

Atividades profissionais confiáveis para a residência em Medicina de Família e Comunidade no contexto brasileiro

Entrustable professional activities for family and community medicine residency in the Brazilian context

Leonardo de Andrade Rodrigues Brito^{1,2} | lebrito@unicamp.br
Ugo Caramori¹ | caramori@unicamp.br
Natalia Bortoletto D'Abreu¹ | ndabreu@unicamp.br
Cassio Cardoso Filho¹ | ccf@unicamp.br
Larissa Olm Cunha² | larissa.cunha@einstein.br
Joana Frões Bragança¹ | joanafbb@unicamp.br

RESUMO

Introdução: As atividades profissionais confiáveis (APC) descrevem unidades de prática profissional essenciais de uma especialidade e, portanto, fundamentais a serem ofertadas como treinamento por programas de residência. As APC para residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) já foram descritas em outros países. No Brasil, ainda não há descrição das APC para a especialidade.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos elaborar APC para MFC no contexto brasileiro e validá-las através por meio da técnica Delphi.

Método: Especialistas em MFC e docentes com *expertise* em educação médica analisaram as matrizes de competências nacionais para residência de MFC e as APC descritas anteriormente em outros países para a especialidade. Esse grupo central formulou APC considerando as necessidades de saúde da população, a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as especificidades da formação em MFC no país. Especialistas em MFC com experiência em atuação na residência médica foram convidados para compor um painel Delphi para avaliação das APC propostas. Considerou-se para consenso um índice de validação de conteúdo de 80%.

Resultados: O grupo central elaborou 14 APC. O painel Delphi foi composto por um grupo de 24 preceptores e supervisores de programa, com tempo médio de experiência como educadores na residência de MFC de 11 anos. Foram necessárias duas rodadas para estabelecimento de consenso, e todas as 14 APC foram aprovadas.

Discussão: O Brasil possui especificidades relacionadas à sua população e à organização do sistema de saúde que o diferencia de países onde as APC para MFC foram descritas. Há uma singularidade na formação em MFC no país, com a necessidade de desenvolvimento de APC locais. Isso foi evidenciado pela necessidade de formular APCs considerando a atuação em redes de atenção à saúde, a abordagem de vulnerabilidades e a atenção à saúde considerando o território de atuação.

Conclusão: Este trabalho descreve uma proposta de elaboração e validação de APCs para a residência de em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. A especificação dessas atividades tem potencial para apoiar a orientação de programas de residência na especialidade e redução das diferenças em formação em MFC no país.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Educação Médica; Residência Médica.

ABSTRACT

Introduction: *Entrustable professional activities (EPAs) describe units of professional practice of a specialty and, therefore, fundamental to be offered as training by residency programs. EPAs for residency in Family and Community Medicine (FCM) have already been described in other countries. In Brazil there is still no description of these EPAs for the specialty.*

Objectives: *Develop EPAs for FCM in the Brazilian context and validate them using the Delphi technique.*

Method: *FCM experts and teachers with expertise in medical education analyzed the national competency matrices for FCM residency and the EPAs previously described in other countries for the specialty. This core group formulated EPAs considering the population's health needs, the legislation of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the specificities of FCM training in the country. FCM specialists with experience working in medical residency were invited to form a Delphi panel to evaluate the proposed EPAs. A Content Validation Index of 80% was considered for consensus.*

Results: *14 EPAs were defined by the core group. The Delphi panel consisted of a group of 24 preceptors and program supervisors, with an average length of experience as educators in FCM residency of eleven years. It took two rounds to establish the consensus and all 14 EPAs were approved.*

Discussion: *Brazil has specificities related to its population and the health system organization that differentiate it from countries where EPAs for FCM have been described. There is a uniqueness in FCM training in the country, with the need to develop local EPAs. This was demonstrated by the need to formulate EPAs considering operations in health care networks, addressing vulnerabilities and health care considering the operation territory.*

Conclusion: *This study describes a proposal for the development and validation of EPAs for the Family and Community Medicine residency in Brazil. The specification of these activities has the potential to support the orientation of residency programs in the specialty and reduce differences in FCM training in the country.*

Keywords: *Family and Community Medicine, Medical education, Medical residency.*

¹ Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

² Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz. | Editora associada: Izabel Coelho.

Recebido em 24/07/24; Aceito em 17/11/24. | Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

O ensino médico baseado em competências trouxe mudanças importantes para a formação de residentes, como a possibilidade de uma formação direcionada para as necessidades de aprendizagem destes, e tem como foco os desfechos da prática profissional do aluno em formação. Além disso, trouxe também melhorias na qualidade do cuidado entregue aos pacientes e permitiu a descrição de currículos baseados nas necessidades do sistema de saúde^{1,2}. As competências descrevem os atributos individuais do estudante para a realização de uma determinada tarefa em um contexto específico, os quais podem variar, por exemplo, de acordo com o grau de formação do estudante e com o cenário de atuação. As competências, desse modo, descrevem qualidades importantes a serem desenvolvidas pelo residente em formação, mas não delimitam as atividades práticas que devem ser realizadas por determinada especialidade³.

Uma complexidade, observada na literatura, acerca das competências é o fato de serem, em geral, apresentadas de forma textualmente extensa^{4,5}. Como exemplo disso, tem-se a matriz de competências para residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) descrita pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 2019, que traz um total de 334 itens a serem avaliados durante os dois anos de formação na residência⁶. Esses itens são segregados por ano de formação, e alguns se repetem em temática, somente aumentando o nível de complexidade, o que pode tornar seu uso difícil na prática. Além disso, considera-se que as competências, por detalharem os atributos ou as qualidades esperadas do médico em formação, muitas vezes podem ser descritas de maneira abstrata e resultar em uma dificuldade para os educadores no momento de avaliar a atuação dos residentes⁵.

Com objetivo de servir como ponte entre as competências e a prática profissional dos residentes foram descritas as atividades profissionais confiáveis (APC)⁷. Enquanto as competências descrevem atributos individuais do residente em formação, as APC descrevem tarefas práticas e essenciais da especialidade, que possibilitam uma inferência se o estudante possui as competências de atuação no escopo da especialidade^{5,8}.

As APC são definidas como conjunto de unidades de práticas fundamentais que definem uma especialidade. Elas podem ser confiadas a um residente assim que tenha demonstrado proficiência para executá-las sem supervisão. São atividades, por definição, observáveis e passíveis de serem realizadas de forma independente. Por conta, disso facilitam a mensuração da evolução do residente na sua prática. Com a avaliação mais acurada da progressão do residente, há como consequência um aumento da qualidade da assistência

prestada e um aumento da segurança do paciente, dos educadores e dos residentes^{9,10}.

APC e competências são conceitos complementares e não excludentes. As APC permitem uma avaliação, com foco na prática, da aquisição de competências pelo residente. A execução de uma APC exige o recrutamento de uma ou mais competências do indivíduo que a executa. Como exemplo, a APC hipotética "Realizar anamnese e exame físico" recrutaria as competências de *expertise* médica, cuidado destinado ao paciente, comunicação e profissionalismo¹¹. Desse modo, a avaliação dessa atividade prática e observável permitiria inferir a aquisição de competências do indivíduo^{5,8}.

Em síntese, a descrição original da literatura cita como competências os atributos ou as qualidades do indivíduo para o exercício profissional, enquanto as APC descrevem o trabalho a ser feito na prática. Apesar da diferença entre os conceitos de competências e APC, eles podem se confundir, pois o uso comum da linguagem ao longo do tempo atribuiu muitas vezes como competências conceitos que são na verdade APC⁸. Como exemplo, a matriz de competências para MFC da CNRM⁶ do ano de 2019 traz alguns itens listados como competências que poderiam ser classificados como "objetivos educacionais" ou mesmo APC.

Considerando a importância desses dois conceitos, é indicado que, nas descrições curriculares, seja realizada uma matriz que integre APC e competências^{5,8}. A Figura 1 ilustra em forma de matriz um modelo de integração entre competências e APC proposto por Ten Cate et al.⁵ em 2010.

Já existem descrições internacionais de APC para residência em MFC¹²⁻¹⁵. No contexto nacional, algumas especialidades como a Ginecologia e Obstetrícia fizeram o esforço de descrever as APC para o contexto do nosso país¹⁶. Ainda não há uma descrição das APC para os programas de residência de MFC no contexto brasileiro. Essa descrição se faz importante como um esforço para definir atividades fundamentais da especialidade e para apoiar a definição da especialidade em si e diferenciá-la da prática do médico generalista.

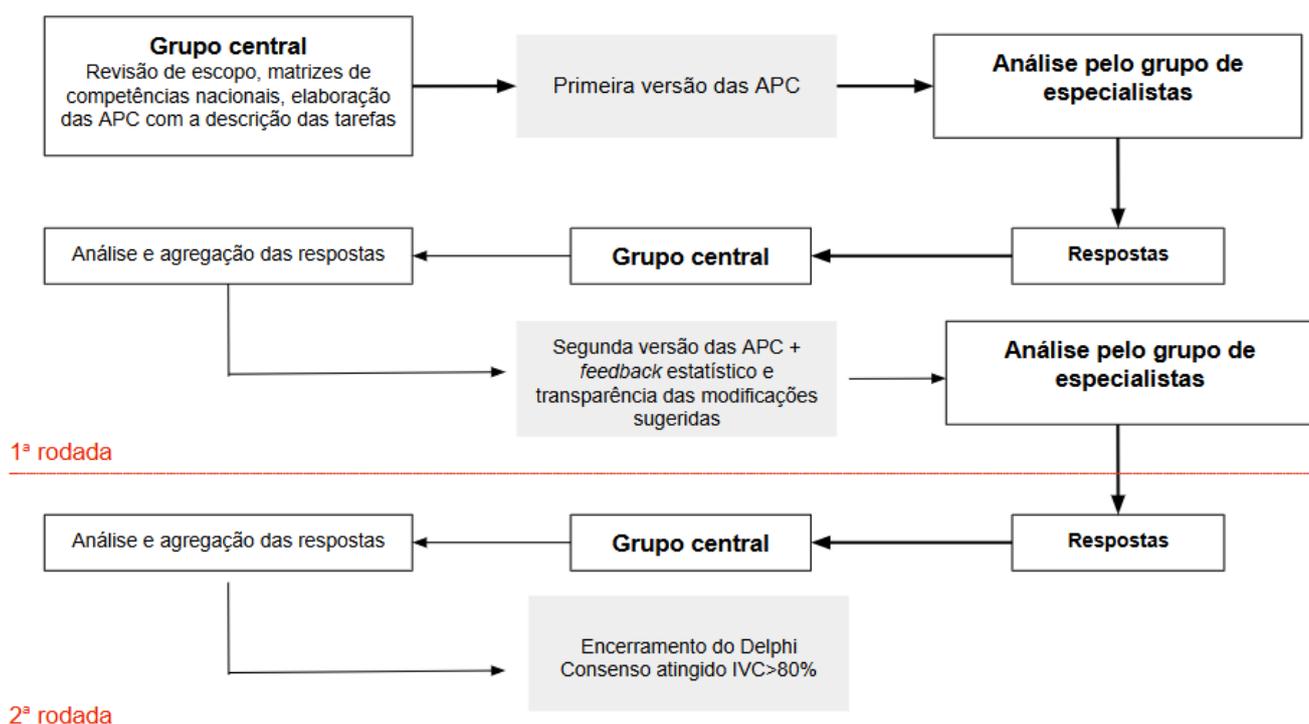
É recomendado que cada país desenvolva as próprias APC para a residência, já que os contextos e as necessidades locais em saúde variam¹⁷. O modelo proposto para esse estabelecimento envolve a elaboração de uma descrição inicial das APC por médicos da especialidade que tenham *expertise* em educação médica e uma posterior validação, por meio de metodologias de consenso, por um grupo maior de médicos da especialidade¹⁰.

Este trabalho tem como objetivos descrever os processos realizados para a proposição inicial de APC para a residência em MFC no contexto brasileiro e validar as APC utilizando a metodologia Delphi para estabelecimento de consenso.

Figura 1. Matriz de integração entre APC e competências.

Atividades profissionais confiáveis	Competências				
	<i>Expertise médica</i>	Cuidado destinado ao paciente	Comunicação	Profissionalismo	Colaboração interprofissional
APC 1	x	x		x	x
APC 2	x			x	x
APC 3		x	x		x
APC 4	x	x	x	x	

Fonte: Adaptada de Ten Cate et al.⁵

Figura 2. Fluxograma ilustrativo da metodologia Delphi.

Fonte: Adaptada de Chueiri et al.²⁵

MÉTODO

Este foi um estudo composto por duas fases: uma primeira de elaboração das APC e tarefas por um grupo central de especialistas, e uma segunda de consenso utilizando a técnica Delphi. Essa metodologia de consenso é utilizada buscando combinar sistematicamente a opinião de especialistas para se responder a um problema^{18,19}. O modelo utilizado foi o e-Delphi, com questionários digitais, sendo utilizada a plataforma Google Forms®. Optou-se por esse modelo porque permite maior agilidade e versatilidade nos processos de resposta pelos participantes e na análise pelos pesquisadores, já que esse método não descaracteriza o tradicional²⁰⁻²². Buscou-se por meio dessa metodologia atingir

consenso acerca das APC e de suas descrições de tarefas elaboradas inicialmente pelo grupo de pesquisadores. A Figura 2 ilustra e resume a metodologia utilizada na pesquisa.

Elaboração das APC e de suas tarefas

O grupo central de pesquisadores foi responsável pela elaboração inicial das APC e de suas respectivas descrições de tarefas. Esse grupo foi composto por seis médicos especialistas: três especialistas em MFC e outros três docentes de Medicina com *expertise* em educação médica.

As APC e suas descrições iniciais foram elaboradas tendo por base currículos de competências nacionais^{6,23} para formação em MFC e descrições internacionais de APC para

a residência em MFC. Essas descrições internacionais foram encontradas a partir de uma revisão de escopo conduzida pelo grupo de pesquisadores: os países onde havia descrições de APC para residência em MFC no momento da elaboração inicial delas pelo grupo eram Estados Unidos, Canadá e Austrália¹²⁻¹⁵.

A elaboração das APC pelo grupo central ocorreu por meio de encontros presenciais e remotos e foi baseada em recomendações da literatura para garantir uma redação clara e específica, visando à aplicação prática. Utilizando como base teórica os currículos baseados em competências nacionais e as descrições internacionais de APC, o grupo descreveu as APC da especialidade. Foram escolhidas descrições abrangentes de APC, conforme recomendado pela literatura no contexto de residência médica. Após descrever essas atividades, o grupo detalhou as tarefas correspondentes a cada atividade, tendo como base os referenciais e as necessidades de formação em MFC no Brasil^{10,17,24}.

Seleção de especialistas para composição do Delphi

A seleção dos especialistas que respondem ao Delphi é uma das etapas mais importantes dessa metodologia, já que a *expertise* do painel formado tem grande impacto nos resultados e no consenso¹⁹. Foram considerados como critérios de inclusão para o convite: ser especialista em MFC e atuar na especialidade há pelo menos dois anos. Além disso, outro critério era atuar com educação de residentes em MFC há pelo menos seis meses.

A divulgação de convites aos especialistas foi feita por meio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), através de seu *site* oficial e por *e-mail* aos associados. Os especialistas que aceitaram o convite para participar da pesquisa receberam da equipe pesquisadora o TCLE para leitura. Os especialistas que aceitaram o TCLE foram incluídos na pesquisa e passaram a compor o grupo Delphi.

Coleta de dados sociodemográficos

A coleta de dados do grupo de participantes se deu pela plataforma Google Forms®, sendo coletados dados sociodemográficos para caracterizar a amostra.

Os dados sociodemográficos coletados foram: faixa etária, área de atuação (urbana ou rural), região de atuação no país, tempo de formado em MFC, tempo de atuação em ensino na residência médica e natureza da principal instituição a que está vinculado (pública/privada/ambas).

Rodadas Delphi

Foi utilizada escala semântica diferencial com as variáveis: “esta tarefa é indispensável”, “esta tarefa é muito importante”, “esta tarefa é pouco importante”, “esta tarefa não

deve ser incluída”. Realizaram-se duas rodadas Delphi até atingir consenso.

Na primeira rodada, os participantes receberam um formulário Google Forms® via *e-mail* para que pudessem votar nas tarefas de cada uma das APC propostas. Além disso, nessa primeira rodada os participantes poderiam sugerir alterações na redação das tarefas, modificações na alocação da tarefa, novas tarefas e novas APC.

Na segunda rodada Delphi, os participantes receberam um novo formulário digital que continha um *feedback* estatístico da primeira rodada e destacava as alterações realizadas após as propostas trazidas pelo grupo participante na primeira rodada. Na segunda rodada, não havia possibilidade de sugestão de modificações, mas somente votação nas tarefas.

Análise dos dados das rodadas Delphi

O índice de validação de conteúdo (IVC) foi utilizado para definir o consenso. De acordo com a literatura, é reconhecido o consenso quando o valor do IVC é superior a 80%^{19,26}. Para calcular o IVC, somaram-se os votos em “esta tarefa é indispensável” e “esta tarefa é muito importante”. Essa soma foi dividida pelo número total de votos em cada tarefa. As respostas obtidas em cada rodada Delphi foram analisadas pelo grupo de seis pesquisadores.

Após a primeira rodada Delphi, o grupo de pesquisadores se reuniu para discutir e definir alterações de redação das APC e das tarefas, baseando-se nas sugestões trazidas pelos participantes, e decidir pela inclusão de novas tarefas propostas. Avaliaram-se também o IVC de cada tarefa e o IVC médio de cada APC. Por fim, elaborou-se um novo documento, incluindo sugestões da primeira rodada e submetido à segunda rodada Delphi.

Optou-se por acessar o IVC de cada tarefa em vez da APC, já que se considerou importante o consenso acerca das tarefas contidas nela, e aos convidados foi possível sugerir modificação da escrita de cada APC. O cálculo do IVC de cada APC foi dado pela média aritmética simples dos IVC de cada tarefa composta na APC, pois a metodologia Delphi utilizada não teve proposta de ranquear os itens, mas sim listar as tarefas essenciais da APC¹⁹. Considerando as recomendações mais utilizadas na literatura para descrição das APC, elas devem ser avaliadas como um todo em suas tarefas, não havendo descrição de atribuição de pesos ou importância diferente a cada tarefa de determinada APC^{10,28}.

Após o término da segunda rodada Delphi, o grupo de pesquisadores reuniu-se novamente para avaliar o IVC final de cada tarefa e o IVC médio de cada APC. Os dados sobre consenso das tarefas votadas foram discutidos, assim como a

decisão pela exclusão de tarefas que não atingiram o IVC de 80% previamente estabelecido.

RESULTADOS

Um total de 60 pessoas aceitaram o convite inicial da SBMFC para compor o painel de especialistas para resposta ao Delphi. Entre os convidados, 24 pessoas cumpriam os critérios de inclusão, aceitaram participar e responderam à primeira rodada da pesquisa Delphi após leitura e assinatura do TCLE. Na segunda rodada, optou-se pela não inclusão de novos painelistas, houve perda de metade dos painelistas da primeira rodada, e 12 pessoas, oriundas do grupo inicial de 24 painelistas, responderam ao estudo. O perfil sociodemográfico dos participantes na primeira e na segunda rodada está descrito na Tabela 1.

Na composição do painel de especialistas que aceitaram participar da pesquisa, 75% das pessoas tinham entre 25 e 45 anos. Quanto ao local de atuação, 91,7% declararam atuar em centros urbanos e 70,8% atuavam em instituições públicas. A maioria dos participantes, 62,5%, atuava na Região Sudeste do país. O tempo médio de atuação em MFC de 12,35 anos, e o tempo médio de atuação em educação médica, de 10,64 anos.

Foram formuladas 14 APC pelo grupo de pesquisadores e um total de 115 tarefas descrevendo essas atividades. Na primeira rodada Delphi, os participantes responderam a um questionário contendo 115 itens, correspondentes às tarefas, e 37 dessas tarefas receberam sugestões de alteração, incluindo trocas de termos para aumentar a clareza da escrita, adição de conteúdos e sugestão de transferência da tarefa descrita para dentro de outra APC em que pudesse se encaixar melhor. Sugeriu-se também na primeira rodada a inclusão de uma nova tarefa na APC nomeada "Ofertar cuidados à saúde mental dos indivíduos atendidos", descrita como "Conhecer os critérios e realizar o diagnóstico de transtornos mentais comuns indicando terapêutica inicial adequada".

Entre as tarefas descritas, duas não atingiram IVC maior que 80% em nenhuma das rodadas e, por conta disso, foram excluídas da descrição final das APC. As tarefas foram "Fornecer atendimento remoto para ampliar o acesso no primeiro contato e a continuidade dos cuidados dos pacientes" que obteve um IVC de 66,7% e "Reconhecer situações de urgência e emergência na modalidade de atendimento virtual e determinar o plano de ação com pacientes e cuidadores" que obteve um IVC de 75%. A primeira pertencia à APC nomeada "Prover acesso de

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos painelistas participantes da primeira e da segunda rodada Delphi do estudo.

Perfil dos painelistas participantes da pesquisa	Primeira rodada Delphi (n total = 24 participantes)	Segunda rodada Delphi (n total = 12 participantes)
Faixa etária entre 25 e 35 anos	n = 9 (37,5%)	n = 4 (33,3%)
Faixa etária entre 36 e 45 anos	n = 9 (37,5%)	n = 4 (33,3%)
Faixa etária entre 46 e 55 anos	n = 1 (4,2%)	n = 1 (8,4%)
Faixa etária entre 56 e 65 anos	n = 4 (16,7%)	n = 2 (16,6%)
Faixa etária acima de 65 anos	n = 1 (4,2%)	n = 1 (8,4%)
Local de atuação urbano	n = 22 (91,7%)	n = 12 (100%)
Local de atuação rural	n = 2 (8,3%)	n = 0
Tempo de atuação em Medicina de Família e Comunidade	$\bar{X}^a = 12,35$ anos ($s^b = \pm 8,52$ anos)	$\bar{X} = 14,58$ anos ($s = \pm 10,24$ anos)
Tempo de atuação em educação médica	$\bar{X} = 10,64$ anos ($s = \pm 9,08$ anos)	$\bar{X} = 14,46$ anos ($s = \pm 10,16$ anos)
Participantes que declararam atuação em instituição pública	n = 17 (70,8%)	n = 8 (66,7%)
Participantes que declararam atuação em instituição privada	n = 5 (20,8%)	n = 2 (16,6%)
Participantes que declararam atuação em instituições públicas e privadas	n = 2 (8,3%)	n = 2 (16,6%)
Participantes por região de origem	<i>Sudeste</i>	n = 15 (62,5%)
	<i>Sul</i>	n = 6 (25%)
	<i>Nordeste</i>	n = 2 (8,3%)
	<i>Centro-Oeste</i>	n = 1 (4,2%)
	<i>Norte</i>	n = 0

n: número; ^a \bar{X} = média; ^b s = desvio padrão da amostra.

Fonte: Elaborada pelos autores.

primeiro contato e longitudinalidade do cuidado como parte de um sistema de saúde” e a segunda pertencendo à APC nomeada “Gerenciar o atendimento a pacientes com emergências médicas”.

Todas as 14 APC propostas pelos pesquisadores atingiram um IVC médio das tarefas maior que 80% e, portanto, foram incluídas. O consenso foi atingido com duas rodadas Delphi. A Tabela 2 descreve o IVC médio de cada APC ao final de cada uma das duas rodadas Delphi e evidencia a decisão final sobre consenso.

As APC com maior grau de consenso foram “Participar de atividades de cuidados interprofissionais” e “Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal a crianças e adolescentes”, ambas com IVC de 100%.

Já as APC “Administrar a continuidade de informações, coordenar o cuidado e atuar na defesa dos direitos dos

pacientes”, “Atuar de acordo com as necessidades do contexto da comunidade local e oferecer cuidados domiciliares centrados no paciente e em sua família”, “Exercer papel de liderança nas equipes interprofissionais de saúde e atuar de forma orientada com uma prática sustentável” e “Realizar procedimentos médicos no cenário da atenção primária à saúde” apresentaram os IVC mais baixos, inferiores a 95%. Nenhuma APC apresentou IVC menor do que 90%.

Ao final da segunda rodada Delphi, foi construída a Tabela 3, contendo a descrição final das tarefas de cada APC, assim como o IVC de cada tarefa. Esse IVC foi obtido pela votação dos painelistas nessa segunda rodada, que continha as alterações e sugestões de escrita propostas por eles na primeira rodada.

Tabela 2. IVC médio das APC propostas pelos pesquisadores e decisão sobre consenso.

Atividades profissionais confiáveis (APC) propostas	IVC médio da APC após primeira rodada Delphi	IVC médio da APC após segunda rodada Delphi	Decisão sobre consenso
APC 1 – Prover acesso de primeiro contato e longitudinalidade do cuidado como parte de um sistema de saúde.	$\bar{X}^a = 94,91\%$ ($s^b = \pm 7,55\%$)	$\bar{X} = 95,38\%$ ($s = \pm 10,46\%$)	Sim
APC 2 – Administrar a continuidade de informações, coordenar o cuidado e atuar na defesa dos direitos dos pacientes.	$\bar{X} = 93,06\%$ ($s = 6,50\pm\%$)	$\bar{X} = 94,79\%$ ($s = 7,13\pm\%$)	Sim
APC 3 – Atuar de acordo com as necessidades do contexto da comunidade local e oferecer cuidados domiciliares centrados no paciente e em sua família.	$\bar{X} = 92,98\%$ ($s = 4,89\pm\%$)	$\bar{X} = 94,41\%$ ($s = 5,57\pm\%$)	Sim
APC 4 – Participar de atividades de cuidados interprofissionais.	$\bar{X} = 96,82\%$ ($s = 3,46\pm\%$)	$\bar{X} = 100,0\%$ ($s = 0,0\pm\%$)	Sim
APC 5 – Exercer papel de liderança nas equipes interprofissionais de saúde e atuar de forma orientada com uma prática sustentável.	$\bar{X} = 91,67\%$ ($s = 3,86\pm\%$)	$\bar{X} = 93,51\%$ ($s = 6,97\pm\%$)	Sim
APC 6 – Ofertar cuidados à saúde da mulher em todas as fases da vida.	$\bar{X} = 96,78\%$ ($s = 2,91\pm\%$)	$\bar{X} = 98,08\%$ ($s = 4,79\pm\%$)	Sim
APC 7 – Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal a crianças e adolescentes.	$\bar{X} = 100,0\%$ ($s = 0,0\pm\%$)	$\bar{X} = 100,0\%$ ($s = 0,0\pm\%$)	Sim
APC 8 – Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal ao adulto.	$\bar{X} = 97,49\%$ ($s = 3,82\pm\%$)	$\bar{X} = 99,17\%$ ($s = 2,49\pm\%$)	Sim
APC 9 – Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal aos idosos.	$\bar{X} = 98,09\%$ ($s = 2,97\pm\%$)	$\bar{X} = 96,21\%$ ($s = 4,24\pm\%$)	Sim
APC 10 – Ofertar cuidados à saúde mental dos indivíduos atendidos.	$\bar{X} = 98,42\%$ ($s = 2,03\pm\%$)	$\bar{X} = 99,08\%$ ($s = 2,61\pm\%$)	Sim
APC 11 – Realizar procedimentos médicos no cenário da atenção primária à saúde.	$\bar{X} = 98,62\%$ ($s = 1,96\pm\%$)	$\bar{X} = 94,43\%$ ($s = 6,22\pm\%$)	Sim
APC 12 – Gerenciar o atendimento a pacientes com emergências médicas.	$\bar{X} = 97,63\%$ ($s = 5,80\pm\%$)	$\bar{X} = 95,24\%$ ($s = 8,74\pm\%$)	Sim
APC 13 – Abordar vulnerabilidades e condições complexas na APS em todas as fases do ciclo de vida.	$\bar{X} = 97,69\%$ ($s = 2,85\pm\%$)	$\bar{X} = 96,31\%$ ($s = 4,12\pm\%$)	Sim
APC 14 – Exercer autorregulação do processo de aprendizado e do desenvolvimento pessoal e profissional.	$\bar{X} = 97,23\%$ ($s = 1,95\pm\%$)	$\bar{X} = 97,23\%$ ($s = 3,91\pm\%$)	Sim

IVC: índice de validação de conteúdo; APC: atividade profissional confiável.

^a \bar{X} = média; ^b s = desvio padrão da amostra.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3. Descrição das tarefas de cada APC e seu IVC ao final da segunda rodada Delphi.

Atividades profissionais confiáveis (APC)	Descrição final das tarefas da APC	IVC final da tarefa
Prover acesso de primeiro contato e longitudinalidade do cuidado como parte de um sistema de saúde.	Gerir uma agenda regular que possibilite acesso de primeiro contato e longitudinalidade nos cuidados do paciente conforme suas necessidades.	100%
	Fornecer atendimento presencial como parte essencial do cuidado centrado no paciente.	100%
	Planejar o acesso e garantir o cuidado para pacientes que não podem comparecer ao consultório.	100%
	Adotar uma abordagem centrada no paciente e trabalhar para estabelecer vínculo e se tornar um aliado confiável ao longo do tempo.	100%
	Definir e administrar limites da relação com os pacientes quando necessário.	91,70%
	Apoiar a autonomia do paciente na tomada de decisão.	100%
	Respeitar a privacidade e confidencialidade do paciente.	100%
	Responder à demanda não programada de acordo com os recursos disponíveis.	100%
Administrar a continuidade de informações, coordenar o cuidado e atuar na defesa dos direitos dos pacientes.	Manter um registro em prontuário atualizado para cada paciente como parte de prática de longitudinalidade.	100%
	Identificar e encaminhar adequadamente casos com critérios de seguimento em outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS).	100%
	Coordenar o cuidado do paciente em todos os pontos da atenção da RAS e apoiar as transições de cuidado.	100%
	Acompanhar as avaliações realizadas por outros profissionais, monitorando os resultados das investigações e consultas.	83,40%
	Preencher formulários e documentação médica de acordo com determinações da gestão local e fornecer relatórios médicos conforme a necessidade dos pacientes.	83,30%
	Administrar recursos e participar de atividades que abordam o uso de recursos do sistema de saúde.	83,30%
	Fornecer aos pacientes as informações necessárias para tomar suas próprias decisões em relação aos cuidados em saúde.	100%
	Fornecer orientações ao paciente, à sua família e à rede de apoio, como parte de uma equipe interprofissional no acesso a recursos sociais e de saúde locais.	100%
Atuar de acordo com as necessidades do contexto da comunidade local e oferecer cuidados domiciliares centrados no paciente e em sua família.	Elaborar propostas considerando iniquidades, lacunas no acesso aos cuidados e preocupações de segurança no local de atuação, quando necessário.	91,60%
	Utilizar os dados e as informações dos pacientes para apoiar o planejamento de cuidados.	100%
	Gerenciar o tempo das atividades para garantir distribuição equilibrada da oferta de cuidados necessários à população assistida.	91,60%
	Participar de atividades de vigilância e gestão local em saúde, reconhecendo necessidades e particularidades do território e da população adscrita.	100%
	Facilitar a promoção e educação em saúde da população adscrita.	91,60%
	Colaborar com as entidades que compõem as RAS contribuindo para o planejamento e a prestação de cuidados continuados na comunidade.	91,60%
	Realizar visitas domiciliares e manter o acesso de primeiro contato e a continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar.	100%
	Participar de reuniões com as pessoas que compõem a rede de apoio do paciente.	91,60%
	Garantir a segurança pessoal e das práticas em saúde no ambiente de atendimento domiciliar.	100%
Promover um ambiente onde preocupações podem ser expressas e tratadas, e solicitar <i>feedback</i> de pacientes e familiares sobre suas experiências de cuidado.	83,30%	
Participar de atividades de cuidados interprofissionais.	Atuar de forma colaborativa no campo de atuação interprofissional da APS no cuidado do paciente.	100%
	Conhecer a atuação nuclear dos profissionais da atenção primária e respeitar seus limites éticos.	100%
	Desenvolver planos de cuidados centrados na pessoa em colaboração com outros membros da equipe.	100%
	Promover atividades de educação permanente dentro da equipe interprofissional.	100%

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Atividades profissionais confiáveis (APC)	Descrição final das tarefas da APC	IVC final da tarefa
Exercer papel de liderança nas equipes interprofissionais de saúde e atuar de forma orientada com uma prática sustentável.	Demonstrar comportamento reflexivo em relação à sua própria prática como recurso de uma população definida.	100%
	Buscar oportunidades de desenvolvimento pessoal, autoconhecimento e fortalecimento de relacionamentos interpessoais.	91,60%
	Demonstrar profissionalismo diante do enfrentamento de estresse e adversidades no local de trabalho.	100%
	Contribuir para ambientes de prática profissionalmente seguros e com adequada gestão de conflitos.	100%
	Analisar e envolver-se em melhorias, qualidade, segurança e sustentabilidade ao nível da prática e do sistema de saúde.	91,70%
	Promover engajamento da equipe visando atingir objetivos pactuados.	83,40%
	Antecipar preocupações de segurança e tomar medidas de redução de risco e agir sobre incidentes de segurança.	83,40%
Ofertar cuidados à saúde da mulher em todas as fases da vida.	Manejar os problemas de saúde mais prevalentes em cada etapa do ciclo de vida da mulher.	100%
	Incorporar atividades de promoção, prevenção e rastreamento nas consultas levando em consideração as particularidades da pessoa atendida.	100%
	Orientar e auxiliar na tomada de decisão sobre contracepção, instituir o método acordado e acompanhar a paciente.	100%
	Orientar a pessoa com desejo de gestação e conhecer a abordagem inicial de problemas de fertilidade.	100%
	Prestar assistência à pessoa com suspeita e confirmação de gravidez, incluindo a gestação indesejada.	100%
	Prestar acolhimento e assistência clínica em situação de abortamento.	100%
	Fornecer cuidados pré-natais de rotina e promoção de saúde em todas as fases da gravidez, incluindo a parceria, família ou rede de apoio quando desejado pela pessoa.	100%
	Reconhecer fatores de risco e complicações relacionadas à gravidez e referenciar para o ponto de atenção adequado das RAS.	100%
	Avaliar e oferecer cuidado a sintomas comuns e preocupações de saúde no puerpério, incluindo saúde mental.	100%
	Reconhecer emergências relacionadas à saúde da mulher referenciando ao ponto de atenção adequado para o cuidado.	100%
	Conhecer e incorporar as especificidades da LGBTQIA+ com identidade feminina em seu atendimento.	91,60%
	Prestar atendimento e estabelecer planos de cuidados compartilhados com a rede de atenção à saúde para a mulher vítima de violência.	100%
	Conhecer e discutir quando pertinente os impactos do machismo e da heteronormatividade na saúde da mulher.	83,40%
Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal a crianças e adolescentes.	Estabelecer vínculo com a criança e o adolescente e os seus responsáveis pela criança, promovendo a cultura do cuidado e utilizando decisão compartilhada sob a perspectiva do sigilo médico e da legislação vigente.	100%
	Reconhecer e discutir os diferentes modelos de dinâmica familiar, os conflitos geracionais e o impacto destes no desenvolvimento da criança e do adolescente.	100%
	Prestar cuidados específicos dos primeiros mil dias de vida da criança, reconhecendo oportunidades e vulnerabilidades para adequada coordenação dos cuidados em equipe.	100%
	Fornecer prevenção e orientação específica para a idade, avaliação de risco e imunização como parte dos cuidados de rotina.	100%
	Identificar e manejar situações agudas mais comuns em crianças e gerenciar o cuidado de situações crônicas compatíveis com a complexidade da APS.	100%
	Identificar e conduzir preocupações comportamentais específicas da idade e de desvios da normalidade do desenvolvimento neuropsicomotor, e encaminhar para especialistas focais quando necessário.	100%
	Prescrever e monitorar o uso de medicamentos estando atento aos riscos e a considerações específicas da idade.	100%
	Coordenar o cuidado de crianças e jovens na rede de atenção à saúde e contribuir para o desenvolvimento de planos de cuidados junto aos pacientes, a família e a rede de apoio.	100%
	Avaliar e gerenciar questões de segurança e violência nessa população e atender aos deveres de notificação e oferta de informações quando necessário.	100%

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Atividades profissionais confiáveis (APC)	Descrição final das tarefas da APC	IVC final da tarefa
Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal ao adulto.	Fornecer apoio específico para a idade, orientação e aconselhamento de promoção da saúde.	100%
	Fornecer prevenção específica para a idade, triagem, avaliação de risco e imunizações como parte dos cuidados de rotina e avaliação periódica da saúde.	100%
	Reconhecer o contexto laboral das pessoas atendidas e relacionar com o processo saúde/doença.	100%
	Avaliar adultos apresentando condições inespecíficas e gerenciar seus cuidados.	100%
	Avaliar e manejar situações clínicas relacionadas à saúde mental e alterações comportamentais.	91,70%
	Identificar e manejar condições ambulatoriais agudas mais comuns nos adultos do território atendido.	100%
	Coordenar o cuidado de adultos com doenças crônicas, incluindo suporte ao autocuidado.	100%
	Comunicar de maneira assertiva os resultados de avaliações com os pacientes.	100%
	Prescrever e monitorar um plano de cuidados, incluindo o uso de medicamentos, e estar atento aos riscos e a considerações específicas do indivíduo.	100%
Ofertar cuidados de forma ampliada e longitudinal aos idosos.	Reconhecer as necessidades de encaminhamento e realizá-lo para o nível adequado dentro da rede de atenção à saúde, realizando o seguimento conjunto dos pacientes.	100%
	Reconhecer as particularidades do envelhecimento considerando os indivíduos e suas necessidades.	100%
	Conhecer os instrumentos da avaliação multidimensional do idoso e aplicá-los quando pertinente.	91,60%
	Realizar promoção e prevenção de saúde específica para a idade visando o envelhecimento saudável.	100%
	Avaliar e gerenciar o cuidado de idosos que apresentam condições inespecíficas.	100%
	Diagnosticar e realizar o manejo de condições agudas de baixa complexidade.	91,70%
	Coordenar o cuidado de idosos com doenças crônicas, incluindo multimorbidades, e oferecer suporte ao autocuidado.	100%
	Prescrever e monitorar o plano de cuidados, incluindo o uso de medicamentos, e estar atento aos riscos da polifarmácia e a condições específicas do indivíduo.	90,90%
	Estimular a autonomia e compartilhar o plano de cuidados com os pacientes, seus familiares e/ou sua rede de apoio.	100%
Ofertar cuidados à saúde mental dos indivíduos atendidos.	Reconhecer as necessidades de encaminhamento e realizá-lo para o ponto adequado das redes de atenção à saúde, realizando o seguimento conjunto dos pacientes.	91,70%
	Diagnosticar e coordenar o cuidado de condições de saúde mental mais comuns como parte de uma equipe interprofissional.	100%
	Realizar o diagnóstico de transtornos mentais comuns, indicando terapêutica inicial adequada.	100%
	Conhecer os principais problemas de saúde mental prevalentes na população adscrita, avaliando vulnerabilidades e reconhecendo sinais de gravidade.	100%
	Auxiliar na coordenação e continuidade dos cuidados na rede de atenção à saúde mental e rede intersetorial.	100%
	Reconhecer sinais de alarme para condições de saúde mental complexas e compartilhar o cuidado com o ponto da rede de saúde mental adequado.	100%
	Reconhecer e realizar o manejo inicial de emergências em saúde mental.	100%
	Considerar as particularidades do uso de psicofármacos na APS para realizar uma prescrição segura, levando em conta fatores individuais, com atenção à medicalização e a outros riscos.	100%
	Reconhecer, estratificar e planejar os cuidados de pessoas com uso de substâncias psicoativas em parceria com uma equipe interprofissional.	100%
Realizar procedimentos médicos no cenário da atenção primária à saúde.	Incluir a família e as principais fontes de apoio no cuidado, conforme apropriado.	91,70%
	Avaliar as indicações e contra-indicações e estar preparado para responder a possíveis riscos e complicações dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.	100%
	Reconhecer limitações individuais e do cenário, e solicitar apoio ou encaminhar o paciente ao equipamento de nível adequado da RAS quando necessário.	91,60%
	Preparar o paciente, fornecer instruções e obter consentimento informado.	83,30%
	Acompanhar o paciente após o procedimento, estando atento a complicações tardias.	100%
	Encaminhar peças cirúrgicas para avaliação histopatológica, quando pertinente.	91,70%
Informar o resultado das avaliações de forma assertiva ao paciente e realizar encaminhamento ao nível adequado da RAS conforme a necessidade.	100%	

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Atividades profissionais confiáveis (APC)	Descrição final das tarefas da APC	IVC final da tarefa
Gerenciar o atendimento a pacientes com emergências médicas.	Diferenciar condições de urgência e emergência.	100%
	Antecipar-se e ter planos de ação previamente estabelecidos para responder a emergências nos ambientes de consultório, no atendimento domiciliar e no território.	100%
	Realizar a classificação de risco dos pacientes corretamente e estabelecer plano de ação adequado de acordo com os protocolos da instituição.	100%
	Realizar o manejo inicial de apresentações e condições comuns ameaçadoras à vida.	100%
	Coordenar o cuidado para níveis de atenção secundário e terciário prezando sempre a segurança do paciente, providenciando transporte médico adequado quando necessário.	100%
Abordar vulnerabilidades e condições complexas na APS em todas as fases do ciclo de vida.	Realizar seguimento do paciente após a alta da emergência para a comunidade.	91,70%
	Reconhecer as condições de vulnerabilidade e as especificidades do cuidado destinado à população nessa situação no seu território.	100%
	Incorporar o modelo de determinação social da saúde como parte integrante do planejamento de cuidados.	100%
	Trabalhar como parte de uma equipe interprofissional buscando impactar positivamente os desfechos em saúde associados a vulnerabilidades sociais e individuais.	100%
	Coordenar o cuidado de pacientes com condições e comorbidades complexas a partir da mobilização de recursos da RAS, da família e da rede de apoio.	100%
	Reconhecer os impactos, na dinâmica familiar, de pessoas com condições clínicas complexas e/ou alta demanda de cuidado, antevendo situações como estresse do cuidador e atuando nelas.	91,70%
	Construir a decisão compartilhada e esclarecida com os pacientes, incluindo familiares e rede de apoio, quando pertinente, sobre os valores e as preferências no cuidado.	91,70%
	Avaliar a capacidade de tomada de decisão e providenciar um substituto para tomar as decisões quando necessário.	91,70%
	Produzir documentos respeitando os preceitos éticos com as informações necessárias, garantindo a continuidade do cuidado dos casos complexos.	91,70%
	Lidar com conflitos éticos em colaboração com as pessoas, suas famílias e cuidadores, e buscar recursos e apoio de outros profissionais quando necessário.	100%
Exercer autorregulação do processo de aprendizado e do desenvolvimento pessoal e profissional.	Estar disponível para oferecer, solicitar e receber <i>feedbacks</i> de educadores, de colegas de trabalho ou de pacientes, demonstrando profissionalismo.	100%
	Realizar uma autoavaliação guiada usando dados de <i>performance</i> na prática e dos <i>feedbacks</i> recebidos.	91,70%
	Criar um plano de desenvolvimento profissional contínuo com objetivos claros, considerando a autoavaliação e <i>feedbacks</i> recebidos.	100%
	Reconhecer suas próprias lacunas do conhecimento e elaborar um plano de ação para responder a elas de forma autônoma.	100%
	Buscar e avaliar criticamente evidências para resolver problemas clínicos específicos nos atendimentos, integrando as preferências da pessoa.	100%
Analisar dados da própria prática e participar com a equipe de saúde de processos de melhorias no local de trabalho.	91,70%	

IVC: índice de validação de conteúdo.

Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

As iniciativas de confecções locais de APC são importantes e incentivadas pela literatura, já que levam em conta as especificidades de cada contexto^{27,28}. No Brasil há diferenças em relação a outros países na residência em MFC: o tempo de formação do residente que tem uma duração menor, de dois anos, o contexto de atuação voltada para as necessidades de um sistema universal e público de saúde, o SUS e uma APS territorializada, fatores não contemplados nas

descrições internacionais avaliadas de APC para MFC. Além disso, há uma variabilidade dos programas de residência médica em MFC dentro do próprio país²⁹, o que reforça a importância da descrição das atividades e ofertas fundamentais para a formação com qualidade.

Considerando essas necessidades, o grupo de pesquisadores elaborou as APC levando em conta referenciais internacionais de APC para MFC¹²⁻¹⁵ e descrições curriculares nacionais para residência em MFC^{6,23}. Para isso, contou com a

expertise de especialistas atuantes no Brasil. Ao final, as 14 APC confeccionadas trouxeram elementos importantes da MFC no contexto brasileiro, como atenção comunitária, atuação no território e atuação em redes de atenção à saúde (RAS).

Uma APC sem precedentes na literatura foi proposta pelo grupo e aprovada com elevado IVC pelo painel Delphi. Essa APC é a nomeada “Abordar vulnerabilidades e condições complexas na APS em todas as fases do ciclo de vida”. Ela exemplifica a necessidade de descrições que respondam à realidade e às necessidades locais, já que, para a formação em MFC no Brasil, faz-se importante atuar sobre as vulnerabilidades individuais, socioeconômicas e do contexto territorial. Apesar de as vulnerabilidades serem transversais em qualquer realidade, nenhuma das descrições de APC em MFC relatadas na literatura trouxe esse enfoque, e, em nossa proposta, essa APC foi incluída com elevado grau de concordância pelo painel Delphi. Ao trazer essa descrição como uma APC, explicita-se a necessidade de se trabalhar o tema no currículo da residência, destaca-a como uma tarefa fundamental a ser treinada pelo residente e denota o referenciamento a uma formação socialmente responsável¹⁷.

Todas as APC propostas descreveram atividades observáveis na prática do residente em MFC, sendo inovadoras na tentativa de descrever a especialidade com base em suas principais tarefas. Com o uso da descrição da especialidade baseada nas APC, espera-se, de acordo com a literatura, proporcionar maior clareza ao conteúdo a ser ensinado e às ofertas práticas oferecidas pelos programas de residência^{9,10}.

A descrição de APC também tem o potencial de apoiar a revisão da descrição das competências esperadas do residente em MFC em formação, já que são conceitos interdependentes. Olle Ten Cate, idealizador do conceito de APC, recomenda o uso de uma matriz que correlacione APC e competências para uma melhor avaliação do residente, e sugere que o caminho de partir das APC para descrever competências pode ser mais efetivo e significativo no contexto de formação e avaliação^{5,8}.

Dessa maneira, a definição de APC nacionais pode apoiar a orientação e redução das diferenças de formação na residência em MFC no Brasil, ao proporcionar maior clareza às atividades essenciais da especialidade e conseqüentemente às ofertas de formação dos programas¹³, e pode contribuir também para o fortalecimento da especialidade e de seus cenários de prática. Além disso, no contexto do país, a definição das APC contribui para uma discriminação entre a atuação e prática de um MFC e um médico generalista.

Todas as 14 APC foram aprovadas pelo painel Delphi por meio de consenso. Apenas duas tarefas de duas APC diferentes não atingiram consenso e foram excluídas, as quais estavam relacionadas ao teleatendimento e ao atendimento

remoto. O grupo de pesquisadores atribuiu isso ao fato de o teleatendimento ter regulamentação recente no país³⁰ e de que nem todos os serviços e programas de residência têm disponibilidade e oferta de treinamento para realizar cuidado remoto.

Como fragilidade do estudo, destaca-se a baixa adesão ao painel Delphi: na primeira rodada, 40% dos que receberam convites da SBMFC, responderam à pesquisa, e, na segunda rodada, tivemos perda de 50% dos que responderam à primeira rodada. Entretanto, houve alto índice de concordância com as APC e tarefas propostas.

A metodologia Delphi apresenta essa dificuldade por necessitar de avaliação mais de uma vez pelo grupo de painelistas^{18,19}. Além disso, o questionário utilizado levava em média 30 minutos para ser respondido, o que se considerou como um fator potencial para a baixa adesão.

Apesar disso, na análise dos participantes, identificou-se uma boa representatividade de especialistas, e foi possível selecionar um painel de boa qualidade, considerando as experiências de atuação na especialidade e em ensino. Como critérios de um grupo Delphi qualificado de acordo com a literatura^{19,20} incorporados por este trabalho, há: o alto tempo médio de atuação na especialidade e no ensino de residentes, a representatividade de diferentes regiões do país, a representatividade de escolas de diferentes formas de financiamento e a inclusão de diversidade de gerações de educadores.

CONCLUSÃO

Este estudo é inovador, pois, ao descrever as APC para a especialidade de MFC no contexto brasileiro, traz contraste entre as atividades essenciais da prática do médico de família e comunidade e as expectativas de atuação do médico generalista. Essa diferenciação é importante porque a graduação médica no Brasil habilita o recém-formado para atuar e ele tem a APS como um dos principais cenários de atuação. Quando se especificam as atividades da MFC, é possível diferenciar a atuação no contexto complexo e singular da APS e fortalecer a especialidade.

Evidenciou-se a importância de elaboração de APC para programas de residência em nível nacional; além disso, constatou-se que somente a transposição de APC descritas em outros países não contempla as necessidades locais. Isso foi evidenciado porque temáticas como atenção comunitária, atividades relacionadas às políticas públicas específicas de nosso sistema de saúde, atuação em rede e atenção às populações vulnerabilizadas, ressaltadas pelo grupo de pesquisadores como específicas para o contexto brasileiro, foram validadas pelo grupo Delphi.

Além disso, demonstrou-se o potencial de uma amostra Delphi qualificada no refinamento e consenso de APC. O trabalho oferece como perspectivas a implementação inicial em programas de residência em MFC nos diferentes cenários do Brasil, deixando uma metodologia descrita para os programas que identificarem necessidades de alterações locais. Reconhece-se que estudos futuros derivados dessa abordagem podem ser realizados para obter um maior panorama das necessidades nacionais em formação em MFC.

AGRADECIMENTOS

À Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que apoiou o desenvolvimento e a divulgação da pesquisa.

Ao grupo de pesquisa AFETO (Avaliação, Ensino Interprofissional, Engajamento Estudantil, Desenvolvimento Docente e Currículo) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e à Thalita Torres Sales.

Ao CNPq Edital Universal número de processo 421761/2023-7 pelo incentivo ao grupo de pesquisa AFETO.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Leonardo de Andrade Rodrigues Brito participou da conceitualização do trabalho, da curadoria dos dados, da análise formal, investigação, metodologia e administração do projeto, e da escrita, revisão e edição do artigo. Ugo Caramori, Natalia Bortoletto D'Abreu, Cassio Cardoso Filho e Larissa Olm Cunha participaram da investigação, metodologia, análise formal e validação do projeto, e da revisão e edição do artigo. Joana Fróes Bragança Bastos participou da conceitualização do trabalho, da análise formal, investigação, metodologia e supervisão do projeto, e da escrita, revisão e edição do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638-45. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>.
- Frank JR, Snell L, Englander R, Holmboe ES, ICBME Collaborators. Implementing competency-based medical education: moving forward. *Med Teach*. 2017;39(6):568-73.
- Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Acad Med*. 2013;88(8):1088-94. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b>.
- Brightwell A, Grant J. Competency-based training: who benefits? *Postgrad Med J*. 2013 Feb;89(1048):107-10. doi: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-130881>.
- Ten Cate O, Snell L, Carraccio C. Medical competence: the interplay between individual ability and the health care environment. *Med Teach*. 2010;32(8):669-75. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.500897>.
- Brasil. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Matriz de competências em Medicina de Família e Comunidade [acesso em 10 de julho de 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>.
- Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39:1176-7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x>.
- Ten Cate O, Schumacher DJ. Entrustable professional activities versus competencies and skills: exploring why different concepts are often conflated. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2022 May;27(2):491-9.
- Ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*. 2007 Jun;82(6):542-7. doi: [10.1097/ACM.0b013e31805559c7](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31805559c7)
- Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021 Oct;43(10):1106-1114. doi: [10.1080/0142159X.2020.1838465](https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1838465)
- Obeso V, et al; for Core EPAs for Entering Residency Pilot Program. Toolkits for the 13 core entrustable professional activities for entering residency. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2017 [acesso em 9 de outubro de 2024]. Disponível em: [aamc.org/initiatives/coreepas/publicationsandpresentations](https://www.aamc.org/initiatives/coreepas/publicationsandpresentations).
- Garvin R, Mazzone M. ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES (EPAS): THE NEXT STEP. *Ann Fam Med*. 2017 May;15(3):283. doi: [10.1370/afm.2082](https://doi.org/10.1370/afm.2082)
- Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel Jr J. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ*. 2013;5(1):112-8. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00034.1>.
- Fowler N, Wyman R, editors. Residency training profile for family medicine and enhanced skills programs leading to certificates of added competence. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2021
- Valentine N, Wignes J, Benson J, Clota S, Schuwirth LW. Entrustable professional activities for workplace assessment of general practice trainees. *Med J Aust*. 2019 May;210(8):354-9. doi: <https://doi.org/10.5694/mja2.50130>.
- Comissão Nacional Especializada de Residência Médica. As EPAs (Entrustable Professional Activities) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Proposta da Febrasgo. São Paulo: Febrasgo; 2022
- Taylor D, Park YS, Smith C, Cate OT, Tekian A. Constructing approaches to entrustable professional activity development that deliver valid descriptions of professional practice. *Teach Learn Med*. 2021;33(1):89-97
- Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications, *Information & Management*, Volume 42, Issue 1, 2004, Pages 15-29, <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>.
- Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, Wang C, Foth T. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. *Acad Med*. 2017 Oct;92(10):1491-1498. doi: [10.1097/ACM.0000000000001812](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001812)
- Michels NR, Denekens J, Driessen EW, Van Gaal LF, Bossaert LL, De Winter BY. A Delphi study to construct a CanMEDS competence based inventory applicable for workplace assessment. *BMC Med Educ*. 2012 Sep 14;12:86. doi: [10.1186/1472-6920-12-86](https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-86)
- Rowe M, Frantz J, Bozalek V. Delphi study to develop a technology mediated teaching strategy. *BMC Med Educ*. 2013;13(51):1-8.
- Spranger J, Homberg A, Sonnberger M, Niederberger M. Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: a methodological review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2022;172:1-11.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.

24. Hennis MP, van Dam M, Gauthier S, Taylor DR, Ten Cate O. The logic behind entrustable professional activity frameworks: A scoping review of the literature. *Med Educ*. 2022 Sep;56(9):881-891. doi: 10.1111/medu.14806.
25. Chueiri, P.S., Harzheim, E. e Takeda, S.M.P. 2017. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 12, 39 (ago. 2017), 1–18. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363).
26. Bull C, Crilly J, Latimer S, et al Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. *BMC Emerg Med*. 2022 Apr 9;22(1):65. doi: 10.1186/s12873-022-00617-5
27. Cate OT. An updated primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):712-20.
28. Hennis MP, Jarrett JB, Taylor DR, Ten Cate O. Twelve tips to develop entrustable professional activities. *Med Teach*. 2023 Jul;45(7):701-707. doi: 10.1080/0142159X.2023.2197137
29. Simas, K.B. da F., Gomes, A.P., Simões, P.P., Augusto, D.K. e Siqueira-Batista, R. 2018. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 13, 40 (dez. 2018), 1–13. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1687](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1687).
30. Brasil. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. [acesso em 10 de julho de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.