

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS
Maíra Lucília Monteiro Ferreira

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO BASEADO
EM ATIVIDADES PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE
PEDIATRIA**

Belo Horizonte

2022

Maíra Lucília Monteiro Ferreira

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO BASEADO EM
ATIVIDADES PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA

Dissertação apresentada à Universidade José do Rosário
Vellano como parte das exigências para obtenção do
título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Alexandre Sampaio Moura

Coorientadora: Profa. Talitah Michel Sanchez Candiani

Belo Horizonte

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Unifenas BH Itapoã

Ferreira, Maíra Lucília Monteiro

Análise da implementação de um sistema de avaliação baseado em atividades profissionais confiáveis em uma residência de pediatria. [manuscrito] / Maíra Lucília Monteiro Ferreira. – Belo Horizonte, 2022.

95 f.

Orientador: Alexandre Sampaio Moura.

Coorientadora: Talitah Michel Sanchez Candiani

Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em saúde, 2022.

1. Residentes (Medicina). 2. Avaliação educacional. 3. Educação Médica. I. Moura, Alexandre Sampaio II. Candiani, Talitah Michel Sanchez III. Universidade José do Rosário Vellano. IV. Título.

Bibliotecária responsável: Gisele da Silva Rodrigues CRB6–2404



Certificado de Aprovação

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO BASEADO EM
ATIVIDADES PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA**

AUTOR: Maira Lucília Monteiro Ferreira

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-graduação Profissional de Mestrado em Ensino em Saúde pela Comissão Examinadora.


Prof. Dr. Alexandre Sampaio Moura


Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.


Profa. Dra. Maria Goretti Moreira Guimarães Penido

Belo Horizonte, 09 de novembro de 2022.


Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

A Deus, à minha família,
ao meu marido e à minha filha. Sem eles eu não teria conseguido.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força para concluir esta etapa de minha vida.

Gostaria de agradecer e dedicar esta dissertação ao meu marido, Antônio, pelo apoio incondicional, por todas as análises estatísticas, tabelas e gráficos elaborados, pela disponibilidade e paciência para que eu tivesse tempo para dedicar ao trabalho, pelos momentos de descontração e alívio. Amo você!

Agradeço, também, à minha filha, Maria Luiza, que aqui dentro de mim me deu forças para continuar e aguarda pacientemente a hora de vir ao mundo.

Aos meus pais, minha irmã, meus sogros e demais familiares por entenderem minha ausência e se mostrarem presentes em minha vida.

À minha Tia Anna Regina pela revisão do texto e pelos ensinamentos que me acompanham por toda caminhada.

Ao meu orientador, Alexandre Moura, agradeço a orientação, a confiança e o incentivo que possibilitaram a realização desse projeto. A você meu respeito e admiração.

À minha coorientadora, Talitah Candiani, que me guia desde a residência, eu agradeço a disponibilidade, as correções e o apoio durante a execução do estudo.

À equipe do HIJPII, preceptores, enfermeiros e residentes que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse feito. Em especial, ao Gabriel Aguiar e Bárbara Marques, tão importantes para que o trabalho fosse realizado.

Aos professores do mestrado da UNIFENAS-BH, instituição que tanto me acolheu, pelo aprendizado único e por terem mudado minha forma de ensinar.

A todos meus amigos que de alguma forma contribuíram, sintam-se abraçados. Sozinha, eu nada seria!

*“Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.”*

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: a avaliação baseada em Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) consiste na atribuição de confiança ao aprendiz para a execução de tarefas que representam a prática profissional, envolve o acompanhamento do aprendiz por um período contínuo, com análise de desempenho, através da observação direta, estímulo à autorreflexão e feedback oportuno. Esse conjunto de observações e análises subsidia a decisão final de um Comitê de Competência Clínica (CCC) que atribui um determinado nível de confiança. O presente trabalho se propôs a analisar o processo de aprimoramento do sistema de avaliação baseado em APC em Pediatria, tendo como base a iniciativa já existente no Estágio da Urgência. **Métodos:** nesse contexto, aperfeiçoou-se a APC já utilizada, padronizando-a e criou-se um CCC. Os avaliadores foram treinados para aplicação do novo método e os residentes foram apresentados a este. A aplicação do método avaliativo ocorreu durante seis meses com os residentes no estágio de Urgência. Ao término do estágio, o CCC criou um relatório para cada residente com o resultado da avaliação. Posteriormente, foi aplicado um questionário a respeito da percepção dos residentes e avaliadores sobre as mudanças realizadas durante o projeto e seus dados analisados. **Resultados:** os níveis de confiança alcançados pelos residentes no CCC foram compatíveis com o esperado para o residente do primeiro ano. Em relação às avaliações obtidas, houve redução em seu número, ao longo do tempo, o que pode ser melhorado com o envolvimento dos residentes como parte ativa da avaliação e como solicitadores de seu cumprimento. No instrumento de feedback, as palavras mais citadas foram “comunicação efetiva”, “scripts de doenças”, “raciocínio clínico” e “diagnósticos diferenciais”. A análise dos resultados do questionário de percepção mostrou aceitação dos avaliadores e dos residentes em relação à avaliação baseada em APCs, considerada como uma boa forma de avaliação do desempenho, de fácil compreensão e útil para o aprendizado e feedback. **Conclusão:** a implementação de um sistema de avaliação baseado em APCs melhora a qualidade das avaliações e resulta em feedbacks mais assertivos. Ela pode enfrentar resistência por parte da equipe de avaliadores e também dos residentes, para evitá-la deve-se investir em sessões de treinamento contínuo. A simplificação do processo pode ser obtida utilizando-se sistemas de acesso eletrônico, com fornecimento de feedback imediato. Espera-se que outros programas utilizem essa experiência para disseminar a avaliação baseada em APCs, que se acredita ser benéfica ao processo de ensino-aprendizagem do residente.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Médica. Residência Médica. Avaliação Educacional. Atividades Profissionais Confiáveis.

ABSTRACT

Introduction: Assessment based on Entrustable Professional Activities (EPAs) consists of attributing confidence to the learner to perform tasks that represent professional practice, and involves monitoring the learner for a continuous period, with performance analysis, through direct observation, encouragement of self-reflection, and prompt feedback. This set of observations and analysis subsidizes a Clinical Competence Committee (CCC) final decision that assigns a certain level of confidence. The aim of the present study is to analyze the process of improvement of the evaluation system based on EPA in Pediatrics, based on the existing initiative in the medical emergency internship. **Methods:** In this context, the EPA already used was improved, and standardized, and a CCC was created. The evaluators were trained to apply the new method and the residents were introduced to it. The application of the evaluation method took place for 6 months with residents in the medical emergency internship. At the end of the internship, the CCC created a report for each resident with the result of the evaluation. Subsequently, a questionnaire was applied regarding the perception of residents and evaluators about the changes made during the project, and their data were analyzed. **Results:** The confidence levels achieved by residents in the CCC were compatible with expected first-year resident knowledge. Regarding the evaluations obtained, there was a reduction over time, which can be improved with resident involvement as an active part of the assessment and also by asking the supervisors fulfill them. In the feedback tool, the most frequent words were “effective communication”, “disease scripts”, “clinical reasoning” and “differential diagnoses”. The perception questionnaire analysis shows that supervisors and residents have a preference for EPA based assessment, considering it as a good form of performance assessment, easy to understand, and useful for learning and feedback. **Conclusion:** The implementation of an EPA based assessment improves the quality of assessments and results in more assertive feedback. Nevertheless, it can face resistance from the evaluator’s teams and also from the residents. In order to avoid it, one should invest in continuous training sessions. The simplification of the process can be obtained by using online forms with immediate feedback. Other programs are expected to analyze this experience and use it to disseminate EPA-based assessment that is believed to be beneficial to the resident's teaching-learning process.

Keywords: Medical Education. Medical Residency. Assessment in Education. Entrustable Professional Activities.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1	Descrição da APC da Urgência Pediátrica do HJPII	31
Figura 1	Nuvem de palavras.....	38
Tabela 1	Avaliação dos residentes por subitem da EPA.....	37
Tabela 2	Resultados do questionário aplicado aos residentes e avaliadores.....	40
Tabela 3	Resultados da percepção dos residentes a respeito das EPAs.....	41
Tabela 4	Resultados da percepção dos avaliadores a respeito das EPAs.....	42
Gráfico 1	Número de avaliações parciais e finais por residente.....	36
Gráfico 2	Níveis de confiança alcançado nas avaliações do CCC por residente....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	<i>The American Board of Pediatrics</i>
APCs	Atividades Profissionais Confiáveis
CCC	Comitê de Competência Clínica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPA	<i>Entrustable Professional Activities</i>
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GPEC	<i>Global Pediatric Education Consortium</i>
HJPII	Hospital Infantil João Paulo II
ISBAR	<i>Identify Situation Background Assessment Recommendation</i>
MEC	Ministério da Educação
PA	Pronto Atendimento
PRM	Programa de Residência Médica
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SDC	Sala de decisão Clínica
SNAPPS	<i>Summarize Narrow Analyze Probe Plan Select</i>
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Uso de APC na residência médica	14
1.2	Avaliação do residente em um currículo baseado em APCs.....	15
1.3	Atribuindo confiança ao residente	17
1.4	Avaliação no Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil João Paulo II.....	20
2	JUSTIFICATIVA.....	21
3	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo geral	22
3.2	Objetivos específicos	22
4	MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1	Desenho do Estudo	23
4.2	Local	23
4.3	População	23
4.3.1	Critérios de inclusão	24
4.3.2	Critérios de Exclusão	25
4.4	Amostragem e recrutamento	25
4.5	Procedimentos	25
4.5.1	Revisão da APC e desenho do novo sistema de avaliação	25
4.5.2	Desenvolvimento docente da preceptoría	26
4.5.3	Implantação do novo sistema de avaliação	27
4.5.4	Criação do Comitê de Competência Clínica (CCC)	27
4.5.5	Avaliação da percepção dos residentes e preceptores	28
4.6	Análise de dados	29
5	ASPECTOS ÉTICOS	30
6	RESULTADOS	31
6.1	Construindo a APC.....	31
6.2	Avaliações dos residentes	35
6.3	Questionários de percepção da implantação do sistema de Avaliação baseado em APCs.....	39
7	DISCUSSÃO	43

8	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	54
	ANEXOS	78

1 INTRODUÇÃO

Em 2001, o Ministério da Educação (MEC) estabeleceu as competências necessárias para a formação médica no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) norteiam o desenvolvimento no estudante, da capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com situações, problemas e dilemas da vida real. A certificação, ao final da graduação, expressa a legitimação social do aluno que passa a ser reconhecido como capaz de atuar na carreira médica.

No âmbito da pós-graduação médica, o MEC preconiza o desenho de currículos de Programas de Residência Médica (PRM) a partir de matrizes de competências publicadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2016). Na Pediatria, além das orientações da matriz de competências do MEC, os PRMs seguem também a orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), contida no Currículo Pediátrico Global (*Global Pediatric Education Consortium* - GPEC), (JÚNIOR, 2015). A função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar (GONTIJO *et al.*, 2013).

Um dos desafios do currículo baseado em competências é sua forma de avaliação, sendo as Atividades Profissionais Confiáveis (APC) desenvolvidas com o objetivo de direcionar a implementação de currículos baseados em competências. O conceito de APC, traduzido do inglês *Entrustable Professional Activities (EPAs)*, criado por Ten Cate (2005), descreve o trabalho realizado em cenário real, de forma a permitir que seja feita uma avaliação do indivíduo que certifique sua capacidade de execução de determinada atividade profissional (TEN CATE, 2005).

As competências descrevem o comportamento de um indivíduo, ou seja, elas definem as características da pessoa o que torna o processo avaliativo um desafio. Sendo uma APC uma unidade de prática profissional que pode ser confiada ao residente, esta requer a aplicação de diversas competências simultaneamente. Nesse contexto, o uso da APC facilita o processo de avaliação, pois é mais fácil observar o indivíduo executando uma tarefa que requer múltiplas competências do que avaliá-las separadamente. Dessa forma, consegue-se operacionalizar a avaliação das competências de forma observável e melhor aplicável (TEN CATE, 2019).

A APC descreve o trabalho a ser realizado pelo residente e, com isso, permite que seja atribuído um nível de autonomia a ser confiado a ele para que realize a tarefa. Isso facilita a operacionalização dos processos de atribuição de confiança que são utilizados pelos preceptores no dia a dia de supervisão dos seus alunos (NEUMANN *et al.*, 2019). Esse processo de atribuição de confiança envolve o acompanhamento do residente por um período contínuo, com estímulo à autorreflexão e a avaliação, com feedback, para que possa ser confiada ao residente, em sua capacidade profissional, a execução daquela determinada tarefa. Elas podem ser concebidas como as responsabilidades ou tarefas, simples ou complexas, que devem ser realizadas na atenção ao paciente (TEN CATE, 2019).

As APCs são a descrição de uma determinada tarefa, ou seja, são a operacionalização de uma atividade profissional. Podem ser definidas APCs gerais ou específicas, de acordo com o campo de atuação, com o tempo de estágio e com o tipo de paciente que será atendido pelo residente. As APCs se diferenciam das competências profissionais, pois estas são utilizadas para descrever pessoas. As competências estão relacionadas ao conhecimento, habilidade e atitude que são necessários para que um indivíduo realize uma determinada atividade profissional, ou seja, uma APC. A execução de uma APC requer a aplicação integrada de múltiplas competências (TEN CATE *et al.*, 2015).

1.1 Uso de APC nos Programas de Residência Médica

Os Programas de Residência Médica (PRMs) são definidos como conjunto de atividades de ensino em serviço e teórico-práticas complementares, caracterizados pelo treinamento em Instituições de saúde, direcionados à aquisição de competências exigidas para cada especialidade, realizados sob supervisão direta de médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 2022).

A avaliação dessas competências apresenta dificuldades operacionais que são extensas e difíceis de observar. Com isso, após a introdução do conceito de APC na literatura de Educação Médica em 2005, houve boa aceitação, porém sua implementação caminha mais lentamente, especialmente nos currículos de residência médica no Brasil. A aceitação da APC deve-se à constatação que ela operacionaliza processos de atribuição de confiança já realizados

informalmente pelos preceptores no dia a dia de acompanhamento do residente em cenário real e facilita a avaliação baseada em competências (NEUMANN *et al.*, 2019).

Essa certificação de que ao final do treinamento o residente pode realizar uma determinada atividade com segurança é fundamental na Educação Médica de qualidade. As estratégias e regras do processo avaliativo devem ser transparentes e é necessário estipular prazos para que o residente atinja aquele nível esperado.

Ademais, a atribuição de confiança confere maior segurança assistencial aos pacientes, visto que ao residente só será permitido realizar determinada tarefa sem supervisão quando ele estiver apto e certificado por avaliação. As APCs fornecem um roteiro de confiabilidade, em que cada nível de confiança está associado à descrição dos comportamentos exibidos por residentes que demonstram esse nível de autonomia. As avaliações baseadas em APCs são práticas e realizadas em tempo real. Para os preceptores, é uma avaliação natural que cumpre um propósito fundamental da Educação Médica, que é criar uma força de trabalho capaz de prover um atendimento de excelência aos pacientes (STAHL *et al.*, 2020)

Enquanto a literatura sobre o tema se desenvolve no processo de construção das APCs, pouco se tem escrito sobre o processo de implementação de avaliações baseadas em APCs nas residências médicas e, principalmente, a respeito do seu processo de atribuição de confiança (STAHL *et al.*, 2020).

1.2 Avaliação do residente baseada em APC

Avaliações bem feitas promovem o crescimento pessoal e profissional do residente e contribuem para o aprimoramento do próprio processo educacional, resultando na formação de médicos com melhor compreensão das necessidades de saúde da população e mais capacitados para o desempenho de suas atividades profissionais (GONTIJO *et al.*, 2013).

Ao construir um currículo ou um estágio, baseado em APCs é necessário, inicialmente, ter clareza das atividades exercidas naquele cenário. As APCs são próprias para cada especialidade e já existem definições internacionais de APC para várias áreas. No campo da pediatria, o *The American Board of Pediatrics (ABP)*, estabeleceu, em 2013, as APCs que devem ser avaliadas

para que um residente seja considerado apto a exercer essa especialidade. São 17 atividades descritas para diferentes campos de estágio a serem cumpridos durante a residência profissional. Dentre essas, a APC 4 no Anexo C, (EPA 4 que é “Manejar pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente ambulatorial, de emergência ou de internação”) destaca-se como essencial para o estágio realizado na Urgência Pediátrica (POYNTER, 2013).

As avaliações que ocorrem no contexto clínico com observação direta do residente por um preceptor foram desenvolvidas para avaliar o residente em cenário real. A observação direta pode ser feita de maneira livre, ou seguindo uma estrutura, e pode ser feita apenas pelo observador da mesma categoria profissional do residente, ou por avaliadores com olhares diferentes.

São usados diferentes tipos de registros para essas avaliações, e, gradualmente, tem-se substituído o registro impresso por métodos informatizados, como por exemplo o *Google Forms*, que é uma ferramenta gratuita de criação de formulários on-line. Em outros estudos, como o de Stahl *et al.* (2020) foi utilizado um aplicativo desenvolvido especialmente para a avaliação da APC (STAHL *et al.*, 2020).

As avaliações observacionais não geram pontuações comparáveis a nível regional ou nacional porque os preceptores podem diferir consideravelmente, assim como os ambientes clínicos para treinamento. Usar uma lista de problemas comuns, envolver um número de avaliadores para cada residente e fornecer um bom desenvolvimento do corpo docente podem diminuir o impacto desses problemas (SWANWICK, 2014).

Apesar de haver uma gama de métodos diferentes de avaliação, todos eles corroboram a necessidade de feedback para o aluno. Esse é essencial para melhorar o desempenho dos residentes e fornecer informações valiosas de como agir e como incrementar sua performance. O feedback deve ocorrer nos momentos oportunos, e, sempre, ao final de cada estágio. O residente não comete erros de propósito e, a grande maioria dos erros ocorre por não ter recebido o feedback no momento certo. Os preceptores devem ser treinados como fornecer um feedback eficaz, ou seja, que ocorra no momento ideal, que seja específico para o que está sendo avaliado e que não haja julgamentos a respeito do residente (SWANWICK, 2014). O feedback é um momento importante para que o aprendiz reflita sobre o que pode ser melhorado em suas

competências e, em conjunto com o preceptor, elabore um plano de desenvolvimento para suprir as lacunas de aprendizagem encontradas (ALGUIRE *et al.*, 2008).

Em seguida às avaliações somativas ou certificativas de cada preceptor ao final de um estágio, é proposto, pelo método de avaliação baseado em APCs, que os dados avaliados devem ser analisados por um Comitê, denominado Comitê de Competência Clínica (CCC - *Clinical Competency Committee*). Em seu estudo de implementação de APCs em uma residência de Cirurgia Geral, Stahl *et al.* (2020) afirmam que os encontros do Comitê são responsáveis por definir em cada APC se o aluno alcançou o nível de confiança esperado. É feita uma análise das avaliações sem identificação para evitar vieses.

A maior dificuldade na implementação das APCs está na definição de um sistema de avaliação adequado para a tomada de decisão acerca do nível de confiança. Por isso, a Associação Americana de Escolas Médicas (AAMC - *Association of American Medical Colleges*) destaca a necessidade de desenvolvimento docente para a utilização de processos e instrumentos voltados para uma avaliação abrangente do aprendiz. (NEUMANN *et al.*, 2019).

1.3 Atribuindo confiança ao residente

Ao transferir a responsabilidade de uma determinada atividade clínica para o residente, toma-se uma decisão denominada “atribuição de confiança”, sendo esta comum no dia a dia do aprendizado prático em cenário real, principalmente durante a residência médica. Essa transferência de responsabilidade ocorre de forma gradativa, permitindo cada vez maior autonomia do residente. E é considerada um desafio para o preceptor, bem como uma dificuldade constantemente relatada em estudos de implementação das APCs (STAHL *et al.*, 2020), durante a qual o preceptor faz uma decisão de atribuição de autonomia *ad-hoc*. Após essa decisão, é importante que o CCC avalie a mesma APC e tome uma decisão de atribuição final do nível de autonomia no qual esse residente se encontra.

A decisão de atribuição somativa deve ser baseada em confiança e, para se evitar subjetividade da avaliação, esta deve ser realizada através de acordo entre múltiplos observadores e observações diretas, longitudinais, discussões baseadas em casos e os produtos das avaliações. Para atribuir responsabilidades é importante observar o nível que cada residente tem condições

de assumir. As chamadas decisões de atribuição somativa têm objetivo de certificação que permitem o residente exercer uma APC com nível de confiança determinado entre os preceptores sobre a capacidade de conduzir essa responsabilidade. Isto é, o residente é avaliado sobre sua habilidade e recebe direitos e deveres durante o cuidado clínico dos pacientes, como exemplificado abaixo:

Enquanto, em programas regulares, esse direito é concedido no final do treinamento, por diploma ou licença, no currículo baseado em APCs, ele é dado para APCs separadas, em vários momentos ao longo do programa, isto é, tão logo se justifique, fundamentado na confiança, que o acadêmico atingiu os objetivos do programa para aquela APC. Dessa forma, um currículo baseado em APCs pode ser verdadeiramente considerado um currículo baseado em competência e não somente baseado no tempo. (TEN CATE, 2019, p.724)

Diferentes estruturas foram criadas para avaliar as APCs com base no nível de supervisão requerido pelo residente. Dentre elas, os níveis propostos por Ten Cate seriam os mais amplamente utilizados. São descritos cinco níveis de supervisão por Ten Cate (2019):

1. ao aprendiz é permitido estar presente e observar, mas não realizar a APC;
2. ao aprendiz é permitido executar a APC sob supervisão direta e proativa presente na sala;
3. ao aprendiz é permitido realizar a APC sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário, por exemplo, com supervisão indireta e reativa;
4. ao aprendiz é permitido trabalhar sem supervisão;
5. ao aprendiz é permitido supervisionar aprendizes iniciantes.

A partir desses níveis foram elaboradas outras escalas, como a de Chen *et al.* (2014) e de OTAWA por Rekman *et al.* (2016). A Escala de Confiabilidade de Chen original foi elaborada com base nos 5 níveis de Ten Cate, com objetivo de detalhar melhor a necessidade de supervisão pelos preceptores, conforme descrição a seguir:

1. Não tem permissão para praticar a APC:
 - a. conhecimento ou habilidade inadequados; não tem permissão para observar;
 - b. conhecimento adequado e alguma habilidade; permitido observar;
2. Permitido praticar a APC somente sob supervisão proativa todo o tempo:
 - a. coativamente com o supervisor;
 - b. com o supervisor na sala pronto para agir se necessário;
3. Permitido praticar a APC sob supervisão reativa/sob demanda:

- a. com o supervisor imediatamente disponível, todas as descobertas verificadas duas vezes;
 - b. com o supervisor imediatamente disponível, principais descobertas verificadas duas vezes;
 - c. com o supervisor disponível a distância, descobertas revisadas;
4. Permitido praticar a APC sem supervisão;
 5. Permitido supervisionar outros praticando a APC.

A *Association of American Medical Colleges* desenvolveu em 2017 um Manual de orientação com as APCs requeridas para o ingresso na Residência Médica além de uma Escala de Chen adaptada que facilita a avaliação do preceptor. Essa escala tem sido usada para aplicação durante a formação em medicina, ou seja, na graduação. Foram, então, elaboradas frases para tornar o processo mais claro também para o residente (OBESO *et al.*, 2017):

- 1b. “Observe-me fazendo isso.”;
- 2a. “Vamos fazer isso juntos?”;
- 2b. “Eu vou assistir você fazendo isso.”;
- 3a. “Vá em frente, eu vou checar duas vezes tudo que você encontrar.”;
- 3b. “Vá em frente, eu vou checar duas vezes suas principais descobertas.”.

As APCs podem aumentar a transparência em relação às habilidades e às atividades requeridas durante o estágio, tornando-se método avaliativo robusto a ser realizado em campo e permitindo aos residentes contribuir, verdadeiramente, com os cuidados ao paciente de forma segura (CHEN *et al.*, 2014).

A Resolução 02/2016 da CNRM estabelece que a supervisão do residente é obrigatória durante o estágio, devendo o preceptor estar disponível para esclarecimento de dúvidas e auxílio quando necessário. Portanto, ao residente não é permitido trabalhar sem supervisão, ao se avaliar com base nos níveis de confiança observa-se o residente e atribui uma decisão de como ele poderá atuar na ausência de um preceptor. Permitindo que, assim, sejam conferidos níveis 4 e 5 de Ten Cate sem que se desrespeite a exigência da supervisão. Destacados, abaixo, os artigos da Resolução 02/2016 da CNRM que tratam sob supervisão do residente:

Art. 16. A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica. (BRASIL, 2016)

Esta é corroborada pela Resolução 16/2022 da CNRM:

Art. 9º São atribuições da Instituição de Saúde: [...]

III - Disponibilizar carga horária compatível com as funções do Coordenador da COREME, do Vice-Coordenador, Supervisores e Preceptores dos Programas; [...]

VII - Garantir o acompanhamento diário do médico residente por preceptor nos Programas de Residência Médica, respeitando-se o mínimo de dois preceptores para cada três residentes, independentemente da carga horária do preceptor, em consonância com o projeto pedagógico do PRM de acordo com cada área; (BRASIL, 2022)

1.4 Avaliação no Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil João Paulo II

No estágio de urgência no HIJPII, apesar de usar um modelo de currículo e avaliação baseado em competências, havia um projeto piloto de uso de APCs dentro de um currículo elaborado nos moldes tradicionais, que ainda se definia o tempo como forma de progressão no estágio, principalmente devido aos empecilhos impostos pela legislação (BRASIL, 2016).

Somente um preceptor no Pronto Atendimento e outro na Sala de Decisão Clínica faziam uso da avaliação baseada em APCs descrita no Anexo C, sendo que o restante usava a avaliação baseada no mini-CEX (ALGUIRE *et al.*, 2018). Essa avaliação padronizada, que usava como base as competências, é usada em todos os estágios, independentemente da diferença entre eles. Os itens abordados nesse instrumento são ética, anamnese, exame físico, raciocínio clínico, comunicação, relacionamento em equipe, escrita, tomada de decisões e interesse em aprender. Outrossim, utiliza a classificação por nota de 0 a 10, que é atribuída pelos preceptores de acordo com as atitudes demonstradas pelo residente durante a observação. Não é realizado treinamento prévio dos preceptores e nem sempre a avaliação é acompanhada de feedback adequado, que não é direcionado pelo método. Essa avaliação está apresentada no Anexo D.

O estágio de urgência é composto por três períodos em cada ano de residência, sendo três meses de duração no ano 1 e um mês nos dois anos subsequentes.

Avaliações realizadas por somente um preceptor podem ser subjetivas e não refletem a realidade de acompanhamento do residente, sendo esta uma das razões que justificam a criação de um CCC (STAHL *et al.*, 2020).

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho propôs-se a analisar o processo de implementação do sistema de avaliação baseado em APC, tendo como base a iniciativa já existente no Estágio da Urgência do PRM de Pediatria do HIJPII. Nesse contexto, aperfeiçoou-se a APC já utilizada, padronizando-a, assim como o método de avaliação, e criou-se um comitê avaliador, para reduzir a subjetividade da certificação. A adequada avaliação da implantação é fundamental não só para a expansão do uso das APC e dos diferentes métodos avaliativos em outros estágios do PRM de pediatria do HIJPII, como também para a implantação da avaliação baseada em APC de outras residências.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de implementação de um sistema de avaliação baseado em APC no estágio de Urgência da Residência de Pediatria do HIJPII.

3.2 Objetivos específicos

Descrever as mudanças realizadas no sistema de avaliação baseado em APC, visando ao seu aprimoramento.

Estimar o nível de autonomia adquirido pelos residentes ao final do estágio de urgência com a estratégia de avaliação proposta.

Avaliar a percepção dos residentes e avaliadores sobre a implementação ao final do processo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional de relato de experiência do processo de implementação de mudanças em um sistema de certificação de competência clínica de residentes de pediatria, baseado em APC, ao final de um estágio de urgência clínica. A descrição da implementação foi feita a partir da análise de documentos relacionados ao processo avaliativo. A percepção dos residentes e preceptores acerca do novo processo avaliativo foi avaliada a partir da aplicação de um questionário, ao final do processo de implantação.

4.2 Local

O estudo foi realizado no Hospital Infantil João Paulo II, da rede FHEMIG, Belo Horizonte, MG. O Programa de Residência Médica (PRM) em Pediatria do hospital foi criada em 1976, com duração inicial de dois anos, e, desde 2019, foi realizada a mudança curricular passando a duração para três anos.

O HIJPII é referência em doenças infectocontagiosas e doenças raras, sendo o maior hospital infantil do estado de Minas Gerais, com alta demanda de atendimentos diariamente. Durante o período de estudo, o hospital foi também referência no atendimento a pacientes com COVID-19.

4.3 População

A população alvo foi composta por residentes do primeiro ano do programa de pediatria do Hospital Infantil João Paulo II, totalizando 10 residentes, sendo cinco a cada rodízio de três meses no estágio de Urgência do mesmo hospital. Participaram, também, do projeto preceptores do estágio de urgência do HIJPII, sendo dois atuantes no Pronto Atendimento e cinco na Sala de Decisão Clínica, bem como dois enfermeiros emergencistas.

Atualmente, a entrada de residentes é anual, sendo vinte vagas distribuídas a cada ano. O estágio de urgência é dividido nos três anos da residência, com complexidades diferentes a cada ano. No primeiro ano, o residente vivencia o dia a dia no pronto atendimento pediátrico por dois meses, com carga horária de cinquenta e quatro horas semanais em regime de plantão no Pronto Atendimento (PA) e um mês com regime semanal de quarenta e oito horas na Sala de Decisão Clínica (SDC), sendo o restante, seis a doze horas semanais protegidas para atividades acadêmicas como aulas teóricas, apresentação de casos clínicos e grupos de discussão, conforme estabelecido na Lei 6932/81.

Em resumo, o residente do primeiro ano vivencia o dia-a-dia no Pronto Atendimento, que recebe os pacientes triados pelo Protocolo de Classificação de Risco chamado Manchester como verde e amarelo, e na SDC, que recebe os pacientes triados pelo Protocolo de Classificação de Risco chamado Manchester como laranja e vermelho. Os pacientes direcionados à SDC apresentam maior gravidade e risco iminente de morte. Também ficam nesse setor os que necessitem de observação por até vinte e quatro horas ou internação que aguardam a disponibilização dos leitos, e, desta sala, eles são encaminhados para leitos de enfermaria com internação prolongada. Durante esses três meses, o residente atende diversos pacientes com diferentes complexidades, com os temas mais frequentemente encontrados na pediatria.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram inclusos, no estudo, médicos residentes, preceptores e profissionais de enfermagem. Os critérios para inclusão de médicos residentes exigiam estar matriculados no 1º ano da residência médica no HIJPII e estar cursando o estágio de urgência.

Em relação aos preceptores, foram utilizados como critérios ser funcionário efetivo ou contratado do HIJPII e lotado no setor de urgência e fazer parte do corpo de preceptoria da residência de pediatria do HIJPII. Foram inclusos, também, dois enfermeiros que fossem funcionários efetivos ou contratados do HIJPII, lotados no setor de urgência no turno diurno e que atuassem diretamente com residentes no estágio.

Além de preencher os critérios acima descritos, foram inclusos apenas participantes que concordaram em participar, assinando o TCLE.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos residentes que estavam realizando o estágio de maneira irregular, como reposição de licença médica ou licença maternidade, e residentes que foram transferidos de outra instituição e já tenham cursado esse estágio antes da transferência.

4.4 Amostragem e recrutamento

Não foi realizada a amostragem dos residentes, pois todos foram convidados a participar do projeto. O recrutamento foi feito pela autora principal, Maíra L. M. Ferreira, que é médica e preceptora do PRM, através de convite pessoal antes do início do estágio.

Todos os preceptores do estágio de urgência foram convidados a participar do processo de avaliação através de convite pessoal e por e-mail informando o projeto.

Os enfermeiros foram selecionados pela Coordenação do Estágio de Urgência a partir da identificação daqueles que têm mais contato com os residentes durante o estágio.

4.5 Procedimentos

4.5.1 Revisão da APC e desenho do novo sistema de avaliação

Primeiramente, foi identificada uma APC essencial a um egresso do PRM de Pediatria no âmbito do atendimento a pacientes pediátricos em cenário de urgência clínica.

Foi revista a descrição da APC relacionada ao estágio de urgência. Essa revisão contou com a participação dos autores da pesquisa e do coordenador do PRM de Urgência e Emergência Pediátrica, Gabriel Gouveia Aguiar, também responsável pelo estágio de urgência dos residentes de pediatria. Em seguida, foi elaborado o método de registro de avaliações que subsidiaram o processo de atribuição de confiança pelo Comitê de Competência Clínica. Definiu-se, em consenso com os coordenadores do estágio de urgência e emergência do HIJPII,

a melhor estratégia para sua utilização que incluísse um método de observação direta para avaliação transversal e um instrumento de registro longitudinal.

4.5.2 Desenvolvimento docente da preceptoria

Os avaliadores, preceptores e enfermeiros foram convidados a assistir a uma videoaula disponibilizada na plataforma Youtube a respeito do currículo baseado em APCs e seus métodos de avaliação (disponível no link: <https://youtu.be/UiLZDGCxUQI>).

Nessa videoaula, com 30 minutos de duração, foram apresentados os diferentes métodos de avaliação e explicada a utilização da APC e sua associação à Educação Médica Baseada em Competências. Também foi enfatizada a importância da realização do feedback e como realizá-lo de maneira eficaz. Abordaram-se, durante a aula, os níveis de confiança propostos por Ten Cate (2005) e como seria a atribuição de confiança relacionada a cada nível. Foi, então, explicado que seria criado um CCC que reuniria as avaliações realizadas para decisão de atribuição final. Apresentou-se como seria o projeto, seus objetivos e métodos de execução e por fim a APC modificada, bem como o formulário que seria utilizado para cada residente e como realizar seu preenchimento.

Após 15 dias da disponibilização da videoaula, os avaliadores foram convidados a uma reunião síncrona on-line, via *Google Meet*, com os pesquisadores responsáveis, durante a qual foram discutidas dúvidas a respeito da videoaula e realização de atividade de fixação do tema. Nessa reunião, foi definido que dois preceptores e um enfermeiro de cada setor deveriam realizar as avaliações de cada residente, sendo a distribuição dos residentes definida pelo coordenador do estágio. Os avaliadores foram também estimulados a realizarem uma avaliação formativa no decorrer do estágio, chamada de avaliação parcial e outra somativa ao final do estágio, chamada de avaliação final, a qual seria analisada posteriormente pelo CCC. Porém, considerou-se obrigatório que cada residente tivesse recebido pelo menos uma avaliação final de um preceptor por cenário, SDC ou PA.

Esse treinamento foi realizado somente para os preceptores responsáveis por esse estágio e enfermeiros.

4.5.3 Implantação do novo sistema de avaliação

Depois da realização do treinamento, os preceptores e enfermeiros utilizaram o método de avaliação proposto no estágio da urgência durante seis meses com os residentes, sendo três meses com cada ciclo de residentes.

As avaliações dos residentes foram realizadas no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022 para um dos grupos de residentes, que corresponde ao fim do primeiro ano de residência. E, de março de 2022 a maio de 2022 foi realizado para o segundo grupo de residentes, com os que acabaram de iniciar o PRM. Posteriormente, essas avaliações foram analisadas pelo CCC.

Os residentes também foram apresentados ao novo método de avaliação através da mesma videoaula e receberam explicações sobre como as avaliações seriam feitas.

Além dos níveis de confiança de 1 a 5, havia um campo disponibilizado como “Não observado”, para que os avaliadores o marcassem em caso da não observação daquela sub tarefa específica, ou, no caso dos profissionais não-médicos, pela impossibilidade de eles avaliarem determinados quesitos que envolvem o conhecimento médico e o raciocínio clínico.

Para cada residente, foi elaborado um formulário individual e os links disponibilizados para os avaliadores. Dessa forma, os dados de avaliação eram adicionados em cada formulário, gerando um banco de dados longitudinal de cada residente.

4.5.4 Criação do Comitê de Competência Clínica

A criação do Comitê contou com a participação da Coordenação da Residência Médica de Pediatria e foi definido que este seria composto pela coordenadora da COREME, Bárbara Araújo Marques, pelo coordenador do estágio de urgência, Gabriel Gouveia Aguiar, pela coorientadora do projeto e preceptora do Pronto Atendimento, Talitah Michel Sanchez Candiani e pela pesquisadora responsável e preceptora da Unidade de Internação, Maíra Lucília Monteiro Ferreira. A proposta era que fosse um Comitê com representantes da coordenação do PRM, do setor de urgência e de outros setores.

Esse Comitê recebeu suporte e treinamento em relação ao método avaliativo proposto e, inicialmente, o CCC estabeleceu critérios para organização do trabalho. Foi definido que o nível de confiança da APC como um todo seria o menor nível destacado nas avaliações, não se utilizando média ou mediana, pois se entende que caso o residente não tenha o mesmo nível em todas as avaliações, ainda não pode ser confiado a ele a execução daquela tarefa sem supervisão. Foi selecionada somente uma competência por domínio, sendo escolhida a que tinha mais marcações dos avaliadores de maneira a direcionar o feedback. Ficou decidido, também, que as avaliações realizadas pelos enfermeiros tinham caráter experimental e não foram valorizadas pelo CCC, pois os profissionais tiveram maior dificuldade de compreensão do processo de avaliação.

Ao término do estágio de cada ciclo de residentes, que ocorreu após 3 meses, o Comitê se reuniu para análise dos dados das avaliações de cada residente e definição de nível de confiança global. Os membros do comitê analisavam todas as avaliações finais recebidas, de forma não cega, discutindo cada subtarefa de forma imparcial, prezando pela discrição e sigilo. Buscava-se encontrar os pontos a serem superados e formas que pudessem auxiliar, individualmente, cada residente dentro de suas necessidades individuais.

Logo após a reunião, foi feito o relatório para cada residente com o resultado da avaliação, elaborado pela autora principal que continha as subtarefas da APC, os gráficos com as avaliações obtidas em cada cenário, SDC e PA, o nível de confiança atribuído pelo Comitê, as competências assinaladas pelo Comitê e as recomendações de como supri-las nos próximos estágios. O modelo do relatório encontra-se no Apêndice F.

4.5.5 Avaliação da percepção dos residentes e preceptores

No fim do estágio, foi aplicado questionário a respeito da percepção dos residentes e avaliadores sobre as mudanças realizadas durante o projeto. Esses questionários procuraram analisar se os avaliadores receberam treinamento adequado para aplicar a APC, se a avaliação baseada em APCs foi útil para verificação do desempenho do residente, seu aprendizado e feedback. Igualmente, o questionário aplicado aos residentes, interrogava a respeito do contato prévio com as APCs, a utilidade do método para fornecer feedback, verificação do desempenho e do aprendizado. Também havia perguntas para avaliar o relatório elaborado pelo CCC em relação

à identificação das lacunas no desenvolvimento das competências dos residentes e planejamento de estratégias para preenchê-las. Para cada item, os participantes indicaram suas respostas numa escala Likert de 5 pontos. Além disso, os questionários apresentavam perguntas abertas nas quais os participantes poderiam destacar o que funcionou bem e o que poderia ser melhorado, bem como as dificuldades durante o processo.

Os questionários que foram aplicados estão apresentados nos Apêndices A e B. Esses questionários foram elaborados com base na pesquisa realizada na Universidade de Minnesota (VIOLATO, 2021).

4.6 Análise de dados

Ao final do projeto, foi realizada análise a descritiva da percepção dos residentes e avaliadores a respeito dos novos métodos de avaliação. Os dados foram compilados e as medianas dos resultados das avaliações dos residentes foram calculadas e comparadas através de testes estatísticos para avaliar discrepância entre os dois cenários de prática, SDC e PA. Utilizou-se Teste U Mann-Whitney para diferença entre as medianas. Os cálculos foram feitos com a ferramenta de análise de dados estatísticos do Microsoft Excel.

Ademais, foi feita uma análise descritiva do número de avaliações de cada residente e do nível de confiança das APCs alcançadas, totais e separadas por cenários (SDC e PA), apresentada em gráficos produzidos com a ferramenta do Microsoft Excel.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A etapa inicial do projeto, que consistiu na elaboração da APC e do método avaliativo, fez parte de uma iniciativa do Programa de Residência Médica em Pediatria do HJPII de aprimoramento de suas atividades educacionais.

A última etapa que envolveu a participação dos residentes na fase de avaliação de percepções acerca das mudanças no processo avaliativo foi voluntária. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no Apêndice H, que foi necessário na fase de avaliação de percepções acerca das mudanças no processo avaliativo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFENAS e da FHEMIG conforme pareceres apresentados no Anexo B (CAAE: 54275921.9.0000.5143 e 54275921.9.3001.5119).

6 RESULTADOS

6.1 Construção da APC

A APC revisada foi descrita de acordo com o modelo proposto por Ten Cate *et al.* (2015). No Quadro 1, abaixo, encontra-se a descrição da APC e suas subtarefas. Essa revisão foi realizada pelos autores do estudo e, posteriormente, a APC foi estruturada em um formulário on-line no *GoogleForms* de forma a possibilitar a avaliação posterior. Esse formulário on-line está descrito no Apêndice D.

O avaliador definia um nível de confiança para cada subtarefa da APC e, após essa definição era direcionado ao feedback estruturado que consistia nos objetivos de aprendizagem destacados no Quadro 1. O avaliador selecionava aqueles objetivos que não foram alcançados pelos residentes.

Quadro 1 – Descrição da Urgência Pediátrica do HIJPII

1. Título da EPA	Manejando pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente de urgência e emergência.							
2. Especificações e Limitações	a. Esta atividade contém os seguintes elementos ou subtarefas							
<i>a. Descrição do que está incluído na atividade, como se fossem subtarefas contidas na EPA.</i>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="574 1294 1396 1402">1. Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1402 1396 1509">2. Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1509 1396 1594">3. Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1594 1396 1680">4. Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1680 1396 1787">5. Compartilhar decisões com a família de forma transparente para tratamento adequado.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1787 1396 1872">6. Realizar a transição do cuidado.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="574 1872 1396 1928">7. Documentar e comunicar o plano de manejo.</td> </tr> </table>	1. Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente.	2. Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais.	3. Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso.	4. Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente.	5. Compartilhar decisões com a família de forma transparente para tratamento adequado.	6. Realizar a transição do cuidado.	7. Documentar e comunicar o plano de manejo.
1. Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente.								
2. Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais.								
3. Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso.								
4. Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente.								
5. Compartilhar decisões com a família de forma transparente para tratamento adequado.								
6. Realizar a transição do cuidado.								
7. Documentar e comunicar o plano de manejo.								
<i>b. Há alguma limitação em relação à complexidade ou</i>	b. A certificação de confiança para esta EPA só é aplicável se:							

configuração aplicável quando o aluno for formalmente confiado (certificado) a esta EPA? Para manejo de condições clínicas frequentemente encontradas na urgência pediátrica geral, como as descritas em anexo.

3. Riscos potenciais em casos de falhas Estes riscos (probabilidade de um incidente acontecer*) podem ser estratificados da seguinte forma:

Possíveis complicações e eventos adversos se feitos de forma inadequada.

Tipo de Risco	Parte interessada envolvida	Qual o risco?
Assistenciais	Paciente	Danos ao paciente decorrentes de erros de diagnóstico ou atraso para iniciar o tratamento de urgência.
Ocupacionais	Profissionais (todos)	Danos psicológicos aos alunos ou profissionais que o acompanham; risco de contágio por doenças infectocontagiosas atendidas na unidade.
Outros	não classificáveis anteriores	Custos indevidos ou recursos desperdiçados. Riscos de processos judiciais.

*WHO, 2009. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1.

4. Domínios mais relevantes de competências envolvidos na EPA

Excelência (+++)	Técnica	Comunicação (++)	Liderança Colaborativa (++)
Autogestão aprendizagem (+)	da	Profissionalismo (++)	Responsabilidade social (+)

5. Conhecimento, habilidades, atitudes e experiência requeridos

a. Objetivos de aprendizagem

- Conhecimento [saber ou saber como]

Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica como os exemplificados no anexo.

Listar sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.

Conhecer os protocolos clínicos de atendimento da rede FHEMIG dos diagnósticos comuns atendidos na urgência do serviço, exemplificados no anexo.

Descrever o atendimento estratificado do paciente crítico conforme critérios da AHA estabelecidos no PALS.

Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.

Conhecer técnicas de comunicação.

- Habilidade (fazer)

Coletar anamnese de forma direcionada a hipótese diagnóstica.

Prescrever medicamentos de uso habitual na urgência pediátrica.

Examinar o paciente de acordo com a queixa da consulta.

Registrar em prontuário de forma clara e objetiva.

Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.

Comunicar com a família para tomada de decisões compartilhadas.

Solicitar exames complementares de maneira racional.

Priorizar a hipótese diagnóstica a partir de achados da anamnese, exame clínico e exames complementares.

Explicar o plano terapêutico necessário de ser instituído para o paciente atendido.

Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.

Realizar o suporte avançado de vida em pediatria de acordo com o PALS.

- Atitude ou Comportamento (ser)

Demonstrar confiança no atendimento ao paciente.

Transmitir segurança ao paciente e à família.

Atuar como líder durante o atendimento de urgência.

Demonstrar capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar.

Apresentar empatia ao lidar com o paciente e acompanhante.

b. Há algum número de procedimentos ou outras experiências que devem ser concluídas antes que a EPA possa ser realizada?

b. Número de procedimentos ou experiências requeridas:

Participar da semana introdutória do curso mini-PALS;

Carga horária mínima para ser avaliado: 3 meses

6. Avaliações que serão fonte de informações para avaliação do progresso

a. *Que avaliações devem ser usadas para determinar o progresso e fundamentar a decisão de certificação da EPA, além dos feedbacks durante a supervisão da EPA (compõe 90% das avaliações).*

a. Tipos de Avaliações
Portfólio eletrônico

b. *Quantas vezes a EPA deve ser observada para a decisão de certificação do Comitê de Competência Clínica?*

b. Número mínimo de vezes que a EPA deve ser realizada para a certificação
Realizar duas avaliações a cada mês de estágio, uma avaliação intermediária e outra ao final do mês;
O Comitê de Competência Clínica fará a revisão das avaliações de cada residente para definição do Nível de Confiança encontrado.

7. Nível de Confiança/Supervisão esperado em qual estágio do treinamento
Quando é esperado que os aprendizes atinjam o nível de confiança ou de supervisão desta EPA? Níveis 1 a 5.

Nível de Confiança	Estágio esperado
Nível 1: o aprendiz pode estar presente e observar, não pode realizar a EPA	-
Nível 2: o aprendiz pode executar a EPA com supervisão direta e proativa, presente na sala	-
Nível 3: o aprendiz pode realizar a EPA sem um supervisor na sala, mas rapidamente disponível, se necessário, ou seja, com supervisão indireta e reativa	R2
Nível 4: o aprendiz pode trabalhar sem supervisão	R3
Nível 5: o aprendiz pode supervisionar mais alunos iniciantes	-

8. Data de expiração da EPA

A cada dois anos esta EPA deve ser revista e atualizada conforme as diretrizes mais atuais se necessário.

Anexo

Exemplos de problemas comuns na prática pediátrica de urgência:

Dor abdominal;	Febre em neonatos;
Exacerbação asmática/sibilância;	Infecções gastrointestinais;
Otite média aguda;	Refluxo gastroesofágico;
Adenopatia;	Cefaleia;
Doenças alérgicas (rinite, dermatite atópica, dermatite de contato, urticária);	Alterações da marcha;
farmacodermia,	Reação adversa à medicação;
	Dores musculoesqueléticas;
	Faringite;

Distúrbios agudos do comportamento inconsolável, distúrbios do sono);	Doenças exantemáticas; Infecções sexualmente transmissíveis; Sinusites;
Constipação;	Infecções de tecido pele e mole (impetigo, celulite, escabiose, etc.);
Tosse;	
Desidratação;	Infecções das vias aéreas superiores e inferiores;
Cetoacidose diabética;	
Diarreia;	Infecções do trato urinário;
Febre sem sinais localizatórios;	Síndromes virais.
Convulsão febril;	

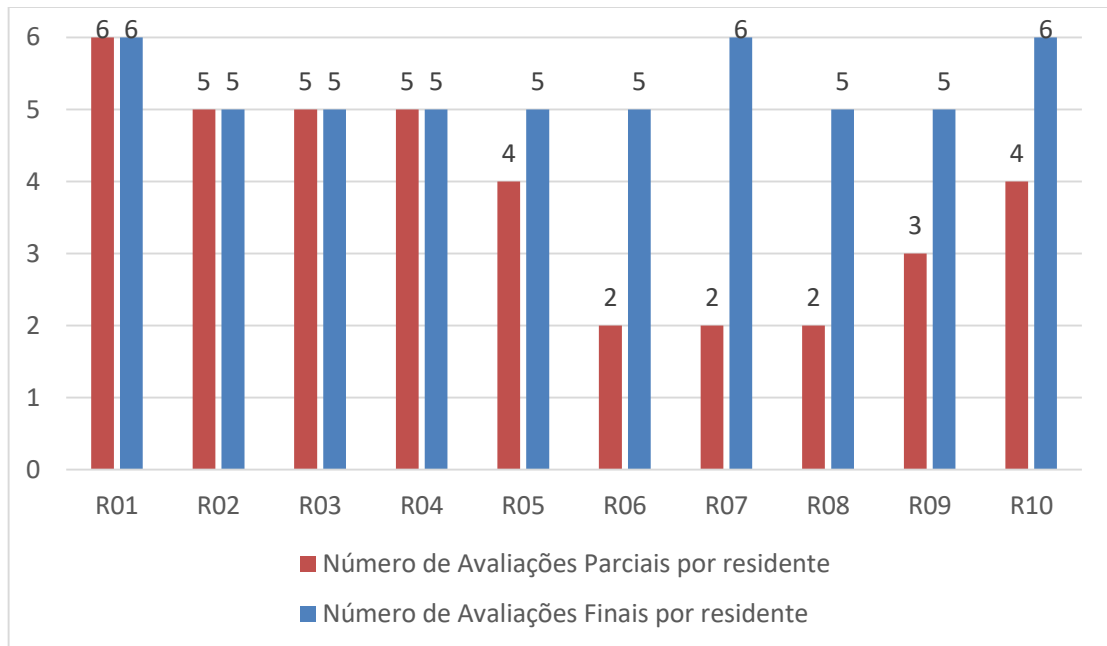
Fonte: produzida pelo autor.

6.2 Avaliações dos residentes

No total, foram obtidas 91 avaliações, sendo em média 9,1 avaliações para cada residente. Ao longo do estudo, observou-se uma redução no número de avaliações parciais realizadas. O Gráfico 1 mostra o número de avaliações obtidas por residente, englobando as avaliações parciais e finais nos dois cenários, sendo os residentes R01 a R05 do primeiro ciclo e de R06 a R10 do segundo ciclo.

Em média, 2 avaliadores por residente não realizaram as avaliações parciais que tinham caráter formativo, e, 1 avaliador por residente não realizou a avaliação final. Os membros do CCC analisaram apenas as avaliações finais de cada residente, sendo utilizado no mínimo uma avaliação por setor, totalizando 53, média de 5,3 avaliações por residente (Gráfico 1).

Gráfico 1- Número de Avaliações parciais e finais por residente.



Fonte: produzida pelo autor.

Entre as avaliações obtidas nos diferentes cenários, ou seja, entre o Pronto Atendimento (PA) e a Sala de Decisão Clínica (SDC), houve diferença no nível de confiança obtido nas subtarefas 2 e 5 da APC, sendo encontrados menores níveis de confiança na Sala de Decisão Clínica (Tabela 1), mas com significância estatística somente na sub tarefa 5. No Apêndice C encontram-se os gráficos das avaliações por item de cada residente separados por cenário.

Tabela 1 - Avaliação dos residentes por subitem da EPA

Subtarefas	Mediana		Teste U (valor de p)
	SDC	PA	
1. Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente.	3	3	-0,70 (0,48)
2. Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais.	3	4	-1,62 (0,10)
3. Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso.	3	3	-1,77 (0,08)
4. Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente.	3	3	-2,07 (0,04)
5. Compartilhar decisões com o paciente e com a família de forma transparente para tratamento adequado.	3	4	-2,35 (0,02)
6. Realizar a transição do cuidado.	4	4	-0,58 (0,56)
7. Documentar e comunicar o plano de manejo.	4	4	-0,58 (0,31)

Fonte: produzida pelo autor.

Notas: SDC: Sala de Decisão Clínica; PA: Pronto Atendimento

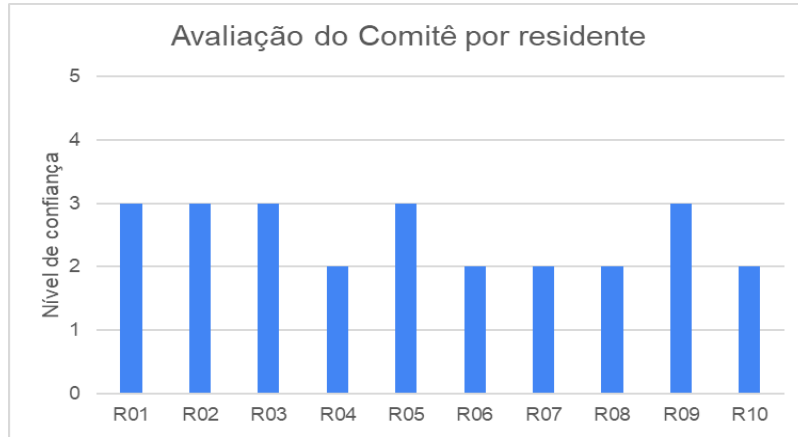
O instrumento de avaliação apresentava duas partes. A primeira, com a descrição das atividades da APC com níveis de confiança atingidos e, na segunda parte, o feedback estruturado no modelo de competências (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes), com as opções a serem marcadas de acordo com o que o residente poderia aprimorar. No final, havia um campo aberto com as recomendações sobre como procurar suprir possíveis deficiências ao longo dos próximos estágios.

Houve, também, recorrência da preocupação com trabalho em equipe e atendimento à população de forma respeitosa e com equidade.

Dentro deste instrumento de feedback, destacam-se as palavras mais comumente citadas nas recomendações como “comunicação efetiva”, “scripts de doenças”, “raciocínio clínico” e “diagnósticos diferenciais”, na Figura 1 abaixo, estas aparecem em maior tamanho na nuvem de palavras. Algumas das recomendações sugeriam o uso de SNAPPs para passagem dos casos clínicos, como também uso do ISBAR na transição do cuidado. Como forma para auxiliar o desenvolvimento do raciocínio clínico utilizar a busca em sumários de evidência para definir melhor o diagnóstico e propor diagnósticos diferenciais. Houve, também, recorrência da preocupação com trabalho em equipe e comunicação de forma respeitosa.

ao grupo que fez o estágio de urgência ao iniciarem o primeiro ano, de março a maio, ou seja, logo após a conclusão da graduação.

Gráfico 2 - Níveis de confiança alcançado nas avaliações do CCC por residente.



Fonte: produzida pelo autor.

6.3 Questionários de percepção da implantação do sistema de Avaliação baseado em APC

A análise dos resultados do questionário de percepção (Tabela 2) mostra predominância do sexo feminino entre os participantes como é de se esperar devido a maior frequência de mulheres entre os especialistas em Pediatria. A mediana da idade dos residentes foi de 27 anos, já a dos avaliadores foi de 37. A maioria dos residentes não havia sido avaliada por APCs anteriormente (70%), mas os avaliadores tinham contato prévio com as APCs, pois esse método avaliativo também é utilizado pela Residência de Urgência e Emergência Pediátrica da Instituição e alguns também são preceptores desse PRM.

Destaca-se na Tabela 2, a comparação entre os métodos avaliativos, pois tanto os residentes quanto os avaliadores preferem a Avaliação baseada em APCs à avaliação padronizada pelo PRM descrita no Anexo B. Um terço assinalou não ter opinião formada sobre o assunto. Quanto ao tempo, 89,9% dos avaliadores relataram um gasto médio inferior a 15 minutos para concluir a avaliação, sendo 55,5% inferior a 10 minutos.

A percepção dos residentes durante o processo avaliativo (Tabela 3) foi positiva, sendo que 100% o consideraram uma boa forma de avaliação do desempenho, de fácil compreensão e útil para o aprendizado e feedback. Em relação ao relatório final do CCC, 100% acreditam que

permitiu identificar lacunas no aprendizado e planejar atividades necessárias para o desenvolvimento. Como sugestões, para melhoria, os residentes destacaram que o contato com os avaliadores deve ser mais próximo e há necessidade de feedback ao longo do estágio, não somente ao final deste para dar oportunidade de melhoria.

Tabela 2 - Resultados do Questionário aplicado aos residentes e avaliadores

Variável	Residentes (N=10)	Avaliadores (N=9)
Sexo – n (%)		
Feminino	10 (100%)	7 (77,8%)
Masculino	0(0%)	2 (22,2%)
Idade – mediana (IIQ)	27 (1)	37 (4)
Ano de formação na graduação – mediana (IIQ)	2021 (1)	2012 (3)
Local de formação da graduação – n (%)		
FASEH	2 (20%)	-
FCMMG	2 (20%)	-
UFMG	3 (30%)	5 (55,5%)
Outros	3 (30%)	4 (44,4%)
Você já foi avaliado anteriormente por meio de APC? – n (%)		
SIM	3 (30%)	
NÃO	7 (70%)	-
Você já teve experiência prévia com avaliação utilizando APCs? – n (%)		
SIM	-	6 (66,7%)
NÃO		3 (33,3%)
Comparando o sistema baseado em APCs e o sistema avaliativo anteriormente utilizado no programa de residência você prefere: - n (%)		
-O sistema de avaliação baseado em APCs;	7 (70%)	6 (66,7%)
-O sistema de avaliação anteriormente utilizado no programa;	0 (0%)	0 (0%)
-Não tenho opinião formada a respeito do melhor sistema avaliativo.	3(30%)	3 (33,3%)
Quanto tempo você levou para a avaliar o residente utilizando a APC? – n (%)		
<5 minutos	-	2 (22,2%)
5 a 10 minutos		3 (33,3%)
10 a 15 minutos		3 (33,3%)
>15 minutos		1 (11,1%)

Fonte: produzida pelo autor.

Notas: IIQ: Intervalo Inter Quartil

Tabela 3 - Resultados da percepção dos residentes a respeito das APCs

	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo nem discordo (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo totalmente (%)
Q1: Fui apresentado ao novo sistema de avaliação antes de ser submetido a ele.	0	0	0	10	90
Q2: Considero o sistema de avaliação utilizando APCs uma boa forma de avaliação global do meu desempenho.	0	0	0	20	80
Q3: O nível de confiança atribuído a mim pelo Comitê corresponde a percepção que tenho do meu desempenho.	0	0	0	30	70
Q4: O modelo avaliativo foi de fácil compreensão.	0	0	0	30	70
Q5: Os avaliadores observaram diretamente o meu atendimento para me avaliarem.	0	0	0	70	30
Q6: As APCs foram úteis para o meu aprendizado.	0	0	0	20	80
Q7: A avaliação baseada em APC foi útil para promover feedback.	0	0	0	0	100
Q8: O relatório elaborado pelo CCC ajudou a identificar lacunas no desenvolvimento das minhas competências.	0	0	0	10	90
Q9: O relatório elaborado pelo CCC contribuiu para o planejamento de futuras atividades necessárias para o meu desenvolvimento.	0	0	0	10	90

Fonte: produzida pelo autor.

Em relação à percepção dos avaliadores sobre a utilização das APCs (Tabela 4), foi observado que 55,6% tiveram dificuldade em implementar o método, apesar de 100% considerarem o treinamento adequado. Entre os avaliadores, 100% consideram o sistema uma boa forma de avaliação do residente e um bom instrumento para individualizar o aprendizado. Destaca-se que 89,9% dos avaliadores consideraram o relatório final do CCC útil para identificar lacunas no aprendizado, e 78,8% acreditam que o relatório contribuiu para planejar o desenvolvimento dos residentes. Em relação ao nível de confiança atribuído pelo comitê, 89,9% concordaram com o mesmo.

Tabela 4 - Resultados da percepção dos avaliadores a respeito das APCs

	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo totalmente (%)
Q1: Considero o treinamento que recebi adequado para aplicar o novo sistema de avaliação.	0	0	0	33,3	66,7
Q2: Para você, o sistema de avaliação utilizando APCs é uma boa forma de avaliação global do residente.	0	0	0	11,1	88,9
Q3: Você observou os residentes ao realizarem seus atendimentos antes de realizar a avaliação.	0	0	0	0	100
Q4: Você teve alguma dificuldade em realizar a avaliação como proposta no projeto.	22,2	22,2	0	55,6	0
Q5: O instrumento de avaliação te ajudou a individualizar a aprendizagem do residente.	0	0	0	33,3	66,7
Q6: Você forneceu feedback ao final do estágio.	0	0	11,1	11,1	77,8
Q7: O relatório elaborado pelo CCC ajudou a identificar as lacunas do residente no desenvolvimento de suas competências.	0	0	11,1	33,3	55,6
Q8: O relatório elaborado pelo CCC contribuiu para o planejamento de futuras atividades necessárias para o desenvolvimento do residente.	0	0	22,2	22,2	55,6
Q9: Você concordou com o nível de confiança atribuído pelo CCC no relatório final.	0	0	11,1	22,2	66,7

Fonte: produzida pelo autor.

No quesito da observação direta, houve discordância entre as respostas dos avaliadores e residentes. Enquanto entre os primeiros, 100% relataram terem realizado essa observação, 70% dos residentes informaram que a observação ocorreu parcialmente. Os avaliadores assinalaram que realizaram a observação direta, porém descreveram nos campos abertos como barreira para a avaliação a não observação de alguns atendimentos específicos e a dificuldade de realizarem a observação direta em alguns casos. Foi sugerido nos campos abertos do questionário que se envolva o residente no processo avaliativo, tornando-o corresponsável pela realização da avaliação e que se reduzam os subitens para tornar a avaliação mais objetiva.

7 DISCUSSÃO

O trabalho realizado mostra que implementar um sistema de avaliação baseado em APCs em uma residência de Pediatria foi possível e percebido de maneira favorável pelos residentes e preceptores. Entre os fatores que podem ter contribuído para o sucesso da implantação incluem-se o treinamento prévio dos preceptores para sua execução, a revisão cuidadosa da APC e a disponibilização de ferramenta on-line que permitia acesso remoto para aumentar a adesão ao método. A revisão da APC contou com a colaboração da equipe, inclusive dos que iriam aplicá-la, o que pode ter contribuído para que ela fosse mais assertiva.

Apesar das estratégias citadas anteriormente, a implementação enfrentou desafios como a redução da adesão ao longo do tempo de estudo, a dificuldade de entendimento da avaliação e a realização do feedback por parte dos avaliadores.

O treinamento pode ter sido insuficiente visto que foi realizado por um período curto e somente no início do projeto. Para melhorar a adesão e a realização do feedback, o desenvolvimento da preceptoria deve ocorrer de forma continuada, com a inclusão de atividades práticas para os preceptores poderem treinar a avaliação das APCs.

Assim como mencionado por Stahl *et al.* (2020), qualquer mudança de sistema de avaliação que exija tempo de dedicação dos avaliadores será difícil de iniciar. Os programas devem esperar um processo de implementação demorado, com repetidas sessões de treinamento para residentes e preceptores, mas com melhoria do feedback ao longo desse processo. A falta de conhecimento e de preparo dos avaliadores pode ter impactado os resultados, pois não era uma amostra igualmente capacitada para aplicação do método e realização de feedback adequado. Para a maioria do corpo docente, o conceito de APC é completamente novo e a resistência ao seu uso é bastante compreensível. Apesar da resistência inicial, quando explicado o conceito, os preceptores podem se tornar grandes apoiadores (TEN CATE *et al.*, 2018).

As avaliações foram realizadas por profissionais médicos e enfermeiros. A participação de profissionais não médicos na avaliação de elementos da APC é fundamental, especialmente aqueles relacionados à capacidade de relacionamento com a equipe, sua interação e clareza na passagem do caso. Desta forma, é importante deixar claro, desde o início, quais serão os elementos passíveis de avaliação por outras categorias profissionais. O feedback de múltiplas

fontes, incluindo diferentes membros da equipe multidisciplinar tem demonstrado capacidade de influenciar positivamente o aprendizado dos residentes, especialmente em aspectos relacionados ao profissionalismo (NORCINI; BURCH, 2007).

No processo avaliativo implementado no HIJPII, as avaliações foram realizadas em dois momentos. Nos primeiros três meses, foram avaliados cinco residentes e, nos três meses seguintes, foram avaliados outros cinco. Percebeu-se, ao longo da implantação, que o segundo grupo de residentes recebeu menos avaliações, ou seja, houve queda na adesão às avaliações com o tempo e necessidade de cobranças por parte da coordenação do estágio e da autora principal para que fossem realizadas. Uma sugestão levantada pelos avaliadores para melhorar esse processo é o envolvimento dos residentes como parte ativa da avaliação e como solicitadores do cumprimento do processo (STAHL *et al.*, 2020).

Por outro lado, em um estudo realizado por Mueller *et al.* (2022), os residentes relataram que ao terem de buscar os preceptores para realizar a avaliação, esta acabava se tornando mais uma exigência administrativa imposta a eles sem diminuir as responsabilidades educacionais existentes. Com isso, houve aumento do estresse relatado pelos residentes. Ao mesmo tempo, o estudo de Mueller *et al.* (2022) percebeu, que sendo responsabilidade do residente a busca pela avaliação, esta acontecia somente quando o residente se achava confiante na tarefa, reduzindo com isso a possibilidade de receber feedback para orientar o desenvolvimento de habilidades adicionais (MUELLER *et al.*, 2022).

Os residentes do segundo grupo apresentaram menores níveis de confiança definidos pelo CCC. É possível que os residentes que estão iniciando a especialização tenham maior dificuldade de adaptação, pois enfrentam barreiras por não conhecerem o sistema informatizado, o local de trabalho e os recursos disponíveis, além de terem menor experiência com o manejo de crianças com quadros agudos. Dessa forma, a avaliação baseada em APC pareceu ter conseguido captar as diferenças observadas nos dois grupos.

Quanto aos resultados das avaliações dos residentes através dos níveis de confiança, houve diferença significativa entre os níveis alcançados na SDC e PA, sendo que, na SDC, os níveis foram inferiores aos do PA. Esse resultado era esperado devido à diferente complexidade dos casos em cada cenário. Na SDC, os residentes assistem pacientes mais complexos que no PA, o que sugere que o instrumento foi capaz de captar essas diferenças contextuais, tão importantes

para a atribuição de confiança. Observar como será a evolução da confiança atribuída a esses residentes quando revisitarem esses mesmos cenários, no segundo e terceiro anos, poderá informar sobre a capacidade do instrumento de captar a evolução de seu desempenho profissional ao longo do tempo. Avaliações baseadas em EPA fornecem referências valiosas para aquisição de habilidades, caracterizando o grau em que uma responsabilidade pode ser atribuída a um estagiário para executar uma tarefa de forma autônoma (WAGNER, 2017).

Esse resultado não inviabiliza a aplicação da mesma APC nos dois locais desde que esta seja reavaliada nos anos subsequentes, pois ambos tratam de pacientes da urgência e da emergência pediátricas, e o residente deve alcançar a confiança esperada para o cenário de urgência como um todo ao final do programa. O objetivo de uma APC é a distinção de unidades de prática que permite decisões de atribuição separadas e aumentando gradualmente as responsabilidades do residente (TEN CATE *et al.*, 2015).

Acredita-se que a divisão em mais APCs torne mais complexo o processo avaliativo e possa aumentar a carga administrativa do preceptor, reduzindo a aceitação do processo. Em compensação, um número menor de APCs que vinculam múltiplas competências e reduzem a complexidade do currículo permitem uma visão mais holística do aluno e se prestam a melhor implementação e subsequente sustentação da mudança entre os envolvidos (HENNUS, *et al.* 2021). Um dos equívocos de usar APCs é utilizá-las no formato de uma lista de tarefas que substituiria uma lista de verificação de competências. A atribuição de confiança em relação à realização de uma APC deve sintetizar a impressão geral do preceptor acerca do residente à luz do conhecimento de todas as competências necessárias para executá-la (TEN CATE *et al.*, 2018).

Houve marcação de um grande número de competências pelos avaliadores a serem desenvolvidas pelos residentes e, muitas vezes, essas competências não foram relacionadas nas recomendações para suprir as deficiências encontradas. Para se obter validade no processo de avaliação, os pensamentos e ações dos avaliadores devem demonstrar uma compreensão do que estão avaliando e por quais critérios, para que não sejam tomadas decisões irrelevantes ao processo avaliativo, isto é, para que não sejam assinaladas competências aleatoriamente, sem estarem associadas a orientações adequadas ao residente de como suprir essas lacunas (SCHWARTZ *et al.*, 2020). Para reduzir esse problema, pode-se permitir que poucas competências sejam assinaladas em cada avaliação e os avaliadores sejam treinados a associá-

las a uma recomendação posterior. Por consequência, o feedback para o residente será mais objetivo e claro, alcançando maior eficácia no seu propósito. Isso reforça mais uma vez a necessidade de capacitação dos avaliadores.

Para permitir uma decisão de atribuição, deve haver especificações, como as listadas nos subitens. Além disso, o uso de APCs requer a especificação de quais competências devem estar presentes antes que os residentes possam ser confiados a atuar sem supervisão ou com supervisão indireta (TEN CATE *et al.*, 2015). Uma sugestão interessante, levantada durante o questionário de percepção dos participantes, foi a simplificação do processo, com redução do número de itens na avaliação, tornando-a mais objetiva e de rápida aplicação. Sugere-se que para as próximas turmas seja modificado o instrumento para que o preceptor registre apenas o nível global de confiança para realização da atividade profissional, e não de cada um dos seus elementos, conforme recomendado por Ten Cate (2005). Essa alteração simplificaria o processo de registro da avaliação e, ao mesmo tempo, facilitaria a análise pelo CCC (TEN CATE, 2005).

As APCs, subdivididas em componentes, incorporam múltiplos marcos de desenvolvimento (*milestones*). O processo de ensino-aprendizagem e avaliação ocorre de forma contínua e crescente em complexidade durante a evolução no curso, nesse caso a residência médica. Os residentes devem ser avaliados de forma sistemática de acordo com sua performance até atingirem um grau de serem confiáveis a realizar atividades sem supervisão. Devem ser definidas metas precisas de progressão de competência, orientando o aprendizado e facilitando a avaliação de maneira eficaz (TEN CATE *et al.*, 2015). Portanto, como na APC utilizada, essa deve ser repetidamente aplicada nos estágios na urgência nos anos subsequentes de modo a permitir que o residente receba feedbacks, reflita sobre sua prática diária e alcance o nível de confiança esperado para sua formação. Ten Cate *et al.* (2018), sugerem que possam ser utilizadas APCs diferentes de acordo com a evolução do curso. Nos estágios iniciais, algumas pequenas tarefas nos cuidados com a saúde podem refletir responsabilidades significativas para os alunos iniciantes, mas, à medida que eles amadurecem, tornam-se parte de responsabilidades mais abrangentes (TEN CATE *et al.*, 2018).

A simplificação do processo de avaliação também pode ser obtida utilizando-se sistemas de registro eletrônico, como foi o caso da presente pesquisa, que permite acesso de qualquer local, minimizando barreiras de avaliações rotineiras e permitindo que as mesmas sejam direcionadas a cada residente, coletando seus dados em separado e fornecendo feedback imediato.

A partir da pesquisa de percepção constatou-se que há grande aceitação do método pelos participantes. Tanto os preceptores quanto os residentes expressaram perspectivas favoráveis à utilização das APCs, considerando-as úteis para fornecer feedback, menos subjetivas e com possibilidade de identificação das lacunas no aprendizado e de planejamento de atividades necessárias para o desenvolvimento. Estudos prévios sobre implementações do método encontraram resultados que corroboram com esse achado (LU LIU *et al.*, 2021; STAHL *et al.*, 2020). A incorporação de uma autoavaliação ao processo pode aumentar a adesão dos residentes e ajudar a impulsionar o envolvimento dos preceptores (STAHL *et al.*, 2020).

Outro ponto destacado pelos residentes foi a ocorrência de feedbacks mais frequentes por parte da maioria dos avaliadores e que isso permitiu que eles melhorassem seu desempenho ao longo do estágio. Em suma, ressaltando a importância de se obterem avaliações formativas ao longo do processo. As APCs, ao facilitar o processo de avaliação, permitem que esse feedback seja realizado mais vezes, todavia nem sempre os preceptores e avaliadores percebem o valor das APCs para melhorar o feedback (MUELLER *et al.*, 2022). Uma decisão de atribuição de confiança deve ser o início da autonomia que se confere ao residente para exercer uma atividade ao invés de apenas terminar um período de treinamento (TEN CATE *et al.*, 2018).

Houve discrepância entre o relato dos preceptores em relação à realização de observação direta no processo de avaliação e a percepção do residente em relação a ser observado. Enquanto os avaliadores consideraram que sempre observaram, os residentes, em sua maioria, relataram que houve observação direta somente em parte das vezes. As barreiras descritas na literatura para a realização da avaliação são falta de tempo, falta de treinamento, dificuldade de implementar essa rotina no fluxo de trabalho ou esquecimento após uma rotina de trabalho agitada. Durante o treinamento dos preceptores, é fundamental deixar claro a importância da avaliação e do feedback e estabelecer, juntamente com eles, as estratégias para sua realização (STAHL *et al.*, 2020).

Os residentes demonstraram que a avaliação por APC os ajudou a compreender melhor o processo de aprendizagem e quais os critérios para que alcancem esses objetivos. Isso permite que eles melhorem seu desempenho para os próximos estágios ao conhecer essas deficiências. Depois da implementação das APCs, os estudos mostram que a maioria dos residentes demonstra estar ciente dos critérios exigidos para as decisões de atribuição somativas, sente-se mais preparada, e mostra uma aparente melhora em seu desempenho e confiança. Os residentes,

geralmente, apreciam o valor agregado das APCs, acolhem a oportunidade de avanço gradual em direção à prática não supervisionada e se sentem mais motivados e focados (LU LIU *et al.*, 2021; STAHL *et al.* 2020; WAGNER *et al.*, 2017).

O desenvolvimento contínuo do corpo docente e seu envolvimento no processo de avaliação formativa, não somente certificativa, tende a facilitar a implementação e melhorar a experiência de obtenção de feedback pelos residentes (MUELLER *et al.* 2022). Devido ao grande número de preceptores envolvidos em educação médica nos serviços de saúde, é necessário esse treinamento constante para que as avaliações sejam cada vez mais eficazes (TEN CATE *et al.*, 2018).

O Comitê de competência Clínica foi decisivo para o sucesso da implementação. As reuniões do comitê permitiram definição de critérios para reduzir a subjetividade da atribuição de confiança e preocupou-se com a não interferência da percepção individual dos membros do CCC em relação às avaliações. Seu papel está na análise das avaliações obtidas, portanto os membros do CCC não devem definir os níveis pelas suas próprias observações dos residentes. É importante que a composição do CCC seja diversificada com membros de diferentes equipes e sem hierarquização entre eles. Em suma, a certificação ao final do estágio ocorre de maneira justa e confiável. Stahl *et al.* (2020) sugere a criação de um sistema de apresentação dos dados sem identificação para o CCC, ocultando a identidade tanto do residente quanto do avaliador. Por fim, o dado do residente seria revelado somente após a discussão e deliberação do Comitê para que possa ser elaborado o relatório final que será encaminhado ao residente.

Uma dúvida frequente em relação à elaboração de um currículo baseado em APCs é a limitação imposta a todos os cursos devido ao tempo de formação. Isso porque a legislação não permite que o residente se forme antes dos anos pré-definidos, caso alcance um nível máximo de supervisão. A organização de programas flexíveis e individualizados é a chave para a formação baseada em competência (TEN CATE, 2019). Pode-se adaptar o currículo para cada residente e direcionar o último ano de acordo com sua evolução. Ou seja, caso o residente alcance nível máximo esperado em determinado estágio, ele poderá realizar estágios optativos em outras áreas mais avançadas. Da mesma maneira, em caso de o residente não alcançar o nível esperado, seus estágios podem ser direcionados pela área em defasagem permitindo a remediação não prevista inicialmente no currículo para suprir suas lacunas no aprendizado.

Idealmente, deveria ser proposta no currículo a possibilidade de progressão curricular após o residente ter alcançado determinado nível de confiança, também seria interessante haver oportunidade de recuperação caso não seja alcançado o nível necessário. Em um programa educacional, as regras e os regulamentos devem ser transparentes, incluindo prazos temporais para que os residentes possam cumprir os critérios de todas as APCs principais. Outra possibilidade de adaptação seria incluir, no currículo, APCs eletivas para alunos avançados caso alcancem o nível mínimo exigido de forma antecipada em uma APC de determinado estágio (TEN CATE, 2019).

Esse estudo tem limitações. A pesquisa foi realizada em um pequeno grupo de residentes devido ao pouco tempo disponível para coleta de dados, portanto com amostra limitada dos dados das avaliações obtidas. As respostas ao questionário de percepção foram obtidas em um corte transversal de tempo e em grupo específico de avaliadores e residentes, sendo que cinco dos avaliadores tiveram contato prévio com APCs.

Destaca-se como ponto forte do estudo a descrição completa do processo de implementação do novo sistema de avaliação, permitindo identificar as dificuldades iniciais enfrentadas e também os pontos positivos desta mudança.

8 CONCLUSÃO

A implementação de um sistema de avaliação baseado em APC foi viável e bem sucedida. Esta requereu mudanças no processo avaliativo incluindo a revisão da APC, treinamento dos preceptores e utilização de registro eletrônico individualizado das avaliações de cada residente.

Observou-se que a maior parte dos residentes alcançou o nível de autonomia esperado para a APC e houve boa discriminação dos indivíduos que necessitam de maior supervisão na execução da tarefa.

O processo foi percebido de maneira satisfatória pelos participantes, destacando-se a melhora na realização do feedback e a possibilidade de planejamento do desenvolvimento do residente para os próximos estágios.

A importância da utilização da avaliação baseada em APCs consiste na sistematização da avaliação de forma mais clara e observável, fornecendo dados a serem avaliados pelo CCC de forma a tornar o método mais justo e confiável. Há, também, melhora da segurança assistencial quando se atribui confiança àquele residente na realização de determinada tarefa.

As APCs permitem uma flexibilização do currículo em relação às possibilidades de remediação dos estágios ou de direcionamento para outras áreas quando o nível de confiança mínimo for alcançado, permitindo que o residente direcione sua formação.

Deve-se considerar como pilares para a implementação obter dados separados de cada residente que agrega às avaliações e realizar treinamentos frequentes dos avaliadores antes e durante o processo.

Espera-se que outros programas analisem essa experiência como um todo e selecionem aspectos do processo que podem ser adaptados às circunstâncias específicas, disseminando a implementação da avaliação baseada em APCs em que se acredita ser benéfica ao processo de ensino-aprendizagem do residente.

REFERÊNCIAS

ALGUIRE, P.C. *et al.* **Teaching in your office: A guide to instructing Medical Students and Residents.** Second Edition. Philadelphia, Pennsylvania: American College of Physicians Press, 2008.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006**, de 17 de maio de 2006. Diário Oficial da União: Comissão Nacional de Residência Médica, Brasília, DF, nº 95, 19 de maio de 2006. Seção 1, p. 23-36.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº1**, de 29 de dezembro de 2016. Diário Oficial da União: Comissão Nacional de Residência Médica, Brasília, DF, 30 de dezembro de 2016. Nº 251, p. 200-201.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CNRM Nº16**, de 30 de setembro de 2022. Diário Oficial da União: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior, Brasília, DF, 03 de outubro de 2022. Seção 1, p. 55.

CHEN, C.C.; VAN DEN BROEK, S.; TEN CATE, O. **The case for use of Entrustable Professional Activities in Undergraduate Medical Education.** Academic Medicine, Utrecht, Holanda, v.90, n.4, p.431-436, dez./2014.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001.** Diário Oficial da União, Brasília, Brasil, Seção 1, p. 38, 9 de novembro de 2001.

FRANK, J.R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **Physician Competency Framework.** Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS, Ottawa, Canadá, 2015.

GONTIJO, E.D. *et al.* **Matriz de Competências Essenciais para a formação e avaliação de desempenho em estudantes de medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, Brasil, v.37, n.4, p.526-539, dez./2013.

HENNUS, M.P. *et al.* **Development of entrustable professional activities for pediatric intensive care fellows: a national modified delphi study.** Plos One, Estados Unidos, v. 16, n. 3, p. e0248565, mar./2021.

JUNIOR, D.C.; VAZ, E.S. **Currículo Pediátrico Global.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, Brasil, 2015.

LIU, L. *et al.* **An update on current EPAs in graduate medical education: A scoping review.** Medical Education Online, China, v. 26, n. 1, p. 1981198, 2021.

MUELLER, V. *et al.* **Implementation of Entrustable Professional Activities assessments in a Canadian obstetrics and gynecology residency program: a mixed methods study.** Canadian Medical Education Journal, Ontario, Canadá, v. 13, n. 5, p. 77-81, set./2022.

NEUMANN, C.R. *et al.* **Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil, 2019.

NORCINI, J.; BURCH, V. **Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide n° 31.** *Medical Teacher*, Dundee, UK, v.29, p.855-871, dez./2007.

OBESO, V. *et al.* **Core EPAs for Entering Residency Pilot Program.** Toolkits for the 13 Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. Association of American Medical Colleges, Washington, DC, 2017.

O'DOWD, E. *et al.* **The development of a framework of entrustable professional activities for the intern year in Ireland.** *BioMed Central Medical Education*, Galway, Irlanda, v. 20, n. 1, p. 1-10, jul./2020.

POYNTER, S. *et al.* **Core Entrustable Professional Activities for the General Pediatrician.** *American Board of Pediatrics*. v.1. p. 1-60, 2013.

RODGERS, V. *et al.* **Implementation of a Workplace-Based Assessment System to Measure Performance of the Core Entrustable Professional Activities in the Pediatric Clerkship.** *Academic Pediatrics Association*, v. 21, n. 3, p. 564–568, abril/2021.

SCHUMACHER, D.J. *et al.* **Longitudinal Assessment of resident performance using Entrustable Professional Activities.** *Journal of American Medical Association Network Open*, v.03, n.01, p.1-14, jan./2020.

SCHWARTZ, A. *et al.* **Shared mental models among Clinical Competency Committees in the context of time-variable, competency-based advancement to residency.** *Academic Medicine*. Washington, USA, v. 95, n. 11, p. 95-102, nov./2020.

STAHL, C.C. *et al.* **Implementation of Entrustable Professional Activities into a General Surgery Residency.** *Journal of Surgical Education*. Bethesda, MD, v. 77, n. 4, ago./2020.

SWANWICK, T. **Understanding Medical Education: evidence, theory, and practice.** Second Edition. London, UK: Wiley Blackwell, 2014.

TEN CATE, O. **Entrustability of professional activities and competency-based training.** *Medical Education*. Oxford, UK, v. 39, n.12, p. 1176-1177, dez./2005.

TEN CATE, O.; SCHEELE, F. **Competency-based postgraduates training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?** *Academic Medicine*. Utrecht, Holanda, v.82, n.6, p. 542-547, jun./2007.

TEN CATE, O. *et al.* **Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99.** *Medical Teacher*. Dundee, UK, v. 37, n. 11, p. 983-1002, jul./2015.

TEN CATE, O. **Guia Atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs).** *Revista Brasileira de Educação Médica*. Utrecht, Holanda, v. 43, n. 1, p. 712-720, set./2019.

THE ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS. **Basic training curriculum standards:** Entrustable Professional Activities. Sidney, Australia, 1st edition, agosto, 2017.

VIOLATO, C. **Survey on the assessment system used by the University of Minnesota Medical School.** Assistant Dean for Assessment and Evaluation, and Jessica Strayer, Director of Workplace Based Assessment. Disponível em:
https://umn.qualtrics.com/jfe/form/SV_bEiYMaQSA6Ylh66 . Acesso em: junho, 2022.

WAGNER, J. *et al.* **Use of Entrustable Professional Activities in the Assessment of Surgical Resident Competency.** JAMA Surgery. Los Angeles, USA, v.153, n.4, p. 335-343, abril./2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de percepção dos residentes sobre o novo sistema de avaliação baseado em EPA.

1. Sexo:
2. Idade:
3. Ano de formação na graduação:
4. Local de formação da graduação:
5. Você já foi avaliado anteriormente por meio de EPA (Entrustable Professional Activities), traduzidas como APCs (Atividades Profissionais Confiáveis)?
() Sim () Não

A respeito da Avaliação no Estágio de Urgência, responda as questões a seguir.

1. Fui apresentado ao novo sistema de avaliação antes de ser submetido a este.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
2. Considero o sistema de avaliação utilizando EPAs uma boa forma de avaliação global do meu desempenho.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
3. O nível de confiança atribuído a mim pelo Comitê corresponde a percepção que tenho do meu desempenho.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente

4. O modelo avaliativo foi de fácil compreensão.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
5. Os avaliadores observaram diretamente o meu atendimento para me avaliarem.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
6. As EPAs foram úteis para o meu aprendizado.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
7. A avaliação baseada em EPA foi útil para promover feedback.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
8. O relatório elaborado pelo CCC ajudou a identificar lacunas no desenvolvimento das minhas competências.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
9. O relatório elaborado pelo CCC contribuiu para a o planejamento de futuras atividades necessárias para o meu desenvolvimento.
 - a. Concordo Totalmente

- b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
10. Comparando o sistema de avaliação baseado em EPAs e o sistema avaliativo anteriormente utilizado no programa de residência você prefere:
- a. O sistema de avaliação baseado em EPAs;
 - b. O sistema de avaliação anteriormente utilizado no programa;
 - c. Não tenho opinião formada a respeito do melhor sistema avaliativo.
11. O que funcionou bem durante o processo avaliativo?
12. Quais foram as barreiras que você enfrentou?
13. O que pode ser melhorado para as turmas futuras?

APÊNDICE B – Questionário de percepção dos avaliadores sobre o novo sistema de avaliação baseado em EPA.

1. Sexo:
2. Idade:
3. Ano de formação na graduação:
4. Local de formação da graduação:
5. Você já teve experiência prévia com avaliação utilizando EPA (Entrustable Professional Activities), traduzidas como APCs (Atividades Profissionais Confiáveis)? () Sim () Não

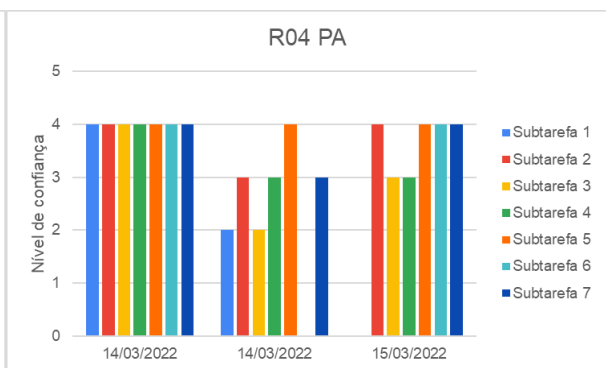
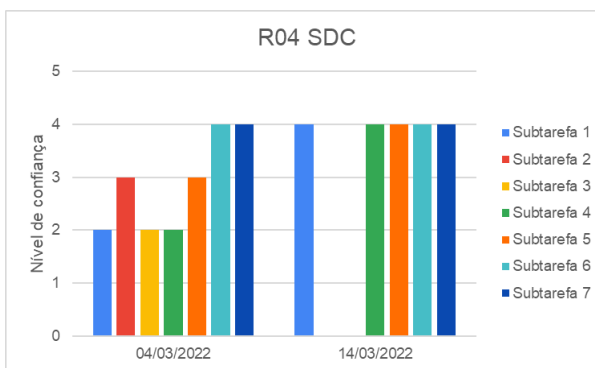
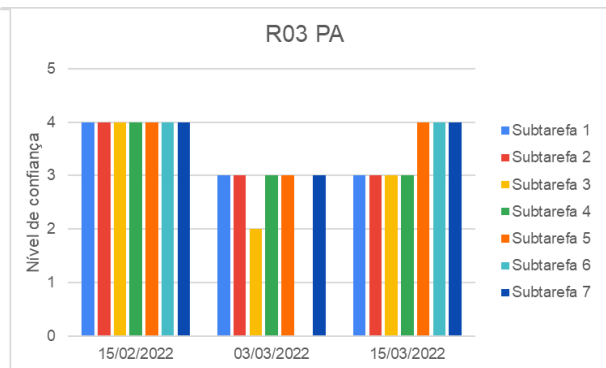
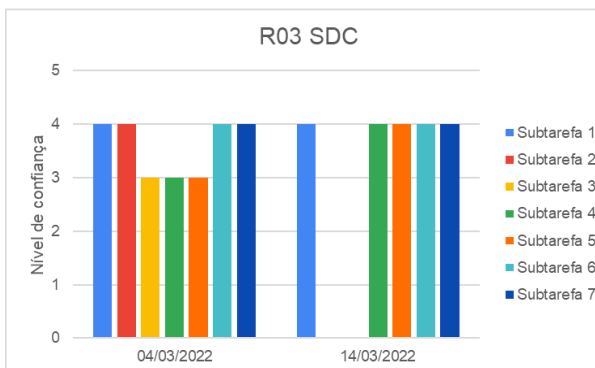
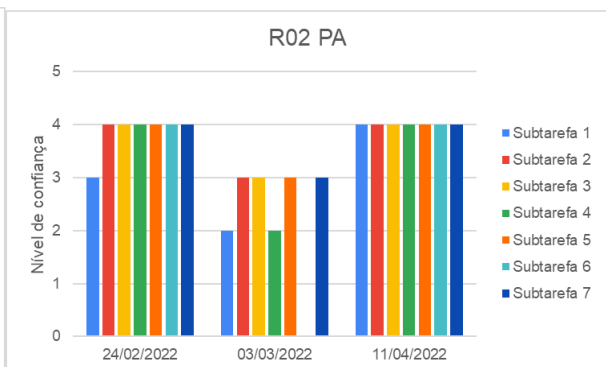
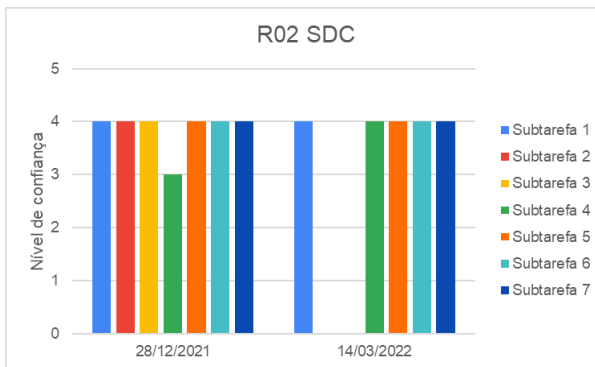
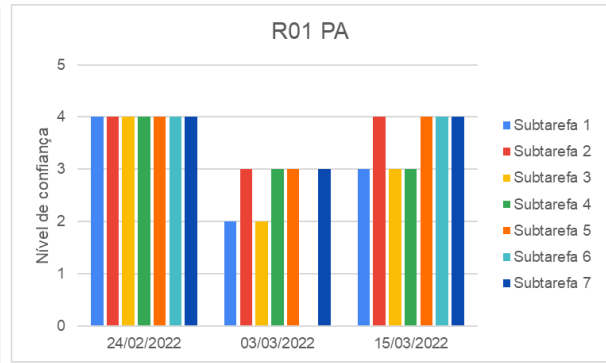
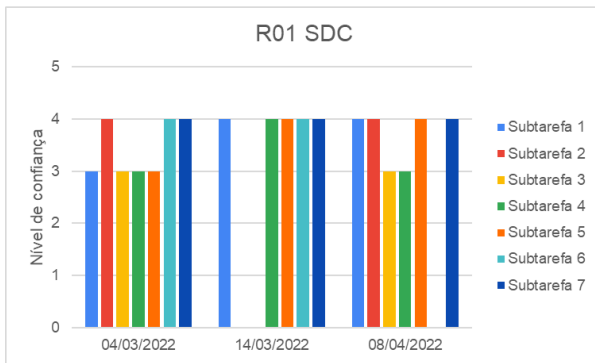
A respeito da Avaliação no Estágio de Urgência, responda as questões a seguir.

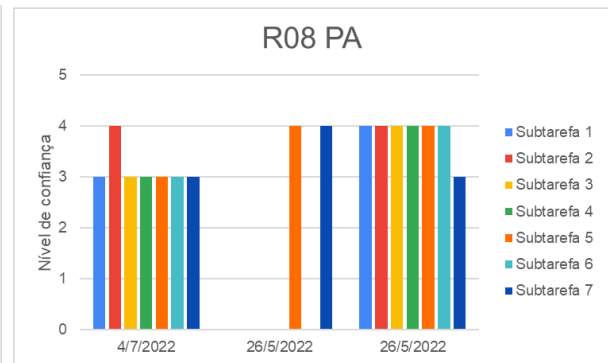
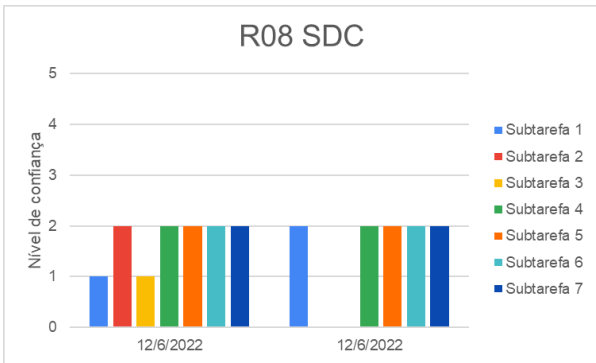
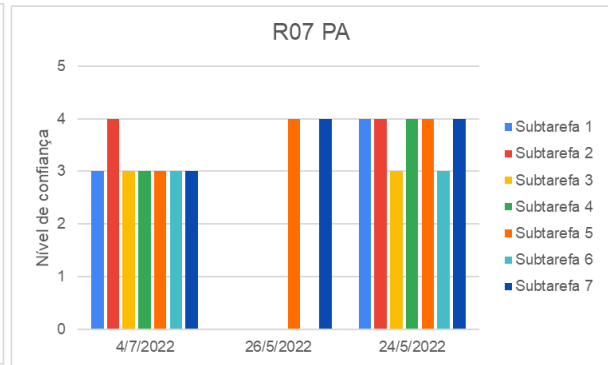
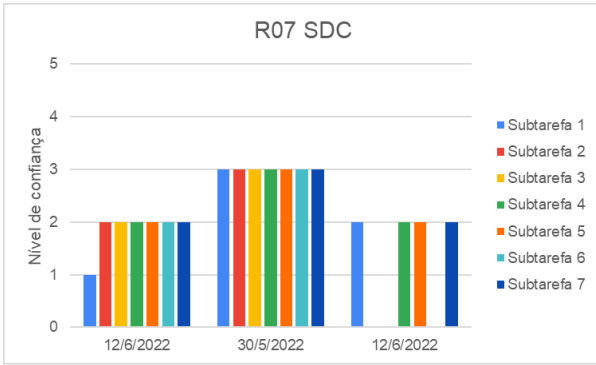
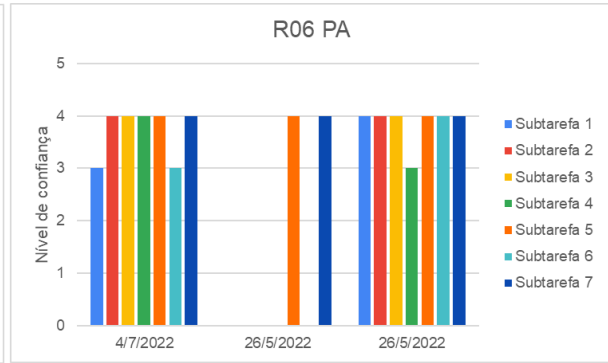
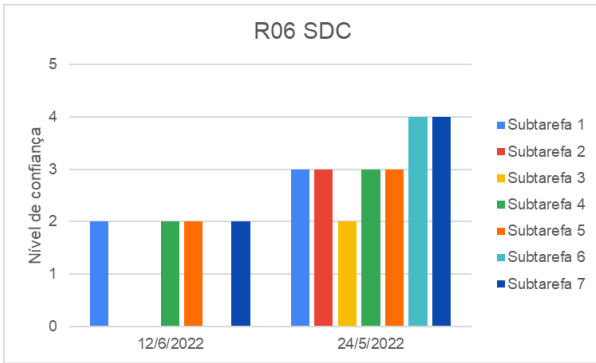
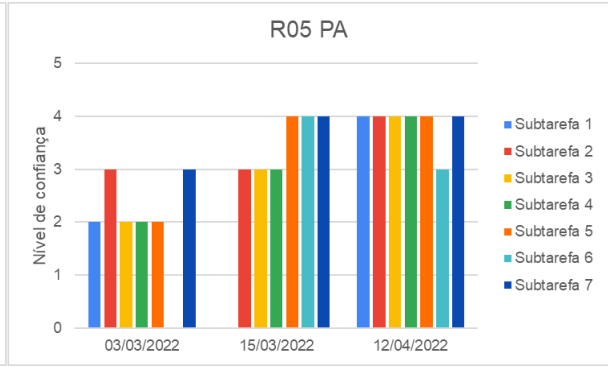
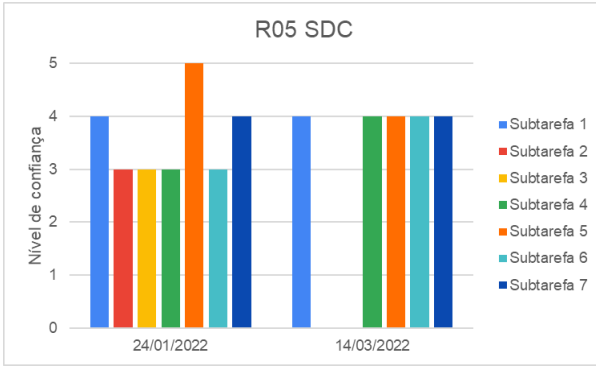
1. Considero o treinamento que recebi adequado para aplicar o novo sistema de avaliação.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
2. Para você, o sistema de avaliação utilizando EPAs é uma boa forma de avaliação global do residente.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
3. Você observou os residentes ao realizarem seus atendimentos antes de realizar a avaliação.
 - a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
4. Você teve alguma dificuldade em realizar a avaliação como proposta no projeto.
 - a. Concordo Totalmente

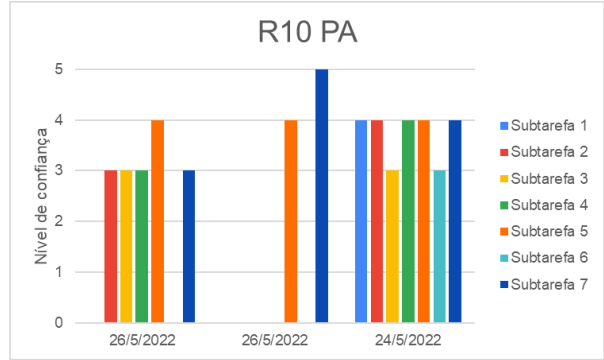
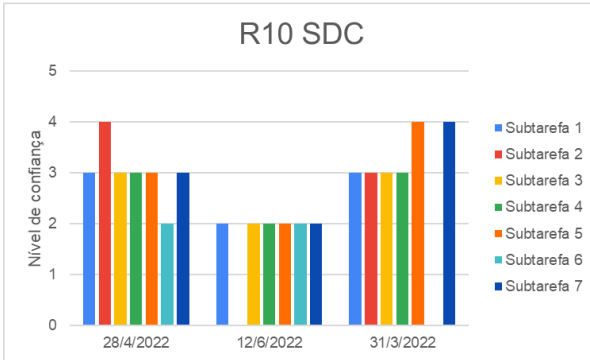
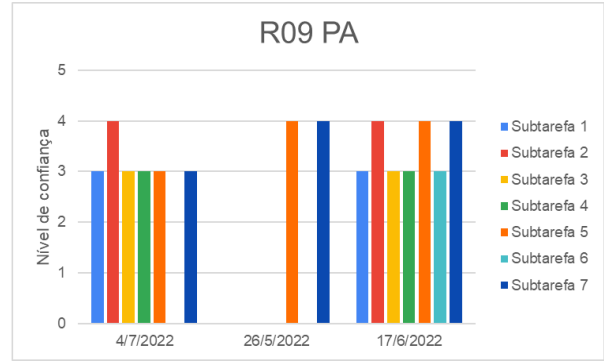
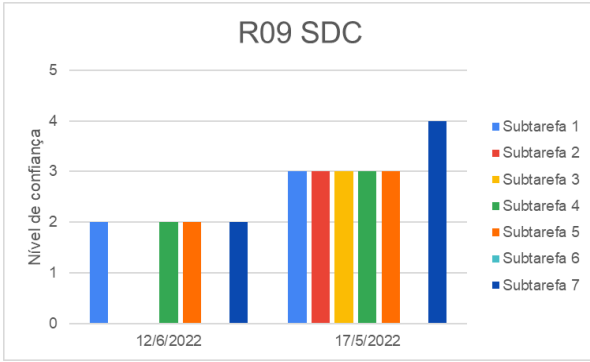
- b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
5. O instrumento de avaliação te ajudou a individualizar a aprendizagem do residente.
- a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
6. Você forneceu feedback ao final do estágio.
- a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
7. O relatório elaborado pelo CCC ajudou a identificar as lacunas do residente no desenvolvimento de suas competências.
- a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
8. O relatório elaborado pelo CCC contribuiu para o planejamento de futuras atividades necessárias para seu desenvolvimento do residente.
- a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo
 - d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
9. Você concordou com o nível de confiança atribuído pelo CCC no relatório final.
- a. Concordo Totalmente
 - b. Concordo Parcialmente
 - c. Não concordo nem discordo

- d. Discordo parcialmente
 - e. Discordo Totalmente
10. Quanto tempo você levou para avaliar o residente utilizando a EPA.
- a. <5 minutos
 - b. 5 a 10 minutos
 - c. 10 a 15 minutos
 - d. >15 minutos
11. Comparando o sistema de avaliação baseado em EPAs e o sistema avaliativo anteriormente utilizado no programa de residência você prefere:
- a. O sistema de avaliação baseado em EPAs;
 - b. O sistema de avaliação anteriormente utilizado no programa;
 - c. Não tenho opinião formada a respeito do melhor sistema avaliativo.
12. O que funcionou bem durante o processo avaliativo?
13. Quais foram as barreiras que você enfrentou?
14. O que pode ser melhorado para as turmas futuras?


APÊNDICE C – AVALIAÇÕES FINAIS POR SETOR E POR RESIDENTE








APÊNDICE D – LAYOUT DA AVALIAÇÃO DO RESIDENTE REALIZADA PELOS AVALIADORES



Avaliação do Residente: xxxx

maira.ferreira@aluno.unifenas.br [Alternar conta](#) 

*Obrigatório

E-mail *

Seu e-mail

Preceptor/Avaliador *

ABSJ
 CASC
 GGA
 LMF
 LAG
 MCB
 TMSC
 FA
 PASR

Avaliação da EPA: Manejando pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente de urgência e emergência

Classifique o residente de acordo com a confiança em relação ao nível de autonomia observado durante o estágio.

1. Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente. *

O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
 O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
 O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
 O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
 O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
 Não foi observado.

2. Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

3. Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

4. Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

5. Compartilhar decisões com o paciente e com a família de forma transparente para tratamento adequado. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

6. Realizar a transição do cuidado. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

7. Documentar e comunicar o plano de manejo. *

- O residente esteve presente observando, mas não realizou a tarefa.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.
- O residente foi capaz de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.
- O residente foi capaz de trabalhar sem supervisão.
- O residente foi capaz de supervisionar aprendizes iniciantes.
- Não foi observado.

Feedback

Este é essencial para melhorar o desempenho dos estudantes e fornecer informações valiosas de como agir e como incrementar sua performance. O feedback deve ocorrer nos momentos oportunos, e, sempre, ao final de cada estágio.

Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio do CONHECIMENTO (saber como):

- Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.
- Listar sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.
- Conhecer os protocolos clínicos de atendimento da rede FHEMIG dos diagnósticos comuns atendidos na urgência do serviço.
- Descrever o atendimento estratificado do paciente crítico conforme critérios da AHA estabelecidos no PALS.
- Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.
- Conhecer técnicas de comunicação.


Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das HABILIDADES (saber fazer):

- Coletar anamnese de forma direcionada a hipótese diagnóstica.
- Prescrever medicamentos de uso habitual na urgência pediátrica.
- Examinar o paciente de acordo com a queixa da consulta.
- Registrar em prontuário de forma clara e objetiva.
- Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.
- Comunicar com a família para tomada de decisões compartilhadas.
- Solicitar exames complementares de maneira racional.
- Priorizar a hipótese diagnóstica a partir de achados da anamnese, exame clínico e exames complementares.
- Explicar o plano terapêutico necessário de ser instituído para o paciente atendido.
- Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.
- Realizar o suporte avançado de vida em pediatria de acordo com o PALS.



Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das ATITUDES (saber ser):

- Demonstrar confiança no atendimento ao paciente.
- Transmitir segurança ao paciente e à família.
- Atuar como líder durante o atendimento de urgência.
- Demonstrar capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar.
- Apresenta empatia ao lidar com o paciente e acompanhante.

APÊNDICE E – LAYOUT DA AVALIAÇÃO DO RESIDENTE REALIZADA PELO CCC



Avaliação do Residente

 maira.ferreira@aluno.unifenas.br (não compartilhado) 
[Alternar conta](#)

*Obrigatório

Nome do Residente avaliado *

Sua resposta

Membros do Comitê de Competência Clínica presentes *

G
 T
 B
 M

Avaliação da EPA: Manejando pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente de urgência e emergência

Classifique o residente de acordo com os níveis de autonomia apresentados abaixo em relação ao atendimento observado.

*

O residente demonstra capacidade de observar, mas não de realizar a tarefa.

O residente demonstra capacidade de executar a tarefa sob supervisão direta e proativa presente na sala.

O residente demonstra capacidade de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.

O residente demonstra capacidade de trabalhar sem supervisão.

O residente demonstra capacidade de supervisionar aprendizes iniciantes.

Evidências insuficientes para uma decisão de atribuição de confiança.

Feedback

Este é essencial para melhorar o desempenho dos estudantes e fornecer informações valiosas de como agir e como incrementar sua performance. O feedback deve ocorrer nos momentos oportunos, e, sempre, ao final de cada estágio.

Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio do CONHECIMENTO (saber como):

- Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.
- Listar sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.
- Conhecer os protocolos clínicos de atendimento da rede FHEMIG dos diagnósticos comuns atendidos na urgência do serviço.
- Descrever o atendimento estratificado do paciente crítico conforme critérios da AHA estabelecidos no PALS.
- Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.
- Conhecer técnicas de comunicação.

Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das HABILIDADES (saber fazer):

- Prescrever medicamentos de uso habitual na urgência pediátrica.
- Examinar o paciente de acordo com a queixa da consulta.
- Registrar em prontuário de forma clara e objetiva.
- Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.
- Comunicar com a família para tomada de decisões compartilhadas.
- Solicitar exames complementares de maneira racional.
- Priorizar a hipótese diagnóstica a partir de achados da anamnese, exame clínico e exames complementares.
- Explicar o plano terapêutico necessário de ser instituído para o paciente atendido.
- Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.
- Realizar o suporte avançado de vida em pediatria de acordo com o PALS.

Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das ATITUDES (saber ser):

- Demonstrar confiança no atendimento ao paciente.
- Transmitir segurança ao paciente e à família.
- Atuar como líder durante o atendimento de urgência.
- Demonstrar capacidade de trabalho em equipe multidisciplinar.

Recomendações de como procurar suprir possíveis deficiências ao longo do próximos estágios. (Opcional)

Sua resposta _____

APÊNDICE F – LAYOUT DO RELATÓRIO FINAL ELABORADO PELO CCC

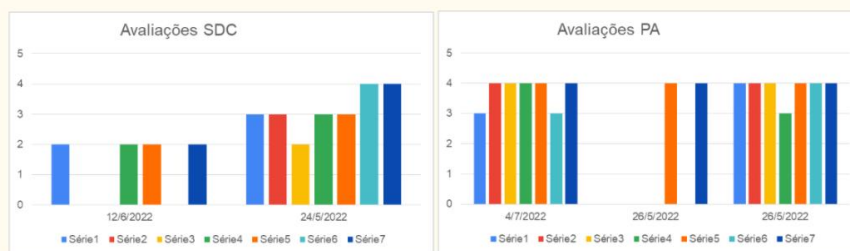
PROJETO EPA HIJPII

Avaliação no Estágio de Urgência pelo
Comitê de Competência Clínica

EPA: Manejar pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente ambulatorial, de emergência ou de internação

- 1 Estratificar a gravidade da doença e avaliar se são necessárias ações imediatas para estabilizar o paciente.
- 2 Obter informação essencial da história clínica, realizar exame físico direcionado e avaliar exames laboratoriais iniciais.
- 3 Propor e investigar diagnósticos diferenciais inerentes ao caso.
- 4 Indicar o tratamento para a condição clínica do paciente.
- 5 Compartilhar decisões com a família de forma transparente para tratamento adequado.
- 6 Realizar a transição do cuidado.
- 7 Documentar e comunicar o plano de manejo.

Desempenho alcançado em cada elemento da EPA de acordo com os dias avaliados em cada modalidade:



Legenda: SDC: Sala de decisão clínica; PA: Pronto atendimento;

Nível alcançado nesta EPA: 2

O residente demonstra capacidade de executar a tarefa sem um supervisor na sala, mas rapidamente acessível se necessário.

Feedback Individual:

Sugestão de aprimoramento para o residente:

- **Domínio do conhecimento:**
Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.
- **Domínio das habilidades:**
Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato
- **Domínio do atitude:**
Atuar como líder durante o atendimento de urgência.

*Recomendações de como procurar suprir possíveis deficiências ao longo do próximos estágios:
No contexto do paciente mais complexo, como na Sala de Decisão Clínica, melhorar a capacidade de elaborar diagnósticos diferenciais.*

NOME DO RESIDENTE:.....

APÊNDICE G – RESULTADO DAS COMPETÊNCIAS DESTACADAS PELO CCC NO RELATÓRIO FINAL DE CADA RESIDENTE

Residente avaliado	Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das HABILIDADES (saber fazer):	Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das ATITUDES (saber ser):	Recomendações de como procurar suprir possíveis deficiências ao longo do próximos estágios. (Opcional)
R01	Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Solicitar exames complementares de maneira racional.	Renovar o PALS e aprofundar o estudo das ferramentas de PSBE para aprofundar nos planos de manejo dos pacientes.
R02	Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.	Renovar o PALS e aprofundar o estudo das ferramentas de PSBE para aprofundar nos planos de manejo dos pacientes. - Renovar o PALS; - Treinar sob supervisão do preceptor comunicação com pais e pacientes e certificar o entendimento;
R03	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica. Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.	- Aprofundar o estudo das ferramentas de PSBE para aprimorar os planos de manejo dos pacientes, através da interpretação dos sumários de evidência e aplicação a beira leito. Transmitir segurança ao paciente e à família.
R04	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica. Conhecer os protocolos clínicos de atendimento da rede FHEMIG dos diagnósticos comuns atendidos na urgência do serviço. Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato., Solicitar exames complementares de maneira racional., Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.	- Renovar o PALS; - Treinar sob supervisão do preceptor comunicação com pais e pacientes e certificar o entendimento; - Revisar o protocolo Spikes e treinar comunicação de notícias difíceis; - Aprofundar o estudo das ferramentas de PSBE para aprimorar os planos de manejo dos pacientes, através da interpretação dos sumários de evidência e aplicação a beira leito. - Manter bom relacionamento e comunicação efetiva com equipe multidisciplinar.
R05	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica., Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Explicar o plano terapêutico necessário de ser instituído para o paciente atendido., Identificar a melhor evidência científica disponível para o seu paciente.	- Atentar-se para atitudes que permitam fazer o trabalho como excelência: pontualidade, diminuir distrações, reduzir atividades paralelas durante o tempo de trabalho, para cumprir sua função com o melhor de sua capacidade. - Renovar o PALS; - Aprofundar o estudo das ferramentas de PSBE para aprimorar os planos de manejo dos pacientes, através da interpretação dos sumários de evidência e aplicação a beira leito.

Residente avaliado		Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio do CONHECIMENTO (saber como):		Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das HABILIDADES (saber fazer):		Assinale abaixo as competências que o residente deve aprimorar no domínio das ATITUDES (saber ser):		Recomendações de como procurar suprir possíveis deficiências ao longo do próximos estágios. (Opcional)	
R06	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.	Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.	Atuar como líder durante o atendimento de urgência.	- No contexto do paciente mais complexo, como na Sala de Decisão Clínica, melhorar a capacidade de elaborar diagnósticos diferenciais.					
R07	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica, Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.		- Estruturar scripts de doenças principais. - Usar SNAPS na representação dos casos para discussão. - Proposta de uso do ISBAR para transferência de cuidados. - Estruturar a anamnese com foco na representação de maior densidade. - Estimular a autonomia nos uso dos sumários.					
R08	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica, Construir o plano terapêutico a ser instituído para o paciente de acordo com as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências.	Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.		- uso de scripts para otimizar os diagnósticos diferenciais - revisão da anamnese para otimizar escrita com maior densidade teórica (exercício para raciocínio clínico) - apresentação dos casos clínicos usando SNAPPS - uso do ISBAR para transferência de cuidados quando indicado - focar na busca de evidências					
R09	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.	Identificar pacientes com sinais críticos que necessitem de atendimento imediato.		- A busca de sumários e a transformação desse hábito como rotina diária pode estimular muito a elaboração e melhoria de scripts, o aumento de diagnósticos e tornar mais transparente o entendimento do impacto das intervenções e tratamentos.					
R10	Conhecer os scripts das doenças comuns na urgência pediátrica.	Priorizar a hipótese diagnóstica a partir de achados da anamnese, exame clínico e exames complementares.		- Aprimorar raciocínio clínico e planos de manejo. Aprofundar o estudo de raciocínio clínico (scripts e vieses cognitivos) e estudar os protocolos das doenças mais comuns. Melhorar a comunicação, principalmente na transição de cuidado.					

APÊNDICE H - TCLE

1- DADOS DA PESQUISA

**TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO BASEADA EM ATIVIDADES
PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA**

PESQUISADOR: Máira Lucília Monteiro Ferreira

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Alexandre Sampaio Moura e Talitah Michel Sanchez Candiani

ENDEREÇO: Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS-BH, R. São Miguel, 97 - Itapoã, Belo Horizonte - MG, 31710-350

TELEFONE DE CONTATO: (31) 3497-4602

E-MAIL: maira.ferreira@unifenas.br

PATROCINADORES: não se aplica

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa científica. Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Estas descobertas embora frequentemente não tragam benefícios diretos ao participante da pesquisa, podem no futuro ser úteis para muitas pessoas.

Para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) precisa entender o suficiente sobre os riscos e benefícios, para que possa fazer um julgamento consciente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Explicaremos as razões da pesquisa. A seguir, forneceremos um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), documento que contém informações sobre a pesquisa, para que leia e discuta com familiares e outras pessoas de sua confiança. Uma vez compreendido o objetivo da pesquisa e havendo seu interesse em participar, será solicitada a sua rubrica em todas as páginas do TCLE e sua assinatura na última página. Uma via assinada deste termo deverá ser retida pelo senhor(a) ou por seu representante legal e uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável.

2. Informações da pesquisa

2.1. Justificativa: O presente trabalho propõe-se a incrementar o sistema de avaliação baseado em APCs em Pediatria, propondo um método de avaliação. Poderá servir como

base para a expansão do uso das APCs e dos diferentes métodos avaliativos em outros estágios da residência de pediatria do HIJPII, bem como exemplo para outras residências.

- 2.2. **Objetivos:** Implementar um sistema de Avaliação baseado em APCs no estágio de Urgência da Residência de Pediatria do HIJPII. Avaliar a percepção dos residentes e preceptores sobre a implantação ao final do processo.
- 2.3. **Metodologia:** Esse projeto consiste na elaboração de um Manual de avaliação de residentes baseado na APC utilizada no estágio, ou seja, serão descritas as possibilidades avaliativas que a Comissão de avaliação poderá utilizar no estágio da urgência com objetivo de certificar que foi alcançado o nível de confiança/ supervisão esperado em cada nível de treinamento. Na presente etapa, estamos realizando um questionário para obter uma análise descritiva da percepção de vocês a respeito dos novos métodos de avaliação implementados durante o projeto. Se aceitar participar deste estudo, o senhor deverá responder ao questionário que contém 9 questões objetivas e uma discursiva, com um gasto de cerca de 10 minutos para preenchimento.
- 2.4. **Riscos e Desconfortos:** Os possíveis desconfortos no preenchimento do questionário são cansaço, constrangimento e possibilidade de reconhecer a identidade do participante. Para se evitar tais desconfortos, o questionário será de preenchimento eletrônico, podendo ser realizado em local de conforto para o participante e serão utilizadas poucas perguntas para não tornar o tempo de preenchimento longo. Somente o pesquisador principal terá acesso às informações do questionário para evitar conhecimento da identidade do participante.
- 2.5. **Benefícios:** Este estudo científico pode melhorar a forma de avaliação dos residentes, tornando o processo menos subjetivo, mais prático e com melhor garantia de aprendizado, constituindo um benefício para o residente, para os preceptores que melhorarão sua formação na área e para a formação dos futuros pediatras. Além disso, o trabalho contribuirá para o avanço do conhecimento das EPAs e sua aplicação na residência médica.
- 2.6. **Forma de acompanhamento:** Não haverá necessidade de acompanhamento.
- 2.7. **Privacidade e Confidencialidade:** Os seus dados serão analisados em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante sob qualquer circunstância. Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio pelos quais os resultados

de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por cinco anos.

2.8. Acesso aos resultados: Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

3. Liberdade de recusar-se e retirar-se do estudo

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso o(a) senhor(a) se recuse a participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. O(A) senhor(a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, seu médico continuará a tratá-lo(a) sem qualquer prejuízo ao tratamento ou represália.

4. Garantia de Ressarcimento

O(A) senhor(a) não poderá ter compensações financeiras para participar da pesquisa, exceto como forma de ressarcimento de custos. Tampouco, o(a) senhor(a) não terá qualquer custo, pois o custo desta pesquisa será de responsabilidade do orçamento da pesquisa. O (A) senhor(a) tem direito a ressarcimento em caso de despesas decorrentes da sua participação na pesquisa.

5. Garantia de indenização:

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

6. Acesso ao pesquisador:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Pesquisador: Máira Lucília Monteiro Ferreira

Telefone: (31)98582-5551

Endereço: Rua Manoel Sabino Nogueira, n/271, apto 302, Bairro Palmares, Belo Horizonte - MG

E-mail: maira.ferreira@unifenas.br

7. Acesso a instituição:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através dos contatos abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Telefone: (35) 3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

Segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – CEP FHEMIG

Rodovia Papa João Paulo II, 4001 13º andar do
Edifício Gerais - Cidade Administrativa B. Serra
Verde – Belo Horizonte – CEP 31630-901

Tel.: (31) 3915-9343

E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

8. Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

NOME: _____

RG: _____ SEXO: M F ND

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

RG: _____ SEXO: M F ND

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

9. Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Alfenas, _____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário

--	--

Representante Legal		
Pesquisador Responsável	Voluntário	Representante Legal

TESTEMUNHA (para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

NOME: _____

ASSINATURA: _____

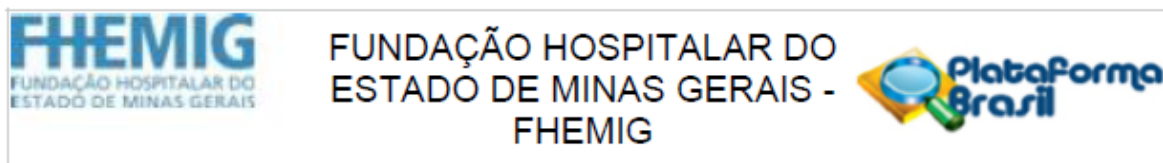
RG: _____

ANEXOS

ANEXO A – Modelo proposto por Ten Cate *et al.*, 2015.

<p>1. Título da EPA <i>Reflete o trabalho ou atividade a ser realizado nos serviços de saúde (não deve ser descrito como habilidade ou capacidade)</i></p>													
<p>2. Especificações e Limitações <i>a. Descrição do que está incluído na atividade, como se fossem subtarefas contidas na EPA. Tente fazer uma lista numerada dos componentes em ordem cronológica.</i></p> <p><i>b. Há alguma limitação em relação à complexidade ou configuração aplicável quando o aluno for formalmente confiado (certificado) a esta EPA?</i></p>	<p>a. Esta atividade contém os seguintes elementos ou subtarefas</p> <table border="1" data-bbox="683 600 1426 943"> <tr><td>1.</td></tr> <tr><td>2.</td></tr> <tr><td>3.</td></tr> <tr><td>4.</td></tr> </table> <p>b. A certificação de confiança para esta EPA só é aplicável se:</p>	1.	2.	3.	4.								
1.													
2.													
3.													
4.													
<p>3. Riscos potenciais em casos de falhas <i>Possíveis complicações e eventos adversos se feitos de forma inadequada (danos aos pacientes, custos indevidos ou recursos desperdiçados, danos psicológicos à equipe, hospital ou aluno)</i></p>	<p>Estes riscos (probabilidade de um incidente acontecer*) podem ser estratificados da seguinte forma:</p> <table border="1" data-bbox="683 1279 1410 1424"> <thead> <tr> <th>Tipo de Risco</th> <th>Parte interessada envolvida</th> <th>Qual o risco?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Assistenciais</td> <td>Paciente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ocupacionais</td> <td>Profissionais (todos)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>não classificável nos anteriores</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*WHO, 2009. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1.</p>	Tipo de Risco	Parte interessada envolvida	Qual o risco?	Assistenciais	Paciente		Ocupacionais	Profissionais (todos)		Outros	não classificável nos anteriores	
Tipo de Risco	Parte interessada envolvida	Qual o risco?											
Assistenciais	Paciente												
Ocupacionais	Profissionais (todos)												
Outros	não classificável nos anteriores												
<p>4. Domínios mais relevantes de competências envolvidos na EPA <i>Mapear as competências graduando de + a +++ a relevância de cada domínio na execução da desta EPA</i></p>	<table border="1" data-bbox="683 1494 1426 1711"> <tr> <td>Excelência Técnica ()</td> <td>Comunicação ()</td> <td>Liderança Colaborativa ()</td> </tr> <tr> <td>Autogestão da aprendizagem ()</td> <td>Profissionalismo ()</td> <td>Responsabilidade social ()</td> </tr> </table>	Excelência Técnica ()	Comunicação ()	Liderança Colaborativa ()	Autogestão da aprendizagem ()	Profissionalismo ()	Responsabilidade social ()						
Excelência Técnica ()	Comunicação ()	Liderança Colaborativa ()											
Autogestão da aprendizagem ()	Profissionalismo ()	Responsabilidade social ()											
<p>5. Conhecimento, habilidades, atitudes e experiência requeridos <i>a. Com base nos domínios de competências mapeados no item 4, descrever, no formato de objetivos de aprendizagem, os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para esta EPA. Isso guiará a avaliação pelo preceptor e orientará o aprendiz sobre o que se espera dele nesta EPA.</i></p>	<p>a. Objetivos de aprendizagem</p> <p>Conhecimento [saber ou saber como] (Exemplos de verbos para iniciar objetivos de aprendizagem relacionados a conhecimentos: descrever, discutir, analisar, avaliar, identificar, explicar)</p> <p>Habilidade (fazer) (Exemplos de verbos para iniciar objetivos de aprendizagem relacionados a habilidades: realizar, decidir, examinar, prescrever,</p>												

<p><i>b. Há algum número de procedimentos ou outras experiências que devem ser concluídas antes que a EPA possa ser realizada?</i></p>	<p>registrar, solicitar, interpretar, suturar, biopsiar, puncionar, comunicar)</p> <p>Atitude ou Comportamento (ser) (Exemplos de verbos para iniciar objetivos de aprendizagem relacionados a atitudes: atuar, demonstrar, transmitir, manifestar)</p> <p>b. Número de procedimentos ou experiências requeridas:</p>												
<p>6. Avaliações que serão fonte de informações para avaliação do progresso</p> <p><i>a. Que avaliações devem ser usadas para determinar o progresso e fundamentar a decisão de certificação da EPA, além dos feedbacks durante a supervisão da EPA (compõe 90% das avaliações). Exemplos de outras avaliações que geram informações: discussões de casos, apresentações de casos, provas escritas, provas práticas em ambientes simulados, etc.</i></p> <p><i>b. Quantas vezes a EPA deve ser observada para a decisão de certificação do Comitê de Competência Clínica?</i></p>	<p>a. Tipos de Avaliações</p> <p>b. Número mínimo de vezes que a EPA deve ser realizada para a certificação</p>												
<p>7. Nível de Confiança/Supervisão esperado em qual estágio do treinamento</p> <p><i>Quando é esperado que os aprendizes atinjam o nível de confiança ou de supervisão desta EPA? Níveis 1 a 5.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="683 1301 1270 1361">Nível de Confiança</th> <th data-bbox="1270 1301 1426 1361">Estágio esperado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="683 1361 1270 1422">Nível 1: o aprendiz pode estar presente e observar, não pode realizar a EPA</td> <td data-bbox="1270 1361 1426 1422"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1422 1270 1496">Nível 2: o aprendiz pode executar a EPA com supervisão direta e proativa, presente na sala</td> <td data-bbox="1270 1422 1426 1496"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1496 1270 1626">Nível 3: o aprendiz pode realizar a EPA sem um supervisor na sala, mas rapidamente disponível, se necessário, ou seja, com supervisão indireta e reativa</td> <td data-bbox="1270 1496 1426 1626"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1626 1270 1671">Nível 4: o aprendiz pode trabalhar sem supervisão</td> <td data-bbox="1270 1626 1426 1671"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1671 1270 1738">Nível 5: o aprendiz pode supervisionar mais alunos iniciantes</td> <td data-bbox="1270 1671 1426 1738"></td> </tr> </tbody> </table>	Nível de Confiança	Estágio esperado	Nível 1: o aprendiz pode estar presente e observar, não pode realizar a EPA		Nível 2: o aprendiz pode executar a EPA com supervisão direta e proativa, presente na sala		Nível 3: o aprendiz pode realizar a EPA sem um supervisor na sala, mas rapidamente disponível, se necessário, ou seja, com supervisão indireta e reativa		Nível 4: o aprendiz pode trabalhar sem supervisão		Nível 5: o aprendiz pode supervisionar mais alunos iniciantes	
Nível de Confiança	Estágio esperado												
Nível 1: o aprendiz pode estar presente e observar, não pode realizar a EPA													
Nível 2: o aprendiz pode executar a EPA com supervisão direta e proativa, presente na sala													
Nível 3: o aprendiz pode realizar a EPA sem um supervisor na sala, mas rapidamente disponível, se necessário, ou seja, com supervisão indireta e reativa													
Nível 4: o aprendiz pode trabalhar sem supervisão													
Nível 5: o aprendiz pode supervisionar mais alunos iniciantes													
<p>8. Data de expiração da EPA</p> <p><i>Opcional, mas recomendado. Quando a certificação da EPA poderia expirar, quais condições poderiam predispor e o que poderia ser recomendado para prevenir a expiração desta EPA?</i></p>													

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO BASEADA EM ATIVIDADES PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA**Pesquisador:** Alexandre Sampaio Moura**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 54275921.9.3001.5119**Instituição Proponente:** FUNDACAO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 5.447.261**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919968.pdf:

A avaliação baseada em APC (Atividades Profissionais Confiáveis), consiste na atribuição de confiança ao aprendiz para a execução de atividades chaves para a prática profissional. Este tipo de avaliação envolve o acompanhamento do aprendiz pelo preceptor por um período contínuo, com análise seriada de desempenho, baseado principalmente em observação direta, estímulo à autorreflexão, e feedback oportuno. Este conjunto de observações e análises subsidia a decisão final de um comitê de competência clínica que, ao final do estágio, atribui o nível de confiança. A avaliação baseada em APC pode aumentar a transparência em relação à análise da aplicação de conhecimento, habilidades, bem como da atitude do aprendiz, em cenário real. O estágio de urgência no Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), apesar de utilizar uma estrutura curricular baseada em APC, ainda possui um método de avaliação pouco estruturado, no qual as observações do residente acontecem de maneira pouco sistematizada e não existe um comitê de competência clínica. O presente trabalho tem como objetivo e a aprimorar o sistema de avaliação s no programa de residência médica em Pediatria do HIJPII, propondo um método de avaliação da APC do estágio de urgência, que servirá futuramente para avaliação de APCs em outros estágios da residência. O trabalho prevê o desenvolvimento, implantação e análise da percepção de residentes e preceptores acerca deste modelo de certificação dos residentes em relação à confiança na execução de APC. Ao

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 5.447.261

final deste processo, será elaborado um manual descritivo com os processos que podem ser usados na avaliação do residente em relação às APC e pode ajudar coordenadores de programas de bem como exemplo para residências médicas de outras instituições a implementar este modelo avaliativo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919968.pdf:

Implementar um sistema aprimorado de avaliação baseado em APC no estágio de Urgência da Residência de Pediatria do HIJPII.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919968.pdf:

Riscos: Os possíveis desconfortos na fase de avaliação de percepções de residentes e preceptores acerca das mudanças no processo avaliativo estão relacionados a constrangimento ou cansaço durante o preenchimento dos formulários de avaliação. Para se evitar tais desconfortos, o questionário será de preenchimento eletrônico, podendo ser realizado em local de conforto para o participante e serão utilizadas poucas perguntas para não tornar o tempo de preenchimento longo. A análise dos dados será feita sem a identificação do participante, resguardando o anonimato.

Benefícios: A análise dos dados de percepção das mudanças no processo avaliativo deste estudo científico trará benefício direto aos participantes, permitindo aprimoramentos adicionais futuros. A publicação dos dados do estudo permitirá também que coordenadores de programa de residência de outras instituições também aprendam com a experiência e possam avançar na implantação de processos avaliativos baseados em APC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 5.447.281

- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: adequado para o perfil da amostra.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Orçamento: adequado e de responsabilidade dos autores.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/2012), o CEP-FHEMIG recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa;
3. Apresentar na forma de NOTIFICAÇÃO relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (RELATÓRIO FINAL).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1919968.pdf	09/05/2022 08:46:10		Aceito
Outros	CARTA_CEP_FHEMIG.docx	09/05/2022 08:45:45	Alexandre Sampaio Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv2.pdf	09/05/2022 08:45:29	Alexandre Sampaio Moura	Aceito

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 5.447.261

Outros	PtecnicoCip462022.docx	18/04/2022 11:05:13	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Outros	CARTA_CEP.pdf	10/03/2022 21:14:53	Maíra Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EPA_HIJPII_CEP.pdf	08/03/2022 11:34:26	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_enfermeiros.pdf	01/03/2022 21:51:25	Maíra Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/03/2022 21:48:41	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_preceptores.pdf	06/12/2021 15:50:33	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_residentes.pdf	06/12/2021 15:50:07	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Declaracao_de_conhecimento.pdf	06/12/2021 12:25:35	Maíra Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 03 de Junho de 2022

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
 (Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - 13º andar do Edifício Gerais - Cidade Administrativa
Bairro: Serra Verde **CEP:** 31.630-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3915-9343 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO BASEADA EM ATIVIDADES PROFISSIONAIS CONFIÁVEIS EM UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA

Pesquisador: Alexandre Sampaio Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54275921.9.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.313.239

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de avaliação da percepção do uso de um sistema de certificação de competência clínica baseado na atribuição de confiança em relação em atividades profissionais confiáveis (APC).

Resumo:

A avaliação baseada em APC (Atividades Profissionais Confiáveis), consiste na atribuição de confiança ao aprendiz para a execução de atividades-chaves para a prática profissional. Este tipo de avaliação envolve o acompanhamento do aprendiz pelo preceptor por um período contínuo, com análise seriada de desempenho, baseado principalmente em observação direta, estímulo à autorreflexão, e feedback oportuno. Este conjunto de observações e análises subsidia a decisão final de um comitê de competência clínica que, ao final do estágio, atribui o nível de confiança. A avaliação baseada em APC pode aumentar a transparência em relação à análise da aplicação de conhecimento, habilidades, bem como da atitude do aprendiz, em cenário real. O estágio de urgência no Hospital Infantil João Paulo II (HJPII), apesar de utilizar uma estrutura curricular baseada em APC, ainda possui um método de avaliação pouco estruturado, no qual as observações do residente acontecem de maneira pouco sistematizada e não existe um comitê de competência

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR

Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

clínica. O presente trabalho tem como objetivo e a aprimorar o sistema de avaliação s no programa de residência médica em Pediatria do HIJPII, propondo um método de avaliação da APC do estágio de urgência, que servirá futuramente para avaliação de APCs em outros estágios da residência. O trabalho prevê o desenvolvimento, implantação e análise da percepção de residentes e preceptores acerca deste modelo de certificação dos residentes em relação à confiança na execução de APC. Ao final deste processo, será elaborado um manual descritivo com os processos que podem ser usados na avaliação do residente em relação às APC e pode ajudar coordenadores de programas de bem como exemplo para residências médicas de outras instituições a implementar este modelo avaliativo.

Introdução:

As Atividades Profissionais Confiáveis (APC) foram desenvolvidas com o objetivo de direcionar a implementação de currículos baseados em competências. Esse conceito, traduzido do inglês Entrustable Professional Activities (EPA), foi criado por Ten Cate et al. (2005), descreve o trabalho realizado em cenário real, de forma a permitir que seja feita uma avaliação do indivíduo que certifique sua capacidade de execução de determinada atividade profissional. Ou seja, uma APC é uma unidade de prática profissional que pode ser confiada ao aprendiz, e que requer a aplicação de diversas competências simultaneamente. A APC descreve o trabalho a ser realizado pelo aprendiz e, com isso, permite que seja atribuído um nível de autonomia a ser confiada a ele para que realize a tarefa. Isso facilita a operacionalização dos processos de atribuição de confiança que eram utilizados pelos professores no dia a dia de supervisão dos seus alunos (NEUMANN et al., 2019). Esse processo de atribuição de confiança envolve o acompanhamento do aprendiz por um período contínuo, com estímulo à autorreflexão, e a avaliação com feedback para que o aluno possa ser confiável em sua capacidade profissional na execução daquela determinada tarefa. No campo da pediatria, o The American Board of Pediatrics (ABP), estabeleceu, em 2013, as APCs que devem ser avaliadas para que um residente seja considerado apto a exercer essa especialidade, são 17 atividades descritas para diferentes campos de estágio a serem cumpridos durante a residência profissional. Dentre essas, a APC 4 (Manejar pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente ambulatorial, de emergência ou de internação) destaca-se como essencial para o estágio realizado na Urgência Pediátrica, e tem sido usada na avaliação dos residentes de Pediatria do Hospital Infantil João Paulo II há cerca de um ano. O estágio de urgência no HIJPII, apesar de usar um modelo de currículo e avaliação baseado em APCs, ainda define o tempo como forma de progressão no estágio. Este é atualmente composto por 3 estágios em cada

Endereço: Rodovia MG 179 km 0,BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

ano de residência, sendo três meses de duração no ano 1, e um mês nos anos subsequentes. Idealmente, deveria estar exposto no currículo a possibilidade de evolução por alcance de determinado nível de confiança, também uma oportunidade de recuperação caso não seja alcançado o nível necessário. As avaliações que ocorrem no contexto clínico com observação direta do residente por um tutor, foram desenvolvidas para avaliar o estudante em cenário real. A observação direta pode ser feita de maneira livre, ou seguindo uma estrutura, como por exemplo, o Mini-CEX. Além disso, ela pode ser feita apenas pelo observador da mesma categoria profissional do aprendiz, ou por avaliadores com olhares diferentes, como é o caso da Avaliação 360°. Como citado anteriormente, ao final da observação, o tutor deve realizar um feedback ao aprendiz, com objetivo de aprimorar o atendimento deste (SWANWICK, 2014). O residente também deverá completar o questionário com sua autoavaliação e, posteriormente, junto a seu supervisor devem revisar os resultados e, durante o feedback definir quais aspectos devem ser melhorados e o plano de ação (SWANWICK, 2014; NORCINI & BURCH, 2007). Na avaliação utilizada atualmente no HIJPII, o residente lista a atividade realizada e informa qual nível de supervisão foi necessário para realização desta atividade. Ao final do estágio, o preceptor responsável faz uma revisão desse material com o residente e discute o aproveitamento deste, aproveitando o momento para um feedback adequado. Essa avaliação realizada por somente um preceptor pode ser subjetiva e não refletir a realidade de acompanhamento do aprendiz. São usados diferentes tipos de registros para estas avaliações, e gradualmente, tem-se substituído o registro impresso por métodos informatizados, como por exemplo o Google Forms, o qual é uma ferramenta gratuita de criação de formulários on-line. Após as avaliações formativas de cada preceptor, os dados destas devem ser analisados por um Comitê, denominado na literatura de Comitê de Competência Clínica (CCC - Clinical Competency Committee). Ao transferir a responsabilidade de uma determinada atividade clínica para o estudante, toma-se uma decisão denominada "atribuição de confiança", sendo esta comum no dia a dia do aprendizado prático em cenário real, principalmente durante a residência médica. Essa transferência de responsabilidade ocorre de forma gradativa, permitindo cada vez maior autonomia do residente. A decisão de atribuição somativa deve ser baseada em confiança e, para se evitar subjetividade da avaliação, esta deve ser realizada através de um acordo entre múltiplos observadores e observações diretas, longitudinais, discussões baseadas em casos e os produtos das avaliações. As chamadas decisões de atribuição somativa tem objetivo de certificação, que permitem ao aprendiz exercer uma APC com nível de confiança determinado entre os docentes sobre a capacidade de conduzir essa responsabilidade. Isto é, o estudante é avaliado sobre sua habilidade e recebe direitos e deveres durante o cuidado clínico dos pacientes,

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

como exemplificado abaixo: Enquanto, em programas regulares, esse direito é concedido no final do treinamento, por diploma ou licença, no currículo baseado em APC, ele é dado para APC separadas, em vários momentos ao longo do programa, isto é, tão logo se justifique, fundamentado na confiança, que o acadêmico atingiu os objetivos do programa para aquela APC. Dessa forma, um currículo baseado em APC pode ser verdadeiramente considerado um currículo baseado em competência e não somente baseado no tempo. (TEN CATE, 2019) . As APC podem aumentar a transparência em relação às habilidades e atividades requeridas durante o estágio, tornando-se um método avaliativo robusto a ser realizado em campo e permitindo aos estudantes contribuir verdadeiramente com os cuidados ao paciente de forma segura (CHEN et al., 2014). A maior dificuldade na implementação das APC está no seu sistema de avaliação. Isso porque há uma demanda de treinamento sobre o tema para os preceptores e pela diversidade de instrumentos que são descritos na literatura. O presente trabalho propõe-se a aprimorar o sistema de avaliação baseado em APC em Pediatria, tendo como base a iniciativa já existente no Estágio da Urgência. Nesse contexto, pretende-se aperfeiçoar a APC já utilizada, padronizando-a, bem como propor um método de avaliação, e a criação de um comitê avaliador, que reduziria a subjetividade da certificação. Esse trabalho poderá servir como base para a expansão do uso das APC e dos diferentes métodos avaliativos em outros estágios da residência de pediatria do HJJP, bem como exemplo para outras residências. Após os seis meses estabelecidos da implantação do novo sistema de avaliação, será aplicado um questionário para avaliar a percepção dos residentes e preceptores sobre as mudanças realizadas no sistema de avaliação. O projeto terá como produto, além da dissertação e um artigo científico, a publicação de um Manual descrevendo o processo de implantação de um sistema de Avaliação baseado em APC em uma Residência Médica.

Hipótese:

É possível aprimorar um sistema de avaliação baseado em APC para avaliação de residentes de pediatria no estágio de urgência que permita a um comitê de competência clínica tomar decisões corretas de atribuição de níveis de confiança.

Metodologia Proposta:

Primeiramente, será identificada a APC que engloba todas as competências exigidas no estágio da Urgência Pediátrica do Hospital Infantil João Paulo II para os residentes de Pediatria do primeiro ano de residência. Esta APC será descrita de acordo com o modelo proposto por Ten Cate et al.

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

(2015). Serão então seguidos os passos descritos abaixo: 1) Desenho do novo sistema de avaliação: será revista a atual descrição da APC relacionada ao estágio de urgência. Esta revisão contará com a participação de preceptores e da coordenação do estágio. Em seguida, serão identificadas as diferentes estratégias de Avaliação no cenário de prática, bem como o método de registro destas avaliações que irão subsidiar o processo de atribuição de confiança pelo Comitê de Competência Clínica. Pretende-se entrar em consenso com os coordenadores do estágio de urgência e emergência do HIJPII. Sobre a melhor estratégia para utilização no cenário de urgência, que engloba um método rápido de observação direta para avaliação transversal e um instrumento de registro que permita uma avaliação longitudinal, fundamental para posterior análise pelo Comitê avaliador. 2) Desenvolvimento docente da preceptoria: os preceptores serão convidados a assistir uma vídeo-aula assíncrona a respeito do currículo baseado em APC e seus métodos de avaliação. E, após 15 dias serão convidados a uma reunião síncrona on-line, via Google Meet, durante a qual discutiremos dúvidas a respeito da aula anterior e faremos uma atividade de fixação do tema com construção de uma tabela com o comportamento esperado pelos residentes em cada atividade da APC. Aplicação do método avaliativo ocorrerá durante 6 meses com os residentes no estágio de Urgência. Este treinamento será realizado somente para os preceptores responsáveis por este estágio. 3) Implantação do novo sistema de avaliação: após a realização do treinamento com os professores, eles utilizarão o método de avaliação proposto no estágio da urgência durante seis meses com os residentes. Posteriormente essas avaliações serão analisadas pelo CCC. 4) Criação do Comitê de Competência Clínica (CCC): a Coordenação da Residência Médica de Pediatria irá designar o Comitê responsável pela avaliação final do residente no campo de estágio da Urgência. Esse Comitê receberá suporte e treinamento em relação ao método avaliativo proposto. Ao término do estágio, que ocorre após 3 meses, o Comitê criará um relatório para cada residente com o resultado da avaliação. 5) Avaliação da percepção dos residentes e preceptores: após os seis meses estabelecidos, será aplicado um questionário a respeito da percepção dos residentes e preceptores sobre as mudanças realizadas no sistema de avaliação. 6) Elaboração do Manual: propõe-se com esse projeto a criação de um Manual como produto que descreva como pode ser feita a Implantação de um sistema de Avaliação baseado em APC em uma Residência Médica.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no projeto médicos residentes, preceptores e profissionais de enfermagem. Os critérios para inclusão de médicos residentes são:

- (a) estar matriculado no 1º ano da residência médica no HIJPII;

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 5.313.239

(b) estar cursando o estágio de urgência. Em relação aos preceptores, serão utilizados os seguintes critérios:

- (1) ser funcionário efetivo ou contratado do HIJPII e lotado no setor de urgência;
- (2) fazer parte do corpo de preceptoria da residência de pediatria do HIJPII.

Serão incluídos também dois enfermeiros que sejam

- (1) funcionários efetivo ou contratados do HIJPII,
- (2) estejam lotados no setor de urgência no turno diurno e que
- (3) atuem diretamente com residentes no estágio. Além de preencher os critérios acima descritos, serão incluídos apenas participantes que concordarem em participar, assinando o TCLE.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos residentes que estejam realizando o estágio de maneira irregular, como reposição de licença médica ou licença maternidade, e residentes que tenham sido transferidos de outra instituição e já tenham cursado esse estágio previamente à transferência.

Metodologia de Análise de Dados:

Ao final do projeto será realizada uma análise descritiva da percepção dos residentes a respeito dos novos métodos de avaliação. Também será feita uma análise descritiva do número de avaliações de cada residente e do nível de confiança das APCs alcançadas.

Desfecho Primário:

Percepção de residentes e preceptores acerca da implantação do projeto aprimorado de avaliação baseada em atividades profissionais confiáveis.

Desfecho Secundário:

Descrição do processo de implantação de melhorias no processo avaliativo baseado em APC. Elaboração do manual de orientação para o processo avaliativo baseado em APC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Implementar um sistema aprimorado de avaliação baseado em APC no estágio de Urgência da Residência de Pediatria do HIJPII.

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

Objetivo Secundário:

Descrever as mudanças realizadas no sistema de avaliação baseado em APC, visando o seu aprimoramento.

Descrever a diversidade de casos atendidos por cada residente durante o estágio de urgência.

Estimar o nível de autonomia adquirido pelos residentes ao final do estágio de urgência com a estratégia de avaliação proposta.

Avaliar a percepção dos residentes, e preceptores e membros do comitê de competência clínica sobre a implantação ao final do processo.

Elaborar um manual de avaliação de APCs em um Programa de Residência Médica de Pediatria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis desconfortos na fase de avaliação de percepções de residentes e preceptores acerca das mudanças no processo avaliativo estão relacionados a constrangimento ou cansaço durante o preenchimento dos formulários de avaliação. Para se evitar tais desconfortos, o questionário será de preenchimento eletrônico, podendo ser realizado em local de conforto para o participante e serão utilizadas poucas perguntas para não tornar o tempo de preenchimento longo. A análise dos dados será feita sem a identificação do participante, resguardando o anonimato.

Benefícios:

A análise dos dados de percepção das mudanças no processo avaliativo deste estudo científico trará benefício direto aos participantes, permitindo aprimoramentos adicionais futuros. A publicação dos dados do estudo permitirá também que coordenadores de programa de residência de outras instituições também aprendam com a experiência e possam avançar na implantação de processos avaliativos baseados em APC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não foram observados nenhum óbice ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foram observados nenhum óbice ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusões:

Endereço: Rodovia MG 179 km 0, BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

Continuação do Parecer: 5.313.239

Pendência 1- Corrigir o título da pesquisa para atender aos objetivos propostos. Conforme resolução 466/2012 - II.17 os documentos devem ser anexados para o entendimento dos participantes da pesquisa e membros do CEP- protocolo de pesquisa - conjunto de documentos contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis.

Pendência 1- ATENDIDA.

Pendência 2- Corrigir o desenho do estudo. Segundo a resolução 466/12 da CONEP, III. 2. utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa;

Pendência 2- ATENDIDA.

Pendência 3- O orçamento deve detalhar todos os gastos (incluindo ressarcimentos ao paciente). Segundo a NORMA OPERACIONAL CNS N° 001 de 2013: 3.3.e) Todos os protocolos de pesquisa devem conter: (...)Orçamento financeiro: detalhar os recursos, fontes e destinação; forma e valor da remuneração do pesquisador; apresentar em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor do câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa; apresentar previsão de ressarcimento de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação e compensação material nos casos ressalvados no item II.10 da Resolução do CNS 466 de 2012;

Pendência 3- ATENDIDA.

Pendência 4- Anexar o instrumento de avaliação dos enfermeiros.

Pendência 4- ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1866338.pdf	10/03/2022 21:15:52		Aceito

Endereço: Rodovia MG 179 km 0,BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
 Bairro: Campus Universitário CEP: 37.130-000
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3299-3137 Fax: (35)3299-3137 E-mail: comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 5.313.239

Outros	CARTA_CEP.pdf	10/03/2022 21:14:53	Maíra Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EPA_HIJPII_CEP.pdf	08/03/2022 11:34:26	Maíra Ferreira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/03/2022 11:29:36	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_enfermeiros.pdf	01/03/2022 21:51:25	Maíra Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/03/2022 21:48:41	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_preceptores.pdf	06/12/2021 15:50:33	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Questionario_residentes.pdf	06/12/2021 15:50:07	Maíra Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/12/2021 15:49:00	Maíra Ferreira	Aceito
Outros	Declaracao_de_conhecimento.pdf	06/12/2021 12:25:35	Maíra Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/12/2021 12:05:41	Maíra Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 25 de Março de 2022

Assinado por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia MG 179 km 0,BLOCO VI SALA 602 1º ANDAR
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br

ANEXO C - EPA descrita antes do projeto pela equipe de urgência do HIJPII


PED EPA 4: Manejar pacientes com diagnósticos agudos comuns em um ambiente ambulatorial, de emergência ou de internação.	
Descrição:	A capacidade de manejar pacientes pediátricos que apresentam doenças agudas comuns é uma atividade fundamental de um pediatra. O escopo da prática inclui crianças previamente bem e crianças com doença subjacente crônica que apresentam uma doença aguda.
As funções requeridas desta atividade incluem as seguintes competências:	<p><input type="checkbox"/> Avaliar a gravidade da doença e avaliar se as ações imediatas ou de emergência, a estabilização ou a transferência para uma instalação de acuidade superior são necessárias para o tratamento de problemas urgentes ou potencialmente fatais.</p> <p><input type="checkbox"/> Recolhe informação essencial ao longo da história, exame físico e avaliação laboratorial inicial</p> <p><input type="checkbox"/> Engaja-se em raciocínio clínico sólido que conduz ao desenvolvimento de um diagnóstico diferencial apropriado para permitir que os testes diagnósticos indicados sejam realizados</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecer ou adquirir conhecimento das evidências relacionadas ao problema primário e aplicar as evidências aos cuidados do paciente no desenvolvimento de uma investigação diagnóstica e planos de gerenciamento e acompanhamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Coloca o paciente no centro de todas as decisões de gestão para fornecer cuidados centrados no paciente e na família, envolvendo-se em comunicação bidirecional com pacientes e familiares.</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicar e documentar o plano terapêutico e o raciocínio clínico de forma transparente para todos os membros da equipe de saúde</p> <p>Exemplos de problemas <u>geralmente</u> dentro do escopo da prática pediátrica (com base na prevalência e na morbidade potencial) onde o papel do generalista é reconhecer, avaliar e tratar (esta lista não é completa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adenopatia <input type="checkbox"/> Cetoacidose diabética (descomplicada e responsiva à terapia) <input type="checkbox"/> Claudicação <input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> Convulsões febris <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Doenças febris <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dor musculoesquelética <input type="checkbox"/> Efeitos adversos de medicação (por exemplo, infecção por Clostridium difficile, erupção cutânea) <input type="checkbox"/> erupção cutânea <input type="checkbox"/> Exacerbação da asma / sibilância <input type="checkbox"/> Faringite <input type="checkbox"/> Febre em um recém-nascido <input type="checkbox"/> Infecções da pele e dos tecidos moles (por exemplo, furúnculos, celulite, impetigo, sarna) <input type="checkbox"/> Infecções do trato urinário <input type="checkbox"/> Infecções gastrointestinais <input type="checkbox"/> Infecções respiratórias superiores e inferiores (por exemplo, bronquiolite, pneumonia) <input type="checkbox"/> Infecções sexualmente transmissíveis <input type="checkbox"/> Otite média aguda <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais agudos (por exemplo, choro excessivo, distúrbios do sono) <input type="checkbox"/> Refluxo Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Síndromes virais <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Transtornos alérgicos (rinite alérgica, dermatite atópica, dermatite de contato, erupção medicamentosa, urticária) <input type="checkbox"/> Trauma leve a moderado (por exemplo, concussão, distensão, entorse, mordida, picada) <p>Exemplos de problemas que <u>geralmente</u> requerem consulta em que o papel do generalista deve ser reconhecido, fornecer avaliação preliminar e encaminhar. Essa lista depende muito do contexto em que se pratica. Os generalistas que praticam em áreas onde o acesso a subspecialistas é difícil provavelmente fornecerão mais cuidados e poderão fazê-lo com um aconselhamento por telefone de um subspecialista confiável, conforme necessário (essa lista não é completa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abdome agudo (por exemplo, apendicite) <input type="checkbox"/> Abuso infantil (físico / sexual) <input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> aspiração de corpo estranho <input type="checkbox"/> Cetoacidose diabética grave <input type="checkbox"/> condições oncológicas <input type="checkbox"/> Condições reumatológicas (por exemplo, artrite idiopática juvenil) <input type="checkbox"/> Estado de mal epiléptico / convulsões recorrentes / convulsões afebris <input type="checkbox"/> Estenose pilórica <input type="checkbox"/> Exacerbação da asma grave <input type="checkbox"/> Fraturas deslocadas <input type="checkbox"/> Hêmia <input type="checkbox"/> Ideação suicida <input type="checkbox"/> Infecções graves ou potencialmente fatais (por exemplo, malária, meningococemia, infecção por HSV neonatal, pneumonia com empiema, osteomielite, artrite séptica, síndrome do choque tóxico) <input type="checkbox"/> Ingestões <input type="checkbox"/> Insuficiência / insuficiência renal (por exemplo, síndrome hemolítica urêmica, nefrite intersticial) <input type="checkbox"/> Lacerações complicadas (por exemplo, laceração labial, laceração associada à lesão de tendão) <input type="checkbox"/> Meningite (bacteriana) <input type="checkbox"/> Trauma importante
Domínios de competência mapeados para este EPA	Cuidados com o paciente (PC), Conhecimento Médico (MK), habilidades interpessoais e de comunicação (ICS)
	PC 1: Recolher informação PC 5: Realizar exames físicos completos PC 6: Usando do melhor julgamento clínico PC 7: Desenvolvendo planos de gerenciamento MK 2: praticando PSBE ICS 1: Comunicação com pacientes / familiares ICS 6: Manter registros médicos
Bibliografia	Poynter S, et al. Core Entrustable Professional Activities for the General Pediatrician. American Board of Pediatrics. v. 1, p. 1–60, 2013. Disponível em: < https://www.abp.org/sites/abp/files/pdf/combined_gp_epas.pdf >. Acesso em: 05/8/2019.

ANEXO D – Avaliação padronizada pelo PRM do HIJPII baseada em Competências

Avaliação do Residente pelo Preceptor em Cenário de Prática

Hospital Infantil João Paulo II- FHEMIG

Favor anotar no campo abaixo o e-mail do medico residente avaliado

marylumf@gmail.com [Alternar conta](#) 

***Obrigatório**

E-mail *

Seu e-mail _____

Nome do médico residente *

Sua resposta _____

Ano de residência *

R1

R2

R3

R4

R5

Nome do Programa de Residência Médica *

Pediatria

Emergência pediátrica

Endocrinologia pediátrica

Gastroenterologia pediátrica

Infectologia pediátrica

Medicina intensiva pediátrica

Medicina paliativa pediátrica

Neurologia pediátrica

Pneumologia pediátrica

4- Desenvolve raciocínio clínico acurado: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

5- Comunica-se adequadamente com o paciente e sua família: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

6- Comunica-se e colabora adequadamente com a equipe de trabalho: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

7- Realiza com competência a comunicação escrita (receituário, prontuário, prescrição e atestado): *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

8- Demonstra iniciativa e capacidade de tomar decisões: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

9- Toma decisões com base em eficácia e custo-efetividade: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

10- Demonstra interesse em aprender: *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Raramente Sempre ou quase sempre

Comentários

Sua resposta _____