e nas experiências de aprendizagem como ciclos de planejamento-atuação-avaliação-ação, análise de causa raiz, reuniões de morbidade e mortalidade, reuniões de modos de falha e efeitos de mudança de comportamentos e projetos de melhoria.

A identificação de falhas nos sistemas constitui-se em oportunidade ímpar para o processo de aprendizagem de estudantes de medicina. Primeiro, pela natureza intrínseca do processo de

aprendizagem baseado na tentativa e erro. Aprender com os erros requer ambiente seguro para que os erros possam ser discutidos e analisados sem uma cultura de culpabilização e também não gerem danos aos pacientes e aos próprios aprendizes. Em segundo lugar, a multidimensionalidade dos processos decisórios clínicos impõe a necessidade de abordagens interprofissionais em que os processos de diálogo e de compartilhamento de experiências e opiniões permitam a efetiva participação e o agenciamento de todos os envolvidos. Terceiro, por que o processo de aprendizagem envolve, necessariamente, avaliação e feedback capazes de promover boas práticas e a reflexividade condizentes

com uma cultura justa e de segurança e de promoção dos direitos do paciente. Em quarto lugar, a capacidade de reconhecer os erros e de discuti-los com outros colegas, com outros profissionais de saúde e com os pacientes e familiares é condição *sine qua non* para uma cultura justa, mas também, e principalmente, uma medicina baseada em princípios éticos e de boas práticas clínicas. O progressivo envolvimento dos pacientes e dos familiares em processos decisórios clínicos compartilhados depende da existência de uma cultura justa e de segurança baseada na confiança, na transparência, na reciprocidade e no respeito.

EPA 13. Identificar falhas nos sistemas e contribuir para cultura de melhoria e segurança

| Funções principais com competências relacionadas | Comportamentos que exigem intervenção pedagógica | Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha) | | Comportamentos esperados de um aluno confiável |
|---|--|--|---|---|
| Identificar e relatar erros reais ou potenciais ("quase eventos") no cuidado em saúde utilizando sistemas de notificação ou cadeia de comando. CPP1 HCRI2 P4 PPD5 | Relata erros de maneira desrespeitosa ou enganosa. | Compreensão superficial evitando o reconhecimento de erros potenciais ou reais. | Identifica e relata erros potenciais ou reais. Demonstra abordagem estruturada na descrição dos elementos-chaves relacionados à segurança do paciente. | Identifica e relata em tempo oportuno situações que afetam a segurança do paciente utilizando os mecanismos institucionais de notificação e cadeias de comando. Aborda falhas potenciais ou reais, mesmo enfrentando hierarquia. |
| Participar de atividades de melhoria do sistema no contexto de rotações ou experiências de aprendizado (por exemplo, mudança de ciclo rápido usando planejamento-do-estudo - ciclos de atuação, análise de causa raiz, conferência de morbidade e mortalidade, modos de falha e análises de efeitos, projetos de melhoria). AABP4 AABP10 | Demonstra frustração em relação aos esforços de melhoria do sistema. | Observa passivamente atividades de melhoria do sistema no contexto de rotações ou nas experiências de aprendizagem. | Participa nas atividades de melhoria dos sistemas quando acionado, mas pode requerer outros para identificar falhas nos sistemas. | Demonstra engajamento ativo para identificar falhas sistêmicas e apontar soluções. |
| Envolver-se em hábitos de segurança diária (por exemplo, documentação precisa e completa, incluindo alergias e reações adversas, reconciliação de medicamentos, educação do paciente, precauções universais, lavagem das mãos, protocolos de isolamento, quedas e outras avaliações de risco, profilaxia padrão, time-outs). PBS4 | Coloca-se em situação de risco de incidentes ou eventos adversos. | Requer acionamento para comportamentos comuns de segurança. | Demonstra comportamentos de segurança comuns. | Demonstra engajamento diário em práticas de segurança com raros lapsos. |
| Admitir os próprios erros, refletir sobre sua contribuição e desenvolver um plano de melhoria individual. P4 PBS5 | Evita discutir ou relatar erros; tenta encobri-los. Demonstra posição defensiva ou coloca a culpa nos outros. | Requer acionamentos para refletir sobre os próprios erros e os seus fatores subjacentes Pode não reconhecer sua própria fadiga ou mostrar-se temeroso em relação a informar o superior quando fatigado. | Identifica e reflete sobre a própria contribuição em relação aos erros, mas necessita auxílio para desenvolver um plano de melhoria. | Identifica e reflete sobre o papel da responsabilidade sobre erros e falhas Reconhece as causas das falhas, como fadiga, e modifica comportamentos ou solicita auxílio. |

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 13. Identificar falhas nos sistemas e contribuir para cultura de melhoria e segurança

| | |
|---|---|
| <p>Descrição da EPA</p> | <p>Desde a publicação dos relatórios do Instituto de Medicina Norte-Americano “Errar é Humano” e “Atravessando o Abismo da Qualidade”, o público tem focado na necessidade de melhorar a qualidade e a segurança do cuidado em saúde. A prevenção da morbidade e da mortalidade desnecessárias requer que profissionais de saúde tenham compreensão dos sistemas e do comprometimento com a melhoria dos mesmos. Esse comprometimento deve iniciar com os primeiros estágios da educação e com o treinamento do profissional de saúde. Portanto, essa EPA é crítica para a formação profissional de um médico e corresponde à fundação de um comprometimento permanente para o pensamento e para a melhoria sistêmica.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender os sistemas e as suas vulnerabilidades. • Identificar quase erros potenciais e reais no cuidado. • Voz ativa diante de erros potenciais ou reais. • Utilizar mecanismos sistêmicos para relatar erros (sistemas de notificação de eventos, políticas de cadeia de comando) • Reconhecer o uso de soluções alternativas como oportunidades de melhorar o sistema. • Participar de atividades de melhoria de sistemas nos contextos de estágios rotativos ou nas experiências de aprendizagem como ciclos de planejamento-atuação-avaliação-ação, análise de causa raiz, reuniões de morbidade e mortalidade, análises de modos de falha e efeitos, projetos de melhoria. • Envolver-se em hábitos diários de segurança como adesão a medidas de precaução, higienização das mãos, time-outs. • Admitir os próprios erros, refletindo sobre a contribuição e desenvolvendo um plano de melhoria. |
| <p>Domínios de competência mais relevantes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento para a prática (CPP) - Aprendizado e aperfeiçoamento baseados na prática (AAPB) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) - Práticas baseadas em sistemas (PBS) |
| <p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p> | <p>CPP1 P4 AAPB4 PBS4 AAPB10 PBS5 HCRI2</p> |
| <p>Métodos de avaliação</p> | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante o trabalho observar se o aluno está engajado na cultura de segurança e se tem postura pró-ativa na prevenção e na avaliação dos erros e quase erros que ocorrem nos sistemas de trabalho, aplicar o questionário da EPA 13 quando pertinente e oferecer feedback com instruções para melhoria. |

EPA 13. Competências

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|---|---|
| Conhecimento para prática (CPP) | | |
| <p>CPP1 Demonstrar uma abordagem investigatória e analítica para situações clínicas.</p> | <p>Recupera apenas pontos isolados de informação. Apresenta tendência em raciocínios intuitivos “em alça” pulando diretamente às conclusões, frequentemente não apoiadas pelos dados coletados ou evidências, antes de uma compreensão mais abrangente do aprendizado da atividade ou dos tipos de informações necessárias; não obedece a um procedimento sistemático para síntese, comparação e avaliação da informação, o que pode resultar em raciocínio lento e linear; pode armazenar conhecimento de procedimentos, regras e fórmulas, mas, na ausência de modelos mentais integrados de saúde e doença, falha no reconhecimento de que condições demandam a aplicação desse conhecimento ou na razão da sua relevância. Apresenta dificuldades no reconhecimento de padrões recorrentes de informação (Esta é uma nova meta criada para este documento).</p> | <p>Desenvolve conhecimento implícito que permite conexões mais rápidas, reconhecimento de padrões e raciocínio clínico. Pode focar processos cognitivos para discernir informação relevante, identificar pontos desconhecidos e fazer conexões para resolver problemas ou responder a questões clínicas via aprendizagem em tempo oportuno. Reúne múltiplas representações do problema ao comparar, sintetizar e avaliar. (Esta é uma nova meta criada para este documento).</p> |
| Aprendizagem e aperfeiçoamento baseado na prática (AABP) | | |
| <p>AABP4 Analisar sistematicamente a prática, usando métodos de melhoria da qualidade e implementar mudanças com o objetivo de melhorar a prática.</p> | <p>Não é capaz de obter “insight” a partir de encontros em função de falta de reflexão sobre a prática. Não compreende os princípios da metodologia de melhoria da qualidade ou de gestão da mudança. Não demonstra interesse ou não possui habilidade em aprender a partir dos resultados da sua prática. É defensivo quando confrontado com oportunidades de melhoria do desempenho em relação a sua prática.</p> | <p>É capaz de obter “insight” em relação a oportunidades de reflexão em relação a pacientes em individual e populacional. Maneja metodologias o suficiente para participar ativamente em esforços de melhoria da qualidade. É ainda dependente de mecanismos de acionamento externos para informar e priorizar oportunidades de melhoria em nível populacional.</p> |
| <p>AABP10 Identificar, analisar e implementar continuamente novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos ou serviços que demonstraram melhorar os resultados.</p> | <p>Depende de direcionamento externo para identificar, analisar e implantar novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos e serviços com benefício demonstrado sobre a melhoria nos resultados. Raramente “desacelera” para reconsiderar uma nova abordagem para um problema ou buscar novas informações. Necessita assistência para traduzir novas informações médicas no cuidado aos pacientes. Não é familiarizada com as forças e as fraquezas das fontes de novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos ou serviços. Aceita os achados dos estudos em pesquisa clínica sem avaliação crítica.</p> | <p>Inicia na tomada de alguma iniciativa, mas depende do auxílio de outros para identificar, analisar e implantar novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos ou serviços com benefício demonstrado sobre a melhoria nos resultados. Rotineiramente “desacelera” para reconsiderar uma nova abordagem para um problema ou buscar novas informações. É capaz de traduzir novas informações médicas no cuidado aos pacientes. Compreende as forças e as fraquezas das fontes de novos conhecimentos, diretrizes, padrões, tecnologias, produtos ou serviços. É capaz de avaliar criticamente um tópico mediante a análise de desfechos maiores; entretanto, pode necessitar orientação na compreensão das sutilezas das evidências.</p> |

| Competência crítica | Comportamentos pré-confiabilidade | Comportamentos indicativos de confiabilidade |
|--|--|--|
| Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) | | |
| <p>HCRI2 Comunicar-se efetivamente com os colegas da profissão ou da especialidade, com outros profissionais de saúde e com as agências relacionadas à saúde (ver também CI3).</p> | <p>Frequentemente se comunica a partir de um modelo ou responde a estímulos com mediante rígida citação dos fatos baseada em regras. A comunicação não se modifica de acordo com o contexto, com a situação ou com a audiência. Utiliza a comunicação unidirecional que falha no encorajamento de ideias ou opiniões de outros membros da equipe. Não adapta a ferramenta de comunicação à situação (exemplo: correspondência eletrônica, telefone, envio de mensagens, registro eletrônico em prontuário, face a face). Evita ou adia conversas ambíguas ou difíceis.</p> | <p>Presta atenção ativamente e encoraja ideias e opiniões de outros membros da equipe. Adapta estratégias de comunicação e mensagens à audiência, ao propósito e ao contexto de maneira bem-sucedida. Tem completa consciência do propósito da comunicação; é capaz de contar uma estória de modo eficiente e construir um argumento. Está iniciando a improvisar em situações não familiares. Discute planos de cuidado e os mantém atualizados. Engaja outros (ex. supervisores) para auxiliar com retroalimentação a outros membros da equipe quando as conversas são difíceis ou desconfortáveis.</p> |
| Profissionalismo (P) | | |
| <p>P4 Demonstrar o dever de prestar contas aos pacientes, à sociedade e à profissão.</p> | <p>Parece estar interessado em aprender medicina mas não é completamente engajado e envolvido como profissional o que resulta num papel observacional ou passivo. Esse aluno frequentemente ignora sintomas de fadiga e nega as possíveis consequências da privação de sono.</p> | <p>Demonstra apreciação e compreensão do papel profissional e da responsabilidade em tornar-se médico mediante o engajamento completo nas atividades de cuidado dos pacientes. Possui senso do dever. Raramente apresenta comportamentos que não refletem uma visão pessoal profissional. Demonstra responsabilidades profissionais básicas como informes feitos em tempo oportuno e apropriada vestimenta e aparência. O aluno reconhece os sintomas de fadiga e compreende as consequências da privação de sono; monitora sua própria fadiga e estresse, moderando o comportamento em conformidade, e busca apoio quando necessário em relação à fadiga e ao estresse.</p> |
| Prática baseada em sistema (PBS) | | |
| <p>PBS4 Defender a qualidade do atendimento ao paciente e os melhores sistemas de atendimento ao paciente.</p> | <p>Atende às necessidades médicas individuais dos pacientes. Deseja prover cuidado adequado e toma iniciativas para responder às necessidades individuais de cuidado do paciente, mas ainda não é capaz de focar em populações ou em sistemas de cuidado.</p> | <p>Atende às necessidades médicas individuais dos pacientes e age de acordo com papéis médicos definidos, visando responder a uma questão ou a um problema que confronte um indivíduo ou população de pacientes. Pode recrutar colegas para auxiliar com estes problemas.</p> |
| <p>PBS5 Participar na identificação de erros do sistema e implementar potenciais soluções.</p> | <p>Não reconhece o potencial para a ocorrência de erros nos sistemas. Ao se deparar com erros médicos age defensivamente ou de forma culpabilizante. Nenhuma percepção de responsabilidade pessoal pela correção de erro individual ou de sistema. Não está aberto à discussão ou à identificação do tipo de erro. Aborda a prevenção do erro apenas sobre uma perspectiva de casos individuais. Frequentemente utiliza soluções alternativas como uma estratégia de solução de problemas.</p> | <p>Aberto a discussões sobre erros. Identifica ativamente e relata erros médicos e busca determinar o tipo de erro. Usualmente identifica o elemento da responsabilidade pessoal para a correção ou para a solução de erros individuais ou de sistemas. Busca o exame e a análise do erro como uma parte importante do processo de prevenção.</p> |

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Saul recém iniciou em um estágio de equipe de medicina interna com pacientes internados. Nos rounds matinais, ele é solicitado a agendar um EEG para um paciente admitido com uma possível crise convulsiva na noite anterior. A equipe decide aguardar por medicação anticonvulsivante adicional até que o exame seja realizado. Saul faz a solicitação eletrônica e digita a expressão “EEG”. Isto resulta na mensagem “Este teste requer um pedido escrito em um formulário além da solicitação eletrônica”. Saul se decepciona visivelmente em função da necessidade de encontrar o formulário e caminha até o posto de enfermagem. No caminho, uma paciente chama-o a partir de um quarto e ele entra para responder à pergunta sem higienizar as mãos. Ao entrar, uma enfermeira o lembra de que necessita lavar suas mãos na entrada e na saída do quarto de paciente, ao que Saul replica “Eu praticamente nem entrei. Foi apenas para responder uma pergunta da paciente. No posto de enfermagem, Saul se aproxima de uma enfermeira para perguntar onde pode encontrar um formulário de EEG. Esta responde: “sinto muito, mas não sei onde podem estar”. Saul começa a abrir as gavetas e os arquivos, tornando-se visivelmente frustrado. Outro aluno passa, e Saul pergunta se ele sabe onde estão os formulários de EEG e recebe a resposta “não, cara, ainda não solicitei um”. Saul é acionado no bip e necessita sair da unidade. Duas horas mais tarde, o coordenador da unidade retorna do intervalo. Saul iniciou novamente a procura e pergunta ao coordenador se ele sabe onde estão os formulários de solicitação de EEG. O coordenador responde: “sim, eu os mantenho em uma gaveta específica, porque os médicos frequentemente os perdem ou não os preenchem adequadamente. Necessito ir continuamente à central de suprimentos para buscar novos formulários e isso custa dinheiro”. Saul responde com frustração óbvia: “eu gastei as últimas duas horas procurando este formulário. Isso é ridículo!”. Ele então preenche o formulário e o entrega ao coordenador para ser enviado ao laboratório de EEG. Duas horas mais tarde, o laboratório do EEG envia mensagem a Saul, informando-o de que o exame foi agendado para o dia seguinte. Saul frustra-se por necessitar que o exame seja realizado no mesmo dia, ao que o técnico do laboratório de EEG responde necessitar receber o formulário duas horas mais cedo para garantir o exame no mesmo dia. Saul está completamente frustrado. No round do dia seguinte, Saul apresenta o caso do paciente e relata que este teve nova crise convulsiva na noite, a qual requereu um tratamento com lorazepam. Quando o supervisor o interrompe para perguntar sobre os resultados do EEG, Saul relata que o exame foi agendado para este dia. O supervisor responde: “Eu pensei que a ideia seria manter o paciente sem anticonvulsivantes e obter o EEG ontem para guiar nosso tratamento”. Saul responde: “não é minha culpa, Dr. Schmidt. O coordenador da unidade esconde os formulários e isso me tomou muito tempo até encontrá-los, de modo que a realização do exame não foi possível ontem. É incrível que qualquer um realize um EEG neste lugar”.

Aluno confiável

Saul recém iniciou em um estágio de equipe de medicina interna com pacientes internados. Nos rounds matinais, ele é solicitado a agendar um EEG para um paciente admitido com uma possível crise convulsiva na noite anterior. A equipe decide aguardar por medicação anticonvulsivante adicional até que o exame seja realizado. Saul faz a solicitação eletrônica e digita a expressão “EEG”. Isto resulta na mensagem “Este teste requer um pedido escrito em um formulário além da solicitação eletrônica”. Saul começa a dirigir-se ao posto de enfermagem para encontrar o formulário. No caminho, um paciente o chama ao quarto para uma pergunta. Saul dá um passo dentro do quarto e então olha para localizar um dispensador de álcool gel na parede de fora do quarto para higienizar suas mãos antes de entrar. No posto de enfermagem, Saul se aproxima de uma enfermeira e pergunta onde pode encontrar um formulário de solicitação de EEG. Esta responde: “sinto muito, mas não sei onde eles ficam”. Saul então pergunta à enfermeira quem pode auxiliá-lo a encontrar o formulário e a enfermeira sugere que fale com o coordenador da unidade, que está no seu intervalo de quinze minutos. Saul se dirige para ocupar-se de outra tarefa de trabalho. Trinta minutos depois, Saul retorna para encontrar o coordenador da unidade e explica que necessita de um formulário de EEG. O coordenador responde “eu os mantenho em uma gaveta específica, porque os médicos os estavam frequentemente levando e perdendo por não os preencherem adequadamente. Necessito ir constantemente à central de suprimentos para renovar o estoque de formulários, e isso custa dinheiro para a unidade”. Saul agradece pelo formulário e o cumprimenta em retorno, solicitando que envie o formulário ao laboratório de EEG. Saul anota para fazer uma ligação ao laboratório em quinze minutos para assegurar-se do recebimento do formulário. Quinze minutos depois, Saul liga para o laboratório de EEG e é informado do recebimento do formulário e do agendamento do exame para o mesmo dia. A recepcionista do laboratório de EEG informa: “Você está com sorte. Eu recebi o formulário às 11h e 50min, e nós tentamos garantir o agendamento do exame para o mesmo dia para todas as solicitações antes do meio dia. Você cumpriu com o prazo! Não será problema realizar o EEG hoje”. Saul responde: “Vejo que tive sorte, mas não haveria uma forma melhor de assegurar que os pacientes não necessitassem contar com a sorte!”. Ele dirige-se ao computador para notificar a ocorrência, reconhecendo que o atraso na realização do EEG poderia ter sido um problema importante para esse paciente. No round da manhã seguinte, Saul apresenta o paciente, informando que o EEG foi “positivo”. Como resultado, o paciente recebeu fenitoína e teve uma noite sem intercorrências. Ele informa ao médico assistente que o EEG requereu um formulário escrito, e a submissão até o meio dia para que o exame pudesse ser feito no mesmo dia, e que o coordenador da unidade mantém os formulários em uma gaveta especial, pois os médicos estavam utilizando-os em excesso, sobrecarregando seu trabalho. Ele questiona se o sistema não poderia ser aperfeiçoado se os formulários fossem online e modificados incluindo a informação do horário requerido de solicitação para assegurar a realização no mesmo dia. Ele pergunta ao médico assistente se ele poderia fazer tal sugestão. O assistente informa tratar-se de uma ótima ideia e pede a Saul que, após o round, ele o auxilie a contatar o chefe do laboratório de EEG e o chefe do comitê de formulários para fazer tal sugestão.

EPA 13. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e em obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala:

Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno identifica e se envolve em comportamentos de segurança. Por exemplo: higiene das mãos/precauções universais/fornecer instruções/avaliar as atividades/tempo para dar informações/outros.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno relatou um erro ou quase erro de forma apropriada.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Aluno participou de uma atividade de melhoria do sistema ou sugeriu melhorias no processo de trabalho.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno cria um plano de aprendizado individual que aborda sua própria contribuição para o erro médico.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem.

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar.

EPA 14. Comunicar más notícias *

Bruna Cristine Chwal
Rodrigo Pinheiro Amantéa

Pode-se definir “más notícias” como “qualquer informação que possa alterar drasticamente a visão de um paciente sobre seu futuro...”(1) ou que “... resulte em um déficit cognitivo, comportamental ou emocional na pessoa que recebe a notícia e que persiste por algum tempo depois que a notícia é recebida” (2). Ao longo da carreira médica, estudantes e outros profissionais da saúde frequentemente necessitam informar notícias desfavoráveis para pacientes e familiares.

A forma na qual as más notícias são discutidas afeta profundamente a compreensão da informação, a satisfação com cuidados médicos, o nível de esperança e o ajuste psicológico dos pacientes (3). Isso pode ser particularmente estressante se o clínico é inexperiente, o paciente é jovem, ou há perspectivas limitadas de sucesso no tratamento (2). Nessa perspectiva, quando os médicos se sentem desconfortáveis em dar más notícias eles podem evitar discutir

informações aflitivas, como prognóstico desfavorável, ou transmitir otimismo indevido ao paciente (4). Um plano para determinar os valores do paciente, o desejo de participar na tomada de decisões e uma estratégia para abordar sua angústia quando a má notícia é divulgada, pode ser útil à medida que aumenta a confiança do médico na tarefa de revelar a informação desfavorável (5, 6). Além disso, pode também encorajar os pacientes a participarem de decisões difíceis de tratamento, como quando há uma baixa probabilidade de que o tratamento será eficaz.

O processo de comunicação de más notícias pode ser visto como uma tentativa de alcançar quatro objetivos essenciais: o primeiro seria reunir informações, permitindo determinar o conhecimento, as expectativas e a prontidão do paciente para ouvir as más notícias; o segundo objetivo seria fornecer informações inteligíveis de acordo com as necessidades e desejos; o terceiro, apoiar

o paciente empregando habilidades para reduzir o impacto emocional, e o objetivo final seria desenvolver uma estratégia como um plano de tratamento em que se tenha a entrada e a cooperação do paciente (3).

Ao longo do curso de graduação, espera-se que o aluno se torne confiável para, diante da necessidade da comunicação de notícias difíceis, planejar a discussão com antecedência, criar um ambiente confortável incentivando a presença de familiares, esclarecer informações e avaliar a capacidade e o quanto o paciente quer ser informado sobre seu estado de saúde, detectando estados emocionais e respondendo empaticamente.

Referências

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 288:1597.

*As EPAs 14 e 15 foram incluídas por tratarem de atividades importantes na formação médica. Estas foram adaptadas das EPAs propostas pela Association of Faculties of Medicine of Canada (Touchie C., Boucher A. AIMC Working Group. AFMC Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency. AFMC, 2016. https://afmc.ca/sites/default/files/documents/AFMC_Entrustable_Professional_Activities_EN_0.pdf). Apesar da forma ligeiramente diferente, o princípio é o mesmo das demais EPAs.

2. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276:496.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, *et al.* SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5:302.
4. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985;291:1711-1713.
5. Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP *et al.* Improving physician patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997;12:166-173.
6. Baile WF, Kudelka AP, Beale EA *et al.* Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999;86:887-897.

Comportamentos de pré-confiabilidade

- Fornece informações sem verificar se permissões relevantes foram obtidas.
- Comunica-se em um local público ou com outras pessoas ao redor, podendo impactar na confidencialidade.
- Não demonstra sensibilidade em relação às preferências do paciente (em estar sozinho, com a família, etc.).
- Não se apresenta e/ou não explica o motivo do encontro.
- Utiliza o jargão médico ao se comunicar.
- Não fornece informações de maneira lógica e organizada.
- Não se atenta às preocupações do paciente e/ou o interrompe.
- Não verifica o entendimento do paciente.
- Não elabora plano de seguimento.
- Não procura ajuda em situações difíceis.

Comportamentos indicativos de confiabilidade

- Verifica quem deve estar presente e sabe quais informações podem ou não ser compartilhadas sem permissão.
- Planeja o encontro e comunica-se em local apropriado.
- Apresenta-se e explica seu papel no cuidado do paciente e o motivo da conversa.
- Posiciona-se para conversar confortavelmente.
- Não utiliza jargões, fazendo uso de um tradutor, se necessário.
- Ouve ativamente.
- Verifica o entendimento do paciente e identifica suas preocupações.
- Formula um plano que possa ser compreendido pelo paciente com os próximos passos articulados.
- Trabalha com outros profissionais da saúde e os inclui no manejo de situações difíceis, quando apropriado.
- Identifica a segurança da situação e procura ajuda quando necessário.

EPA 14. Comunicar más notícias

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|----|------|-----|----|------|-----|----|------|------|----|-------|------|----|--|
| Descrição da EPA | <p>Frequentemente os alunos de medicina ficam diante situações difíceis ou desafiadoras, necessitando comunicar-se com pacientes, famílias, advogados, colegas e outros profissionais de saúde. A comunicação de notícias desagradáveis, o manejo de crises (ansiedade, tristeza ou raiva) ou o manejo da insatisfação do paciente com a assistência recebida é uma habilidade complexa e muito útil na profissão médica. O conjunto de competências para a comunicação de más notícias se apoia nos conhecimentos fundamentais do indivíduo, na sua autoconsciência para identificar falhas e solucioná-las, e no profissionalismo.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejar com antecedência o encontro, comunicando-se em local apropriado e verificando quem deve estar presente e quais informações podem ou não ser compartilhadas sem permissão • Identificar os estados emocionais e responder com empatia • Demonstrar consciência e esclarecer informações pertinentes • Propiciar um ambiente confortável para os pacientes e demais profissionais de saúde envolvidos na comunicação | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domínios de competência mais relevantes | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a pessoa (CP) - Conhecimentos para a prática (CPP) - Profissionalismo (P) - Desenvolvimento Pessoal e profissional (DPP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">CP3</td> <td style="width: 33%;">P1</td> <td style="width: 33%;">DPP1</td> </tr> <tr> <td>CP6</td> <td>P2</td> <td>DPP7</td> </tr> <tr> <td>CP7</td> <td>P3</td> <td>DPP8</td> </tr> <tr> <td>CPP5</td> <td>P5</td> <td>HCRI2</td> </tr> <tr> <td>CPP6</td> <td>P6</td> <td></td> </tr> </table> | CP3 | P1 | DPP1 | CP6 | P2 | DPP7 | CP7 | P3 | DPP8 | CPP5 | P5 | HCRI2 | CPP6 | P6 | |
| CP3 | P1 | DPP1 | | | | | | | | | | | | | | |
| CP6 | P2 | DPP7 | | | | | | | | | | | | | | |
| CP7 | P3 | DPP8 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPP5 | P5 | HCRI2 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPP6 | P6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Métodos de avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA14 sem supervisão. • Realizar miniexercício clínico avaliativo (Mini-CEX) em pelo menos um momento do internato e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, a sua confiabilidade e as sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados. | | | | | | | | | | | | | | | |

EPA 14. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em comunicar más notícias para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala:

Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno planeja o encontro e comunica-se em local apropriado.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno verifica quem deve estar presente e sabe quais as informações podem ou não ser compartilhadas sem permissão.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno verifica o entendimento do paciente e identifica as preocupações dele.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno é capaz de formular um plano que é compreendido pelo paciente, com os próximos passos articulados.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem:

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar:

EPA 15. Educar pacientes: manejo da doença, promoção da saúde e medicina preventiva *

Bruna Cristine Chwal
Rodrigo Pinheiro Amantéa
Thamyres Zanirati dos Santos

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a educação em saúde pode ser definida como uma combinação de experiências de aprendizagem destinada a ajudar indivíduos a melhorar sua saúde, aumentando seu conhecimento ou influenciando suas atitudes. (1) Já o empoderamento é definido como um processo educacional projetado para ajudar os pacientes a desenvolver em o conhecimento, as habilidades, as atitudes e o grau de autoconsciência necessário para efetivamente assumir a responsabilidade por suas decisões relacionadas à saúde (2).

Atualmente, sabe-se que o entendimento, o envolvimento e a responsabilização (empoderamento) das pessoas a respeito de seu organismo as motiva a melhorar e manter a qualidade da saúde e, quando presente desde a infância, pode prevenir o aparecimento de doenças crônicas pela adoção de hábitos saudáveis (3,4). Dentre as medidas de melhoria e de qualidade assistencial, a educação dos pacientes

acerca de sua própria saúde, de forma que aumentem sua autonomia na tomada de decisões e melhorem a adesão a medidas de tratamento domiciliar, tem se mostrando como a que talvez seja de menor custo e melhor resultado a longo prazo e, conseqüentemente, de melhor custo-eficácia (5,6).

Desse modo, os profissionais de saúde seriam capazes de ensinar aos pacientes acerca de sinais de alarme e das medidas preventivas. Por meio de uma linguagem adequada conseguiriam fazer os pacientes compreenderem a fisiopatologia básica, os fatores de risco e preventivos de suas doenças, para que eles possam ser capazes de aderir a medidas não farmacológicas com mais intensidade (7).

Espera-se que o aluno, ao final do curso de graduação, seja capaz de questionar o paciente a respeito de seus hábitos de vida, identificando comportamentos de risco à saúde e educar utilizando linguagem de fácil

entendimento, estimulando a participação ativa tanto do paciente quanto dos demais profissionais de saúde envolvidos.

Referências

1. World Health Organization. Health education. https://www.who.int/topics/health_education/en/
2. Feste C, Anderson EM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education Counselling* 1995; 26(1-3):139-144.
3. AHA. Health Education in Schools The Importance of Establishing Healthy Behaviors in our Nation's Youth. https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_308679.pdf

*As EPAs 14 e 15 foram incluídas por tratarem de atividades importantes na formação médica. Estas foram adaptadas das EPAs propostas pela Association of Faculties of Medicine of Canada (Touchie C., Boucher A. AIMC Working Group. AFMC Entrustable professional activities for the transition from medical school to residency. AFMC, 2016. https://afmc.ca/sites/default/files/documents/AFMC_Entrustable_Professional_Activities_EN_0.pdf). Apesar da forma ligeiramente diferente, o princípio é o mesmo das demais EPAs.

4. Taddeo, Patricia da Silva et al . Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2923-30.
5. Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. Int J Health Serv. 2015;45(4):657– 678. doi:10.1177/0020731415585986
6. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. Am J Med. 2005;118:371–7
7. Kabasakal E, Kublay G. Health education and healthy promotion skills of health care professional working in family health centers. Int J Med ResHealth Sci. 2017;6(3):22-28. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/health-education-and-health-promotionskills-of-health-care-professionalsworking-in-family-health-centres.pdf>

Comportamentos de pré-confiabilidade

- Não questiona o paciente a respeito de seus hábitos de vida.
- Utiliza linguagem que não é compreendida pelo paciente.
- Não fornece exemplos para promover a mudança nos hábitos de vida.
- Não avalia o estado do paciente e/ou a disponibilidade da família para mudança de hábitos.
- Não se comunica com outros membros da equipe de saúde, levando informações e orientações equivocadas para o paciente.
- Não identifica comportamentos ou situações de risco que podem comprometer a segurança e a saúde do paciente.
- Não documenta a discussão devidamente.

Comportamentos indicativos de confiabilidade

- Questiona o paciente a respeito de seus hábitos de vida.
- Educa o paciente em linguagem que é compreendida.
- Incentiva o paciente a perguntar suas dúvidas em saúde.
- Verifica a compreensão da educação fornecida.
- Fornece exemplos concretos de mudanças que poderiam ser implementadas para tornar hábitos de vida mais saudáveis.
- Avalia a prontidão do paciente para aquisição de hábitos mais saudáveis.
- Comunica-se com outros serviços de saúde e membros da equipe para garantir o fornecimento adequado das orientações e das informações.
- Identifica comportamentos ou situações de risco que podem comprometer a segurança e a saúde do paciente.
- Documenta a discussão e o planejamento dos próximos passos.

EPA 15. Educar pacientes: manejo da doença, promoção da saúde e medicina preventiva

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|----|------|-----|----|------|------|----|-------|------|----|-------|------|----|-------|
| Descrição da EPA | <p>A orientação/informação do estado saúde-doença, do manejo de comorbidades, da promoção e da prevenção da saúde são práticas essenciais e comuns na área médica. O graduando de medicina, desde o início de suas práticas, é estimulado a identificar fatores de risco modificáveis (modificações na dieta, estilos de vida), aconselhar medidas para o controle da doença e a promover a saúde através de informações baseadas em evidências. As competências para a educação dos pacientes se apoia principalmente nos cuidados com a pessoa, no profissionalismo e nas habilidades de comunicação/relacionamento interpessoal.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionar o paciente a respeito de seus hábitos de vida, identificando comportamentos ou situações que ofereçam risco à saúde. • Educar o paciente com linguagem e exemplos de fácil entendimento, verificando sua compreensão • Estimular a participação ativa do paciente no manejo da doença, na promoção e na prevenção de sua saúde. • Comunicar-se com outros profissionais e serviços de saúde, garantindo o fornecimento de informações e orientações integradas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domínios de competência mais relevantes | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com a pessoa (CP) - Conhecimento para a prática (CPP) - Profissionalismo (P) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Aprendizagem e aperfeiçoamento baseados na prática (AABP) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio | <table border="0"> <tr> <td>CP6</td> <td>P1</td> <td>DPP7</td> </tr> <tr> <td>CP7</td> <td>P2</td> <td>DPP8</td> </tr> <tr> <td>CPP4</td> <td>P3</td> <td>HCRI1</td> </tr> <tr> <td>CPP5</td> <td>P5</td> <td>HCRI2</td> </tr> <tr> <td>CPP6</td> <td>P6</td> <td>AABP8</td> </tr> </table> | CP6 | P1 | DPP7 | CP7 | P2 | DPP8 | CPP4 | P3 | HCRI1 | CPP5 | P5 | HCRI2 | CPP6 | P6 | AABP8 |
| CP6 | P1 | DPP7 | | | | | | | | | | | | | | |
| CP7 | P2 | DPP8 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPP4 | P3 | HCRI1 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPP5 | P5 | HCRI2 | | | | | | | | | | | | | | |
| CPP6 | P6 | AABP8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Métodos de avaliação | <ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • EPA 15 deve ser avaliada através da observação direta e supervisionada em vários contextos clínicos e com pacientes de diversas faixas etárias (crianças, pais, adultos e idosos). • Durante a supervisão dos casos, fornecer feedback sobre os marcos de desenvolvimento de comportamentos do aluno com relação ao que se espera para que ele seja considerado digno de confiança para executar a EPA15 sem supervisão. • Realizar miniexercício clínico avaliativo (Mini-CEX) em pelo menos um momento do internato e avaliar o aluno registrando o seu desempenho, a sua confiabilidade e as sugestões para a aquisição dos comportamentos esperados | | | | | | | | | | | | | | | |

EPA 15. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno manejar a doença, promover a saúde, estimular ações preventivas, usando a seguinte escala:

Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

O aluno questiona o paciente a respeito de seus hábitos de vida.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno identifica comportamentos de risco que podem comprometer a saúde do paciente.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno fornece exemplos concretos de mudanças que poderiam ser implementadas para melhorar os comportamentos de risco do paciente.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

O aluno verifica a compreensão pelo paciente das informações fornecidas.

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem:

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar:

ISBN 978-85-9489-180-8



9 788594 891808

