

EPAs nacionais de Medicina de Família e Comunidade no Brasil

National EPAs of Family Medicine in Brazil

	Ugo Caramori ^{1,2} 	caramori@unicamp.br
Andrea Taborda Ribas da Cunha ^{2,3} 		andrea.taborda@ufersa.edu.br
Leonardo de Andrade Rodrigues Brito ^{1,2} 		lebrito@unicamp.br
Rafaela Alves Pacheco ^{2,4} 		rafaela.alvespacheco@ufpe.br
Rafaela Aprato Menezes ^{2,5} 		rafaela.aprato@gmail.com
Cassandra Renault Pisco ² 		dracrpisco@gmail.com
Fernanda Lazzari Freitas ^{2,6} 		ferlazzar@gmail.com
Mauro Magaldi Lins ^{2,7} 		mauromagaldi@gmail.com
Livia Hinz Calício ^{2,6} 		liviahcalico@gmail.com
Zeliete Linhares Leite Zambom ^{2,8} 		zeliete.zambon@slmandicararas.edu.br

RESUMO

Introdução: A elaboração e validação das EPAs nacionais de Medicina de Família e Comunidade (MFC) são estratégias para a qualidade na residência médica, ao definirem unidades de prática profissional que expressam, operacionalmente, o escopo identitário da especialidade e orientam decisões progressivas de atribuição de confiança ao longo da trajetória formativa do residente. Essa iniciativa responde à complexidade da atenção primária à saúde (APS) e à própria formação em serviço, em sua heterogeneidade curricular e pelas dificuldades de avaliação direta do desempenho clínico.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo descrever o processo de elaboração e validação das EPAs de MFC, apresentando o painel resultante e suas implicações.

Método: O processo seguiu as recomendações internacionais para construção e validação de EPAs. Abrangeu a constituição de um grupo gestor, a aplicação da técnica de grupo nominal para geração inicial, o refinamento técnico-descritivo, a avaliação estrutural pelo *EQual Rubric* e a validação por método Delphi, com cálculo dos índices de validade de conteúdo, coeficientes de correlação intraclasse e análise de dados qualitativos. Todas as etapas asseguraram diversidade regional, representatividade profissional e rigor metodológico.

Resultado: A etapa inicial produziu 26 EPAs, posteriormente refinadas para 15 após revisão técnica. A análise pelo *EQual Rubric* identificou pontos estruturais a serem aprimorados, que foram incorporados antes da etapa subsequente. No Delphi, com 45 participantes, 14 EPAs alcançaram consenso na primeira rodada, enquanto a EPA remanescente foi ajustada e validada na segunda rodada. Os indicadores de validade e confiabilidade demonstraram robustez estrutural, o que resultou em um painel nacional de unidades de prática profissional da especialidade.

Conclusão: As EPAs nacionais de MFC constituem um avanço estratégico para a qualidade da formação, ao fortalecerem a coerência curricular, aprimorarem os processos avaliativos e consolidarem a governança educacional. Tratam-se de um instrumento estruturante para alinhar a residência médica às demandas contemporâneas da APS e aos compromissos éticos e sociais da especialidade.

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

ABSTRACT

Introduction: The development and validation of the National EPAs in Family Medicine (FM) serve as a strategy to enhance the quality of postgraduate training by identifying units of professional practice that clearly represent the specialty's core identity and guide gradual entrustment decisions throughout residents' training trajectories. This initiative addresses the complexity of Primary Health Care (PHC) and in-service training, both characterized by diverse curricula and difficulties in directly assessing clinical performance.

Objective: To describe the process of developing and validating the FM EPAs, presenting the resulting panel and its implications.

Method: The process adhered to international guidelines for EPAs development and validation. It involved creating a steering core group; using the nominal group technique for initial idea generation; refining the technical and descriptive aspects; evaluating the structure with the *EQualRubric*; and validating through the Delphi method, including calculating content validity indices, intraclass correlation coefficients, and analyzing qualitative data. All phases maintained regional diversity, professional representation, and methodological rigor.

Results: The initial stage produced 26 EPAs, later refined to 15 after technical review. The *EQual Rubric* analysis identified structural aspects needing improvement, which were incorporated before the next phase. In the Delphi study, with 45 participants, 14 EPAs reached consensus in the first round, while the remaining EPA was revised and validated in the second. Validity and reliability indicators demonstrated strong structural integrity, leading to a national panel of units of professional practice for the specialty.

Conclusion: The national FM EPAs represent a strategic advancement in training quality by enhancing curricular coherence, refining assessment processes, and strengthening educational governance. They serve as a foundational tool for aligning medical residency training with current PHC demands and the ethical and social commitments of the specialty.

Keywords: competency-based education; family practice; medical residency.

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

² Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, Recife, Brasil.

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶ Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Manaus, Amazonas, Brasil.

⁸ Faculdade São Leopoldo Mandic, Araras, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz. | Editor associado: Jorge Guedes.

Received on 11/17/25; Accepted on 03/24/26. | Evaluated by double blind review process.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) brasileira é um cenário de complexidade epidemiológica, demográfica e organizacional crescente, que demanda profissionais aptos a manejar, de forma integrada, as múltiplas necessidades e dinâmicas populacionais^{1,2}. A Medicina de Família e Comunidade (MFC), como especialidade médica, desempenha papel central na prestação de cuidados resolutivos, incorporando os atributos essenciais da APS³. Seu núcleo de atuação fundamenta-se na prestação e coordenação de cuidados contínuos, integrais e abrangentes destinados às pessoas, famílias e comunidades, distinguindo-se pela abordagem centrada na pessoa em todas as faixas etárias e em todos os ciclos de vida^{4,5}.

A residência médica (RM), como parte de um contínuo que sustenta a progressão profissional segura, articula-se à formação prévia e, de modo decisivo e insubstituível, oferece um ambiente formativo supervisionado que possibilita a consolidação das competências necessárias à formação de médicos especialistas⁶. É precisamente nessa articulação entre formação, prática supervisionada e atuação crescente no serviço e no sistema que se assegura a qualidade da força de trabalho especializada, condição essencial para responder, com consistência e responsabilidade, aos desafios contemporâneos de saúde^{7,8}.

No caso da MFC, a formação especializada assume relevância estratégica em virtude de sua relação direta com a efetivação dos princípios e diretrizes organizacionais da APS^{9,10}. Embora a especialidade tenha vivenciado, no Brasil, uma ampla expansão de sua capacidade formativa, persistem desafios estruturais nos programas de RM¹¹, tais como a heterogeneidade curricular e a fragilidade dos mecanismos sistemáticos de supervisão e dos processos avaliativos¹².

Tais desafios comprometem a consistência da certificação e evidenciam a necessidade de qualificação e desenvolvimento de recursos orientadores para a efetivação da educação baseada em competências, sustentando trajetórias formativas coerentes com as demandas contemporâneas da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS)^{13,14}.

As entrustable professional activities (EPAs) correspondem às atividades essenciais e rotineiras realizadas por profissionais especializados e competentes em sua área de atuação¹⁵. No contexto da educação baseada em competências, a EPA constitui uma unidade de prática profissional: uma atividade observável, mensurável e cuja execução só pode ser confiada a profissionais adequadamente treinados e avaliados¹⁶. Embora o conceito de “unidade de prática profissional” possa, à primeira vista, parecer abstrato, torna-se mais compreensível quando entendido como um descritor do trabalho: unidades são tarefas que, ao serem enunciadas, remetem de imediato à identidade profissional e ao escopo de atuação de determinado especialista, expressando, de forma concreta e operacional, a natureza de sua prática¹⁷.

As competências, por sua vez, referem-se ao que o aprendiz mobiliza e desenvolve ao longo da formação (conhecimentos, habilidades e atitudes) e caracterizam os atributos pessoais que fundamentam sua atuação¹⁸. É, portanto, fundamental distinguir: não se “adquire” uma EPA; demonstra-se apto a executá-la de forma autônoma em razão das competências efetivamente adquiridas¹⁹.

As EPAs especificam o que deve ser realizado, enquanto as competências descrevem o que o aprendiz mobiliza para desempenhá-las²⁰. A observação da execução de uma EPA por um aprendiz permite inferir a aquisição das competências a ela relacionadas (Figura 1).

Figura 1. A relação entre EPAs e competências.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A matriz de competências para os programas de RM em MFC, definida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), elenca 390 competências distribuídas ao longo dos dois anos de treinamento organizadas em múltiplos domínios²¹. Embora abrangente e informativa, sua extensão e seu caráter marcadamente analítico²² introduzem complexidades e riscos relevantes ao processo educacional avaliativo: dificuldades de priorização e hierarquização, fragmentação dos componentes a serem observados e restrições à viabilidade da avaliação por meio de observação direta na prática clínica²³. Como consequência, limita-se a capacidade de verificar a prontidão dos residentes para desempenhar as unidades de prática profissionais essenciais que definem o especialista em MFC.

Diante desse contexto, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade nacional representativa da especialidade, promoveu o processo de elaboração e validação das EPAs nacionais em MFC²⁴. O presente artigo detalha o percurso e processo metodológico adotados, apresentando as EPAs desenvolvidas e discutindo suas perspectivas e implicações para a qualificação educacional dos programas de RM em MFC, em diálogo com o compromisso social da especialidade e sua influência estruturante na APS brasileira e no SUS¹⁰.

MÉTODO

A elaboração e validação das EPAs nacionais em MFC seguiram recomendações internacionais que enfatizam processos sistemáticos de construção, análise de conteúdo, consenso e evidências de validade^{25,26}. O processo, estruturado em etapas sucessivas e interdependentes, teve início em outubro de 2023 e foi concluído em março de 2025.

A SBMFC instituiu um grupo gestor (GG) do processo, com o apoio e a orientação acadêmica de um educador especialista em EPAs. Para assegurar a diversidade de perspectivas, realizou-se um chamamento público para compor um banco de especialistas titulados em MFC, com experiência educacional ou atuação assistencial no SUS. Buscou-se garantir representatividade territorial, institucional e de gênero, minimizando vieses técnico-institucionais e ampliando a legitimidade do painel. Foi constituído um grupo nominal (GN), destinado à primeira etapa de elaboração.

Em sessão presencial, facilitada pelo educador especialista convidado, aplicou-se a técnica de GN²⁷, um método estruturado de discussão e produção de consenso, resultando em um painel preliminar de EPAs. Desse painel preliminar, iniciou-se o primeiro ciclo de refinamento, conduzido pelo GG, de modo a preservar o núcleo conceitual das EPAs elaboradas e aprimorar e ampliar os elementos descritivos para atender aos critérios estruturais, conceituais e operacionais recomendados

pela literatura^{15,25}. Cada membro do GG produziu um relatório individual de revisão, cujo consolidado apoiou as alterações definitivas ao painel preliminar, deliberadas coletivamente. Em seguida, o GG elaborou a lista de tarefas e limitações de cada EPA do painel refinado.

O painel refinado foi submetido à avaliação pelo GN por meio do *EQual Rubric*²⁸, instrumento validado para a análise da qualidade estrutural de EPAs, composto por 14 critérios distribuídos em três domínios: delimitação e mensuração da prática profissional, essencialidade e confiabilidade da atividade, e integração curricular no programa educacional. Foram gerados escores por critério, escores agregados por domínio e um escore médio global por EPA, todos os quais variam de 0 a 5 pontos. Para a interpretação, adotou-se o cutscore médio referencial de 4,07, que estabelece o ponto de corte a partir do qual uma EPA é considerada adequadamente estruturada. A utilização do *EQual Rubric* permitiu identificar, com maior precisão, as EPAs e quais dos seus aspectos requeriam ajustes antes do avanço para a etapa metodológica subsequente.

O painel revisado pós-*EQual Rubric* procedeu à aplicação da versão eletrônica do método Delphi^{29,30}. O questionário do estudo continha inicialmente itens de caracterização sociodemográfica e, para cada EPA, três questões com escala numérica de concordância referentes às dimensões estruturais determinantes da validade^{15,31}: compreensão do título, das tarefas e das limitações; prevalência na prática clínica real; essencialidade para a atuação em MFC. Adicionalmente, para cada EPA incluiu-se um campo aberto opcional para comentários.

A análise dos dados empregou estatísticas descritivas para as variáveis numéricas e tabelas de frequência para as variáveis categóricas. Nas variáveis dos itens de concordância, foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das três dimensões avaliadas, o IVC médio (S-IVC/AVE) e o IVC de concordância universal (S-IVC/UA). Ao utilizar uma escala Likert, o IVC correspondeu à proporção de respostas situadas nos níveis superiores da escala (4 ou 5). O IVC médio foi obtido pela média dos IVC dimensionais, servindo como medida global da validade de cada EPA. O IVC de concordância universal representa a proporção de dimensões que receberam pontuação máxima de todos os especialistas, constituindo um indicador mais estrito de consenso. Esse conjunto de métricas permitiu estimar a robustez estrutural das EPAs, identificar padrões de convergência e orientar a necessidade de novas iterações no processo. As respostas aos campos abertos foram organizadas com o apoio de uma ferramenta de inteligência artificial, empregada exclusivamente para padronização linguística, categorização temática e reorganização sequencial dos conteúdos, mantendo-se integralmente o sentido original para análise posterior pelo GG.

A pesquisa não definiu um número fixo de rodadas, estabelecendo como critério de encerramento do estudo Delphi a obtenção de um S-IVC/AVE superior a 80%, parâmetro amplamente aceito na literatura como limiar de validade de conteúdo adequada³². Como medida adicional de confiabilidade interavaliadores, utilizou-se o coeficiente de correlação intraclasse (intraclass correlation coefficient – ICC), pelo modelo (2,1), permitindo decompor a variabilidade total em componentes atribuíveis às diferenças entre as EPAs e à variabilidade residual, o que possibilita estimar a estabilidade dos julgamentos atribuídos para além do acaso³³. As análises estatísticas foram realizadas no software SAS, versão 9.4 (SAS Institute Inc., EUA), adotando-se o nível de significância de $p < 0,05$.

A coleta e análise dos dados seguiram a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito do projeto de pesquisa “Validação Nacional de EPAs (Entrustable Professional Activities) para a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CAAE nº 82395724.2.0000.5404). Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram seus dados anonimizados para assegurar privacidade e confidencialidade.

RESULTADO

A elaboração das EPAs contou com a constituição de um GG – autoras e autores – e de um GN, formado por 13

especialistas, selecionados de modo a assegurar a paridade de gênero e a representatividade das macrorregiões brasileiras. Utilizando a técnica do GN, produziu-se um painel preliminar com 26 EPAs. Após o primeiro ciclo de refinamento realizado pelo GG, foi consolidado um painel com 15 EPAs, cada uma acompanhada de suas tarefas e respectivas limitações. Aos enviados para avaliação do GN, os escores do *EQual Rubric* permitiram identificar, de forma estruturada, aspectos que ainda demandavam refinamento (Tabela 1).

A amostra do estudo Delphi foi composta de 45 participantes. A distribuição etária demonstrou que 40% tinham entre 25 e 35 anos; 31%, entre 36 e 45 anos; 24%, entre 46 e 55 anos; e 4%, entre 56 e 65 anos. O tempo de atuação em APS variou de 2 a 35 anos (média de 12,9 anos). Quanto à autodeclaração étnico-racial, 57,8% identificaram-se como brancos, 28,9% como pardos, 8,9% como pretos e 4,4% como indígenas. Observou-se equilíbrio na distribuição de gênero, com 51% de mulheres cis e 49% de homens cis. Todas as macrorregiões brasileiras foram representadas, com maior concentração no Sudeste e Sul, acompanhada de participação consistente das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Entre as unidades federativas, destacaram-se Rio de Janeiro (17,8%), São Paulo (11,1%), Minas Gerais (8,9%) e Rio Grande do Sul (8,9%), além de Pernambuco, Pará, Bahia, Distrito Federal e Rio Grande do Norte (6,7% cada).

Foram realizadas duas rodadas no estudo Delphi, com taxa de queda de 17,8% em relação ao número inicial de participantes. Na primeira rodada, 14 das 15 EPAs alcançaram

Tabela 1. Escores *EQual Rubric*.

	Delimitação e mensuração	Essencialidade e confiabilidade	Integração curricular	Escore global <i>EQual Rubric</i>
EPA 1	3,3	3,75	4,35	3,92
EPA 2	3,61	4,22	4,26	3,97
EPA 3	3,85	4,26	4,36	4,11
EPA 4	3,78	4,29	4,22	4,05
EPA 5	4,4	4,51	4,56	4,48
EPA 6	4,45	4,6	4,6	4,53
EPA 7	4,9	4,17	4,82	4,67
EPA 8	4,73	4,37	4,6	4,59
EPA 9	4,15	4,1	4,2	4,15
EPA 10	4,5	4,55	4,7	4,57
EPA 11	4,15	4,15	4,42	4,22
EPA 12	4,55	4,7	4,67	4,62
EPA 13	4,31	4,45	4,47	4,4
EPA 14	3,98	4,2	4,42	4,17
EPA 15	3,58	3,65	4,03	3,78

Fonte: Elaborada pelos autores.

o nível de consenso exigido. A EPA 15 não atingiu o escore mínimo e foi revisada com base na análise estatística e nos comentários qualitativos; após ajustes, obteve consenso na segunda rodada. A análise de confiabilidade interavaliadores evidenciou de forma estatisticamente significativa maior concordância na dimensão essencialidade ($ICC = 0,8667$), seguida da dimensão prevalência ($ICC = 0,7902$). A dimensão clareza apresentou menor uniformidade interpretativa ($ICC = 0,4367$), indicando maior variabilidade entre os participantes. A Tabela 2 apresenta os IVCs calculados, que fundamentaram a decisão de consenso para cada EPA.

O Quadro 1 apresenta os títulos das EPAs nacionais em MFC – unidades de prática profissional que o residente

deve ser capaz de executar com autonomia ao término da formação – acompanhados de suas descrições, que sintetizam o escopo, a finalidade e a relevância. O painel completo inclui: a lista de tarefas essenciais de cada EPA, que operacionaliza critérios observáveis para decisões de atribuição de confiança; limitações, que delimitam o escopo da unidade de prática profissional e previnem sobreposições; e correlação com os domínios de competência da matriz da CNRM, orientando os programas de residência na identificação dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes requeridos para a execução da EPA. Todo o material é disponibilizado em acesso aberto, em formato de livro digital³⁴, nos domínios institucionais da SBMFC.

Tabela 2. Índices de validade de conteúdo: EPAs nacionais em MFC.

	IVC-C	IVC-P	IVC-E	S-IVC/AVE	S-IVC/UA
EPA 1	80%	100%	100%	93,33%	74,07%
EPA 2	93,3%	93,3%	97,7%	94,76%	74,97%
EPA 3	91,1%	93,3%	97,7%	93,33%	79,27%
EPA 4	82,2%	97,7%	97,8%	92,56%	79,27%
EPA 5	86,6%	97,7%	97,8%	94,03%	86,57%
EPA 6	91,2%	100%	100%	97,06%	88,16%
EPA 7	91,2%	93,3%	93,3%	92,6%	79,26%
EPA 8	95,5%	100%	100%	98,5%	84,43%
EPA 9	88,9%	97,7%	95,6%	94,06%	76,3%
EPA 10	84,5%	100%	100%	94,84%	84,46%
EPA 11	95,6%	95,6%	97,8%	96,3%	88,16%
EPA 12	95,6%	93,4%	95,5%	94,83%	85,93%
EPA 13	91,1%	91,1%	97,8%	93,34%	82,2%
EPA 14	95,6%	97,8%	100%	97,8%	88,9%
EPA 15	94,6%	78,3%	72,9%	81,93%	59,83%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. EPAs nacionais em MFC.

EPA 1	Atendendo integralmente as condições em saúde em todas faixas etárias e ciclos de vida	Atribui confiança para atender integralmente condições de saúde em todas as faixas etárias e ciclos de vida, conduzindo consultas, manejando problemas prevalentes, promovendo ações preventivas, identificando situações de violência e defendendo direitos, assegurando cuidado abrangente, seguro e centrado na pessoa.
EPA 2	Atendendo pessoas de etnia, raça ou cultura semelhante ou distinta da sua própria	Atribui confiança para atender pessoas de diferentes etnias, raças ou culturas, considerando diversidades, avaliando impactos do racismo na saúde, registrando aspectos culturais, articulando recursos intersetoriais e promovendo educação antirracista, assegurando cuidado equitativo e culturalmente sensível.
EPA 3	Atendendo pessoas LGBTQIAPN+	Atribui confiança para atender pessoas LGBTQIAPN+, abordando sexualidade, manejando condições específicas, identificando situações de violência, acompanhando processos de modificação corporal e acionando redes de apoio, assegurando atendimento inclusivo e livre de discriminação.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

EPA 4	Atendendo pessoas vulnerabilizadas	Atribui confiança para atender pessoas vulnerabilizadas, manejando problemas de saúde em contextos específicos, prestando atendimento a vítimas de violência, realizando notificações e articulando a rede intersetorial, assegurando cuidado acessível, seguro e adequado às necessidades individuais.
EPA 5	Coordenando o cuidado com base nas necessidades da pessoa	Atribui confiança para coordenar o cuidado conforme as necessidades das pessoas, organizando registros clínicos, utilizando ferramentas de gestão, apoiando transições assistenciais e gerenciando recursos da rede, assegurando continuidade, eficiência e equidade.
EPA 6	Realizando cuidado domiciliar	Atribui confiança para realizar cuidado domiciliar, identificando elegibilidade, estratificando risco, coordenando equipes, conduzindo visitas e consultas, apoiando redes de suporte e orientando cuidadores, assegurando cuidado integral, seguro e personalizado.
EPA 7	Realizando procedimentos ambulatoriais	Atribui confiança para realizar procedimentos ambulatoriais, indicando e executando intervenções, organizando o ambiente, obtendo consentimento, acompanhando pós-procedimento e manejando intercorrências, assegurando qualidade, segurança e respeito à autonomia.
EPA 8	Realizando o atendimento inicial às situações de urgência e emergência	Atribui confiança para conduzir o atendimento inicial a urgências e emergências, organizando recursos, classificando risco, realizando suporte básico de vida e encaminhando adequadamente, assegurando respostas ágeis, eficazes e coordenadas.
EPA 9	Facilitando o ensino de Medicina de Família e Comunidade aos seus pares e outros aprendizes	Atribui confiança para facilitar o ensino em Medicina de Família e Comunidade, buscando evidências científicas, elaborando estratégias educacionais, aplicando metodologias centradas no aprendiz e favorecendo ambientes de ensino qualificados, assegurando aprendizagem contínua e colaborativa.
EPA 10	Atendendo pessoas acometidas por transtornos mentais	Atribui confiança para atender pessoas com transtornos mentais, realizando exames clínicos, formulando diagnósticos diferenciais, utilizando psicofármacos e intervenções não farmacológicas, manejando urgências psiquiátricas e articulando a rede de cuidado, assegurando atendimento integral, seguro e baseado em evidências
EPA 11	Organizando os processos de trabalho em saúde	Atribui confiança para organizar processos de trabalho em saúde, desenvolvendo vigilância epidemiológica, gerenciando fluxos assistenciais, fortalecendo o trabalho interprofissional e promovendo educação permanente, assegurando eficiência, colaboração e qualidade do cuidado.
EPA 12	Utilizando a abordagem familiar no cuidado às pessoas e suas famílias	Atribui confiança para utilizar a abordagem familiar, aplicando ferramentas diagnósticas e interventivas, conduzindo entrevistas e conferências familiares e articulando cuidados no contexto das relações, assegurando atendimento centrado no sistema familiar.
EPA 13	Utilizando a abordagem comunitária no cuidado das pessoas, família e comunidade	Atribui confiança para utilizar a abordagem comunitária, realizando territorialização, diagnóstico situacional, mobilização de recursos locais, educação popular e facilitação de grupos, assegurando cuidado alinhado às necessidades coletivas.
EPA 14	Promovendo acesso e continuidade do cuidado	Atribui confiança para promover acesso e continuidade do cuidado, reduzindo barreiras assistenciais, utilizando tecnologias de ampliação do acesso, estratificando risco, organizando agendas e realizando busca ativa, assegurando equidade e resolutividade.
EPA 15	Promovendo saúde planetária em seu contexto	Atribui confiança para promover saúde planetária, avaliando impactos socioecológicos, manejando condições relacionadas a crises ambientais, planejando ações mitigatórias e participando de iniciativas intersetoriais, assegurando compromisso com sustentabilidade e saúde global.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A elaboração das EPAs nacionais em MFC constitui um marco no desenvolvimento da especialidade no Brasil^{24,34}. O processo, conduzido com rigor metodológico e científico, assegurou consistência interna, validade de conteúdo e consenso profissional^{25,26,32,35}. Ademais, alinha-se às recomendações de Ten Cate et al.^{15,25,26}, que enfatizam que a formulação de EPAs deve ocorrer preferencialmente em âmbito nacional ou no interior de sociedades de especialidade, de modo a garantir unidade conceitual, representatividade e legitimidade, ainda que iniciativas locais e estudos independentes possam oferecer contribuições complementares relevantes³⁶⁻³⁹.

Uma década após a publicação do primeiro marco curricular da especialidade⁴⁰, profundas transformações epidemiológicas, sociais e tecnológicas têm redefinido o papel da APS e ampliado sua capacidade resolutiva^{5,10}. Nesse cenário, torna-se indispensável atualizar o referencial formativo, qualificar os processos avaliativos e alinhar a MFC às agendas globais de desenvolvimento sustentável, cobertura universal e fortalecimento dos sistemas de saúde⁴¹⁻⁴³.

As EPAs refletem essa posição estruturante ao organizarem atividades que expressam o núcleo identitário da especialidade e ao descreverem, de forma operacional, as responsabilidades que caracterizam o desempenho pleno da médica e do médico de família e comunidade^{44,45}. Ao articularem pessoa, família, território, sistema de saúde e determinantes sociais e ambientais, traduzem um modelo de cuidado coerente com a complexidade das necessidades da população.

O conjunto resultante incorpora dimensões contemporâneas que ampliam e tensionam o escopo formativo da especialidade, reforçando a demanda por profissionais capazes de atuar em cenários de complexidade multidimensional crescente⁴⁶. Torna-se explícito que o cuidado clínico qualificado é indissociável da responsabilidade social, do compromisso antirracista, da promoção da inclusão, diversidade e equidade, bem como da incorporação da perspectiva da saúde planetária⁴⁷⁻⁴⁹. Esses compromissos se realizam na atenção à pessoa e à família, no domicílio, na comunidade e nas ações intersetoriais e interinstitucionais que estruturam a prática da MFC – prática que, em última instância, constitui expressão de justiça social no acesso à saúde¹.

Simultaneamente, as EPAs aproximam a MFC das tendências internacionais que definem padrões de prática profissional orientados à segurança, à qualidade e à previsibilidade formativa^{50,51}, preservando as especificidades e necessidades do contexto brasileiro⁵².

Ao complementarem a matriz nacional de competências, as EPAs constituem um instrumento direto, observável e alinhado ao raciocínio clínico da prática, orientando decisões

sobre autonomia progressiva do residente⁵³. Contudo, seu potencial transformador extrapola a função avaliativa. A adoção das EPAs atua como indutora de reorganização educacional ao permitir o mapeamento detalhado do currículo e de seus agentes formadores, tornando visíveis congruências e incongruências entre a oferta educacional e a experiência efetiva do residente^{12,54}. Esse processo orienta ajustes na matriz de cenários, fortalece sistemas avaliativos baseados na triangulação de evidências e identifica necessidades de desenvolvimento do corpo educacional⁵⁵, tanto nas dimensões pedagógicas – avaliação por competência, atribuição de níveis de confiança, práticas qualificadas de feedback – quanto nas clínicas, assegurando que a supervisão reflita padrões contemporâneos da MFC.

Por fim, ao estabelecerem parâmetros nacionais de qualidade educacional, as EPAs cumprem também uma função política, especialmente em um contexto marcado por políticas de expansão da formação historicamente pouco acompanhadas por mecanismos robustos de garantia da qualidade^{14,56,57}. Assim, as EPAs não apenas orientam a avaliação da competência individual, mas também se configuram como instrumento de governança educacional e como eixo estruturante para o fortalecimento da MFC e da APS no país¹⁰.

CONCLUSÃO

A elaboração das EPAs nacionais em MFC constitui uma afirmação inequívoca do compromisso da especialidade – e da SBMFC – com a qualidade educacional. O potencial transformador desse referencial decorre justamente de sua força afirmativa: ao tornarem explícitas as unidades de prática profissional que definem o exercício pleno da MFC, com suas dimensões éticas, técnicas e sociais, renovam o debate sobre a formação e fortalecem a governança dos processos educacionais no país. Ao fazê-lo, reafirmam a necessidade de valorização e de investimentos estruturantes e contínuos na RM, o caminho central e sustentável para a formação de especialistas capazes de responder, com competência, às necessidades reais da população e dos sistemas de saúde. As EPAs, assim, abrem um horizonte de responsabilidade e reivindicação permanentes: pela qualidade, pela coerência e pelo compromisso com uma educação médica verdadeiramente transformadora para a saúde brasileira.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ugo Caramori participou da conceitualização do estudo, da curadoria e análise dos dados, da investigação, metodologia e administração do projeto, e da redação do manuscrito. Andrea Taborda Ribas da Cunha participou da conceitualização do estudo, da análise formal dos dados, da obtenção de

financiamento, da investigação, metodologia e administração do projeto, e da redação do manuscrito. Leonardo de Andrade Rodrigues Brito participou da curadoria e análise formal dos dados, da investigação e metodologia do projeto, e da redação do manuscrito. Rafaela Alves Pacheco participou da conceitualização do estudo, da investigação e metodologia do projeto, e da redação do manuscrito. Rafaela Aprato Menezes participou da investigação e metodologia do projeto, e da redação do manuscrito. Cassandra Renault Pisco participou da conceitualização do estudo, da investigação e metodologia do projeto, e da redação do manuscrito. Fernanda Lazzari Freitas, Mauro Magaldi Lins e Lívia Hinz Calião participaram da investigação e metodologia do projeto, e da redação do manuscrito. Zeliete Linhares Leite Zambom participou da conceitualização do estudo, da obtenção de financiamento e da redação do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Gustavo Salata Romão, educador médico e referência nacional em EPAs no Brasil, cuja atuação voluntária, marcada por permanente disponibilidade e orientação acadêmica qualificada, sustentou as diversas etapas deste estudo. Sua contribuição expressa, de modo exemplar, um compromisso pessoal inequívoco com a ciência enquanto bem público e com a formação profissional orientada pela qualidade educacional. Expressamos igualmente nosso reconhecimento à diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (gestão 2024–2026), representada pelo presidente Fabiano Gonçalves Guimarães, pelo suporte ao Grupo Gestor das EPAs Nacionais de Medicina de Família e Comunidade e pelo apoio institucional que possibilitou a articulação deste projeto ao plano de gestão da entidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

O financiamento dos custos operacionais foi provido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, sem qualquer forma de remuneração, pagamento ou repasse financeiro a pessoas físicas, incluindo participantes da pesquisa e pesquisadores.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

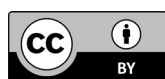
Os dados de pesquisa só estão disponíveis mediante solicitação.

REFERÊNCIAS

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394:345-56. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).

2. Oliveira Andrade R de. Brazil's struggle to reconstruct healthcare post-Bolsonaro. *BMJ*. 2023; 381:805. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p805>.
3. Stephens GG. The intellectual basis of family practice. *J Fam Pract*. 1975; 2:423-28.
4. World Health Organization. Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity. Geneva: WHO; 2024.
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-58. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
6. Romão GS, Sá MFSd, Fernandes CE, et al. Residência médica: ensino e avaliação de competências. Barueri: Manole; 2022.
7. Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91:853-63. doi: <https://doi.org/10.2471/blt.13.118729>.
8. Taha MH, Mukhtar WNO, Preston R. The evolving role of the medical profession and medical graduates. In: Abdalla ME, Taha MH, Boelen C, editors. *Social accountability of medical schools*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. p.17-29.
9. World Health Organization. Global competency and outcomes framework for universal health coverage. Geneva: WHO; 2022.
10. Allen LN, Rasanathan K, Mash R, et al. Models of global primary care post-2030. *The Lancet Primary Care*. 2025;1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100027>.
11. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
12. Caramori U, Cunha ATR da, Brito L de AR, et al. Ecos do fórum: passos iniciais da implementação das EPAs. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2025.
13. Campbell J, Cleland J, Janczukowicz J, et al. Health worker education, employment and equity: aligning markets and strategies. *Med Teach*. 2025;47:763-5. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2469604>.
14. Caramori U. Medical education in Brazil: more schools, but what for? *Med Teach*. 2025;47: 1857-8. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2503378>.
15. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43:1106-14. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1838465>.
16. Ten Cate O, Chen HC. The ingredients of a rich entrustment decision. *Med Teach*. 2020;42: 1413-20. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1817348>.
17. Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, et al. Entrustment decision making: extending Miller's pyramid. *Acad Med*. 2021;96:199-204. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003800>.
18. Englander R, Frank JR, Carraccio C, et al. Toward a shared language for competency-based medical education. *Med Teach*. 2017;39:582-7. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315066>.
19. Schumacher DJ, Cate OT, Damodaran A, et al. Clarifying essential terminology in entrustment. *Med Teach*. 2021;43:737-44. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1924365>.
20. Ten Cate O, Hennis MP, Khursigara-Slatery N, et al. Entrustable professional activities, entrustment, and the conceptualization of competence in the health professions. In: *Entrustable professional activities and entrustment decision-making in health professions education*. Ubiquity Press; 2024. p.15-24.
21. Brasil. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Diário Oficial da União*; 2020.
22. Pangaro L, ten Cate O. Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE Guide No. 78. *Med Teach*. 2013;35:e1197-210. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.788789>.
23. Holmboe ES, Durning SJ. Direct observation. In: *Practical guide to the assessment of clinical competence*. Philadelphia: Elsevier; 2025. p.90-117.

24. Caramori U, Cunha ATR da, Brito L de AR, et al. EPAs nacionais em medicina de família e comunidade: estratégias e ações para elaboração de EPAs na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2025.
25. Hennus MP, Holzhausen Y, Ladenheim RI, et al. Approaches to identifying and elaborating entrustable professional activities. In: *Entrustable professional activities and entrustment decision-making in health professions education*. Ubiquity Press; 2024. p.101-10.
26. Hennus MP, Jarrett JB, Taylor DR, et al. Twelve tips to develop entrustable professional activities. *Med Teach*. 2023;45:701-7. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2197137>.
27. McMillan S, King M, Tully M. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int J Clin Pharm*. 2016;38:655-62. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>.
28. Taylor DR, Park YS, Egan R, et al. EQual, a Novel Rubric to Evaluate Entrustable Professional Activities for Quality and Structure. *Acad Med*. 2017;92:S110-S117. doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001908>.
29. Schifano J, Niederberger M. The Delphi technique in the health sciences. In: Liamputtong P, editor. *Handbook of concepts in health, health behavior and environmental health*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2025. p.1-22.
30. Jorm A. Steps in Carrying out a Delphi Study. In: *Using the Delphi method to establish expert consensus*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2025. p.41-93.
31. Ten Cate O, Schumacher DJ. Entrustable professional activities versus competencies and skills: Exploring why different concepts are often conflated. *Advances in Health Sciences Education*. 2022;27:491-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10098-7>.
32. Jorm A. Conditions for a valid consensus. In: *Using the Delphi method to establish expert consensus*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2025. p.29-39.
33. Fabricant PD. Interrater and intrarater reliability studies. In: *Practical clinical research design and application*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024. p.89-95.
34. Cunha ATR da, Caramori U, Brito L de AR, et al. EPAs nacionais em medicina de família e comunidade: marco zero. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2025.
35. Touchie C, ten Cate O, Park YS, et al. Validity theory applied to entrustment as an approach to assessment. In: *Entrustable professional activities and entrustment decision-making in health professions education*. Ubiquity Press; 2024. p.51-63.
36. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, et al. Entrustable professional activities in family medicine. *J Grad Med Educ*. 2013;5:112-8. doi: <https://doi.org/10.4300/jgme-d-12-00034.1>.
37. Garvin R, Mazzone M. Entrustable professional activities (Epas): the next step. *Ann Fam Med*. 2017;15:283-283. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.2082>.
38. Valentine N, Wignes J, Benson J, et al. Entrustable professional activities for workplace assessment of general practice trainees. *Med J Aust*. 2019;210:354-9. doi: <https://doi.org/10.5694/mja2.50130>.
39. Brito L de AR, Caramori U, D'Abreu NB, et al. Atividades profissionais confiáveis para a residência em medicina de família e comunidade no contexto brasileiro. *Rev Bras Educ Med*. 2025; 49.
40. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Currículo baseado em competências para a medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro: SBMFC; 2014.
41. World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneva: WHO; 2016.
42. World Health Organization. *Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity*. Geneva: WHO; 2024.
43. World Health Organization. *World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO; 2025.
44. Burford B, Vance G. When I say ... preparedness. *Med Educ*. 2014;48:849-50. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.12427>.
45. Cate Ot. An updated primer on entrustable professional activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2019;43:712-20.
46. Hennus MP, van Dam M, Gauthier S, et al. The logic behind entrustable professional activity frameworks: a scoping review of the literature. *Med Educ*. 2022;56:881-91. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14806>.
47. Thoma B, Karwowska A, Samson L, et al. Emerging concepts in the CanMEDS physician competency framework. *Can Med Educ J*. 2022. doi: <https://doi.org/10.36834/cmej.75591>.
48. Rasheed MA. The case for a Global South centred model in global health. *BMJ*. 2023;383: 2256. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p2256>.
49. Rashid MA, Grant J. Power and place: uncovering the politics of global medical education. *Med Educ*. 2024;58:930-8. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.15459>.
50. Mahat A, Dhillon IS, Benton DC, et al. Health practitioner regulation and national health goals. *Bull World Health Organ*. 2023;101:595-604. doi: <https://doi.org/10.2471/blt.21.287728>.
51. Aftab W, Khan M, Rego S, et al. Variations in regulations to control standards for training and licensing of physicians: a multi-country comparison. *Human Resour Health*. 2021;19(1):91. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00629-5>.
52. Nel D, Romao GS, Peters S, et al. The importance of selecting contextually relevant EPAs. *Med Teach*. 2025;1. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2495641>.
53. Kinnear B, Warm EJ, Caretta-Weyer H, et al. Entrustment unpacked: aligning purposes, stakes, and processes to enhance learner assessment. *Acad Med*. 2021;96:S56-S63. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004108>.
54. Ten Cate O. Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. *J Grad Med Educ*. 2013;5:6-7. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00381.1>.
55. Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, et al. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015;37:983-1002. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>.
56. Avena KM, Quintanilha LF, Luzardo RL, et al. Lessons learned from the expansion of medical schools in Brazil: a review of challenges and opportunities. *Front Educ*. 2025;9:10. doi: <https://doi.org/10.3389/feedu.2024.1494445>.
57. Amaral E, Norcini J. Quality assurance in health professions education: role of accreditation and licensure. *Med Educ*. 2023;57:40-8. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14880>.



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.