**INTRODUÇÃO**  
O fracionamento do conhecimento científico, associado ao desenvolvimento tecnológico acelerado, tem conduzido a um verdadeiro remodelamento da carreira médica, resultando em fragmentação cada vez maior na especialização dos profissionais. O médico contemporâneo já se conscientizou que a competência profissional é hoje sinônimo de especialização, condição necessária para o bom exercício da medicina e para a concorrência no mercado de trabalho, incorporando cada vez mais as tecnologias disponíveis.

Com as políticas governamentais de criação de novos cursos de medicina, este cenário se torna cada vez mais competitivo, uma vez que, segundo dados de 2017, existem no Brasil 287 cursos de medicina, sendo que 146 (56,6%) são privados (no momento em que este texto estava sendo redigido, o governo federal anunciava a autorização para mais 11 cursos de medicina no Brasil), que oferecem 23.589 vagas/ano. Segundo a proposta governamental, até o ano 2016 o Brasil passará de 374.000 para 600.000 médicos, atingindo a meta de 2,7 médicos /1000 habitantes. Dentro deste plano de expansão e seguindo os preceitos do Programa Mais Médicos, todas as novas escolas médicas deverão oferecer, para cada aluno de graduação formado, uma vaga equivalente de residência médica. Estão previstas mais 12.400 novas vagas para a formação de especialistas. Com intuito de atingir os municípios mais distantes, esta política visa criar uma pletora de profissionais de tal sorte que a alta concentração de médicos nas grandes metrópoles os obrigará a se “desconcentrar”, procurando centros menores para o trabalho.

Hoje, a concentração de médicos nas capitais brasileiras é de 4,84 médicos/1000 habitantes, enquanto nas cidades do interior esta média cai para1,23 /1000 habitantes.(1)  
Entretanto, esta alta concentração de médicos nos grandes centros urbanos tem razões que vão desde salários, condições de trabalho, qualidade de vida, possibilidade de aperfeiçoamento e especialização, plano de carreira e reconhecimento profissional.(1)

Para vencer a concorrência, os profissionais são “obrigados” a incorporar tecnologia e tal aprendizado se encontra nos grandes centros (em geral, os Universitários Especializados)que oferecem programas de treinamento. Dentre estes, os mais qualificados e recomendados são os Programas de Residência Médica (RM), que é a modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. É o modelo dominante de formação pós-graduada em medicina nas Américas e Europa e tem, como característica, o vínculo entre o aprendizado e a experiência em serviços de saúde qualificados.

Hoje é o alvo quase obrigatório dos estudantes de medicina nos países do 1º Mundo.

**Importância dos programas de residência médica na formação profissional**  
A RM é considerada o “Padrão Ouro” pela comunidade médica e possibilita aos seus concludentes um “status” diferenciado em relação aos demais médicos, uma vez que, ao seu término, o profissional recebe o Título de Especialista naquela área do conhecimento. Vale lembrar que a expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

No Brasil, entretanto, a RM tem se constituído em uma forma de corrigir eventuais deficiências da graduação, uma vez que boa parte dos cursos de medicina foi instituída, sem as mínimas condições de infraestrutura e recursos humanos, em cidades com baixa capacidade de atrair profissionais habilitados ao ensino e práticas da medicina moderna.

O modelo atual de residência médica deriva daquele experimentado por Halsted e articulado por este juntamente com Osler e Welch no Johns HopkinsHospital, com a finalidade de corrigir as inadequações decorrentes do treinamento não estruturado e assegurar que o médico residente desenvolva as competências necessárias à prática na sua especialidade de escolha.(2)

Os programas de RM têm, como característica principal, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma sistematizada e supervisionada por profissionais competentes. Procuram oferecer a formação profissional em todos os seus aspectos: técnicos, éticos e humanísticos. Eles são o caminho natural para alcançar o Título de Especialista em dezenas de especialidades médicas.

Esta titulação propicia ao outorgado, pelas qualificações que lhe confere, maior reconhecimento profissional e consequente melhor remuneração. Não são raros, nos dias de hoje, os concursos para instituições públicas ou privadas que exigem, como pré-requisito para os postulantes, o título de especialista conferido pelos programas de RM. Tal condição também possibilita melhor ascensão em planos de carreira e algumas operadoras de planos de saúde já estão exigindo para o credenciamento de membros de seu corpo clínico. Certamente, em futuro muito próximo, também a remuneração será diferenciada para os especialistas.

Tendo em vista a enorme quantidade de médicos que estão sendo colocados no mercado de trabalho pelo Programa Mais Médicos, será preciso proteger a própria população contra a “malpractice”, criando mecanismos para que se evite, ao máximo, que profissionais com notória deficiência de formação exerçam a Medicina. E para tal, programas de especialização qualificados precisam ser oferecidos aos recém-formados.

No Brasil, são oferecidas cerca de 20.582 vagas de residência de 1º ano, porém somente 4.334 (21%) são preenchidas.

No que diz respeito à Ginecologia e Obstetrícia, existem 282 Programas de RM em GO, que oferecem cerca de 4.399 vagas de R1 a R3. Entretanto, somente 2.439(55,4%) estão ocupadas, restando 1.960 vagas ociosas.

As razões que explicam a “sobra” de vagas para RM são várias, mas certamente um dos fatores mais importantes é a falta de qualidade de inúmeros programas oferecidos, mesmo entre aqueles aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Foram muitos novos programas implementados de uma só vez, atrelados à criação das novas escolas médicas, sem o devido planejamento. A infraestrutura em geral é deficiente e há pouco preparo dos preceptores e supervisores. Alguns programas são mal estruturados e com falhas graves na programação das atividades formativas. Há pouco (ou inexiste) intercâmbio entre os programas incipientes e os programas tradicionais consolidados e bem sucedidos. Observa-se, ainda, uma falta de consonância entre as necessidades da população e as vagas oferecidas. Todos estes fatores levam à baixa procura ou evasão dos aprendizes. Faltam incentivos governamentais específicos para especialidades prioritárias e há muitas vagas oferecidas para programas de pouca demanda e, inversamente, poucas vagas oferecidas para programas de alta demanda.

Para se qualificarem, os programas precisam cumprir pré-requisitos estruturais e de recursos humanos, ter conteúdo programático compatível com a necessidade da especialidade, objetivos e metas claros, bem descritos, “transparentes”. Ou seja, deve oferecer as oportunidades para que o aprendiz possa adquirir as competências necessárias ao exercício da especialidade.

Os seus preceptores precisam ter boa qualificação e receberem estímulos para se empenharem ao máximo na sua missão formadora. É desejável e necessário que haja avaliação periódica por órgãos competentes do Estado e das Associações de Especialidades (tanto do programa como dos médicos residentes).

Embora a CNRM ofereça as Diretrizes e a Programação exigidas para um Programa de RM, é muito difícil que os diversos programas em andamento atinjam a qualidade mínima desejável e necessária para a formação de um bom profissional devido às grandes dimensões do número de Programas disponíveis e a baixa capacidade de fiscalização da própria CNRM. Assim, embora com o título de especialista conferido pela CNRM, o médico pode não estar apto a exercer a especialidade com a qualidade desejada. O simples cumprimento da programação é suficiente para a concessão do título, sem uma avaliação de mérito aplicada pela CNRM ou outro órgão governamental.

Em decorrência do Decreto 8.516 de 2015(3), o governo federal reconhece o papel da AMB e das Associações de Especialidades conveniadas para concessão do título de especialista e/ou certificados de área de atuação. Isto significa que, por delegação da AMB, as Sociedades de Especialidades estão autorizadas a elaborar e aplicar os exames de suficiência para outorga do Título de Especialista pela AM/CFM/Associação de Especialidades.

A Febrasgo, há décadas, aplica o exame para a concessão do título de especialista em GO – TEGO, sob a outorga e estrita vigilância da AMB. A Diretoria da FEBRASGO delega à Comissão Nacional do TEGO – CNTEGO a responsabilidade pela elaboração, aplicação correção e todas as providências necessárias para a realização da prova, com o apoio do corpo funcional da Sociedade. A CNTEGO tem procurado aprimorar cada vez mais o processo de avaliação dos candidatos e, para a elaboração da prova, são adotados rigorosos critérios com base nos modernos conceitos de avaliação. Assim, é importante que os membros CNTEGO tenham conhecimento e vivência dos processos de ensino e treinamento dos residentes, suas oportunidades e limitações, de modo a estabelecer quais os parâmetros mínimos de conhecimento necessários para a outorga do título de especialista.

Com base nestas premissas e com o conhecimento do fato de que, no Brasil, inúmeros programas de residência médica foram implementados sem o devido preparo dos preceptores para a formação dos aprendizes e pela não disponibilidade de uma infraestrutura adequada, a Diretoria Científica da Febrasgo tomou a iniciativa de criar uma Comissão Especial de Educação Médica, de caráter temporário, composta por professores com ampla experiência em formação e treinamento de residentes. Sua missão específica foi estabelecer uma Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO), que fosse apresentada para todos os Preceptores e Responsáveis pelos Programas de Residência Médica em GO do Brasil, servindo de balizamento no processo de formação e treinamento dos residentes.  
  
Foram levadas em conta as diversidades regionais e suas peculiaridades, a capacidade de recursos humanos e as limitações econômicas, de modo a compor um programa que fosse possível a ser atingido, pelo menos na maioria dos serviços disponíveis.  
  
A Comissão teve, como princípio, para a elaboração da MCGO o aproveitamento da expertise dos membros das Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo– CNEs que, com o conhecimento específico em suas áreas de atuação e vivência em programas de residência consolidados, contribuíram sobremaneira na elaboração do documento final.

A seguir, apresentamos o modus faciendi da Matriz de Competências que a Diretoria da FEBRASGO estará apresentando aos seus associados e que será submetido à apreciação da CNRM.

**Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia**

A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO) é uma iniciativa da Diretoria Científica da FEBRASGO e tem como objetivos essenciais:

• Assegurar maior consistência e coerência na orientação dos Programas de Residência Médica (PRM) em Ginecologia e Obstetrícia.

• Distribuir as competências de maneira hierarquizada e crescente em complexidade para o primeiro, segundo e terceiro ano de residência.

• Referenciar a avaliação do médico residente em Ginecologia e Obstetrícia para cada um dos seus componentes: conhecimentos, habilidades e atitudes.

• Permitir o aprendizado do residente a partir da avaliação transparente e ajustada ao seu nível de progressão.

• Referenciar a avaliação de Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.  
• Orientar a preceptoria e supervisão local dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia.

  
**Figura 1. Procedimentos envolvidos na elaboração e validação da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia**

A Metodologia utilizada na Elaboração da Matriz de Competências (figura 1) é internacionalmente aceita e validada, partindo de uma proposta inicial hierarquizada, baseada em modelos internacionais(4,5) e nas Diretrizes Nacionais para os Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRM-GO),(6) considerando a realidade local dos PRMs e o nível profissional pretendido para servir à sociedade brasileira. O trabalho foi desenvolvido por uma Comissão Especial de Educação Médica (CEM), composta por membros da Febrasgo, com expertise reconhecida em ensino e treinamento na área de ginecologia e obstetrícia.

A versão inicial da Matriz apresentava 24 eixos de competências, sendo cada eixo relacionado a uma área de atuação do ginecologista e obstetra. Esta subdivisão foi definida a partir das diretrizes nacionais do PRM-GO e modelos internacionais. Cada eixo da versão inicial foi enviado às Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo (CNEs), a ele relacionadas, para o processo de validação por pares no formato de painel de especialistas. Os membros das CNEs avaliaramos eixos em relação à pertinência e à adequação dos conhecimentos, habilidades e atitudes aos níveis preconizados (R1, R2 e R3), sugerindo a inclusão, exclusãoe/ou reformulação de itens.

As contribuições enviadas pelas CNEs foram analisadas e sintetizadas pela CEM para a confecção da versão final da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia, que consiste em 21 eixos relacionados às principais áreas de atuação do médico ginecologista e obstetra e ao perfil profissional pretendido.

**Definição de termos seguem abaixo algumas definições de termos utilizados nesta matriz:**

**Competência Médica:** capacidade médica verificável que integra os seguintes componentes: conhecimentos(C), habilidades (H), atitudes (A) e valores éticos (E).(7)

**Conhecimento (C):** cognição não relacionada diretamente à ação ou à atividade médica.(8)  
**Habilidade Clínica (H):** ação realizada pelo médico, relacionada ao cuidado. Pode contemplar um ou vários domínios como: habilidade de comunicação, habilidadepara exame físico, prática procedural e condução clínica do caso.(8) Ao longo de um treinamento,a aquisição das habilidades progride em termos de complexidade.(1) O desenvolvimento destas habilidades está relacionado a três subcomponentes:

• Conhecimento aplicado para contextualizar as indicações e a técnica (integração do conhecimento sobre “porque fazer” e “porque deve ser feito assim”)

• Desenvolvimento de habilidades motoras necessárias (procedurais)

• Contextualização clínica dos achados (raciocínio clínico)

**Atitudes (A):** inclui comportamentos observáveis, como senso de responsabilidade, dedicação, postura diante de situações difíceis, disposição para trabalhoem equipe, capacidade de receber críticas e percepção dos próprios limites.(9)  
**Supervisão:** consiste em fornecer orientação e feedback aos residentes sobre seu desenvolvimento educacional, profissional e pessoal durante o processo de formação, visando garantir cuidados seguros e apropriados aos pacientes.(10) O desempenho que precisa ser supervisionado e o tipo de supervisão se modificam na medida em queo residente progride em sua formação. De acordo com as normas dos PRM, são previstos 2 tipos de supervisão e sua escolha deve considerar o grau de autonomia do residente:

Supervisão direta: o supervisor acompanha e observa diretamente a atividade realizada pelo residente.(10)

Supervisão indireta: o supervisor não acompanha diretamente a atividade realizada pelo residente, mas se encontra disponível no local da atividade para oferecer apoio imediato caso seja solicitado.(10)

**Aquisição de autonomia:** ao longo do PRM, espera-se que as novas competências sejam adquiridas sob supervisão direta, evoluindo progressivamente para supervisão indireta na medida em que o residente demonstre desempenho satisfatório na realização da atividade. Partindo do pressuposto que a aprendizagem baseada em competências segue um padrão crescente de complexidade, espera-se que a aquisição das mesmas se processe da seguinte forma:

• R1: aquisição de competências clínico-cirúrgicas de baixa complexidade sob supervisão direta.

• R2: aquisição de competências clínico-cirúrgicas de alta complexidade sob supervisão direta e realização de competências clínico-cirúrgica de baixa complexidade sob supervisão indireta.• • • • R3: realização de competências clínico-cirúrgica de baixa e alta complexidade sob supervisão indireta.

**Versão final da Matriz**

A versão final da Matriz de Competências é apresentada em 21 eixos de competências, sendo 19 relacionados às áreas de atuação esperadas para o ginecologista e obstetra e 2 relacionados a componentes essencialmente atitudinais, que tratam respectivamente da Cultura de Segurança do Paciente (Eixo 20) e Profissionalismo (Eixo 21), do qual fazem parte as Habilidades de Comunicação, Trabalho em Equipe e Ética Profissional.

Os 21 eixos estão representados na tabela 1.

Estes dois últimos eixos representam uma inovação em termos de diretrizes nacionais para programas de residência e pretendem fortalecer, junto aos profissionais egressos dos programas de residência médica, hospitais e serviços prestadores de assistência à saúde da mulher, estes novos referenciais de Saúde Global, Humanização e Qualificação do Cuidado.

Cada um dos eixos apresenta as competências esperadas para o residente ao final do primeiro (R1), segundo (R2) e terceiro (R3) anos de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, sendo que as competências para o R2 são cumulativas em relação ao R1 e as competências para o R3 são cumulativas em relação ao R1 e o R2. Em cada eixo, as competências foram subdivididas em seus componentes fundamentais: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A).Esta subdivisão facilita a orientação dos processos de avaliação do residente em termos de cognição, habilidades técnicas e atitudes.

Para cada um dos componentes das competências médicas, existem métodos validados e reconhecidos na literatura para sua avaliação específica, como o Teste de Progresso (para o componente cognitivo),(11) o OSCE (para as habilidades clínicas em ambiente simulado)(12,13) e o MiniCex (para a avaliação de desempenho profissional em cenários da prática real).(14,15)  
**Tabela 1. Eixos da Matriz de Competências**

1. Atenção à Saúde e Cuidados com a gravidez e suas complicações no período pré-natal;

2. Atenção à Saúde e Cuidados com a gravidez e suas complicações no período intraparto;

3. Atenção à Saúde e Cuidados com as complicações no período puerperal;

4. Habilidades técnicas em Procedimentos e Cirurgias em Obstetrícia;

5. Habilidades técnicas em Procedimentos e Cirurgias em Ginecologia (Laparotomias);

6. Habilidades técnicas em Procedimentos e Cirurgias em Ginecologia (Cirurgias vaginais);  
7. Habilidades técnicas em Procedimentos e Cirurgias em Ginecologia (Endoscopia);

8. Cuidados perioperatórios;

9. Atenção à Saúde e Cuidados nas desordens do assoalho pélvico (incontinência urinária e fecal, prolapsos genitais);

10. Atenção à Saúde e Cuidados na abordagem das massas pélvicas;

11. Atenção à Saúde e Cuidados na dor pélvica aguda e crônica

12. Atenção à Saúde e Cuidados na contracepção e planejamento familiar;

13. Atenção à Saúde e Cuidados no sangramento uterino anormal;

14. Infecções em Ginecologia e Obstetrícia;

15. Condições e Patologias relacionadas à Ginecologia Endócrina;

16. Atenção à Saúde e Cuidados no controle do câncer de colo nos níveis primário e secundário;

17. Atenção à Saúde e Cuidados nas patologias mamárias a nível primário e secundário;

18. Atenção à Saúde e Cuidados nas urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia;

19. Atenção à Saúde e Cuidados em desordens não originárias do aparelho reprodutor;

20. Segurança do Paciente em Ginecologia e Obstetrícia, e

21. Profissionalismo.

Referências  
1. Schefer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP/Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Con- selho Federal de Medicina; 2015.  
2. Long DM. Competency‐based residency training: the next advance in graduate medical education. Acad Med. 2000;75(12):1178-83.  
3. Decreto No. 8.516, de 10 de setembro de 2015 [Internet]. Re- gulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 dejulho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. 2015 [citado 2016 Abr 14]. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decre-> to/d8516.htm>  
4. Bienstock JL, Edgar L, McAlister R. Obstetrics and Gynecology Milestones. J Grad Med Educ. 2014; 6(1 Suppl 1):126-28. doi: 10.4300/JGME-06-01s1-08  
5. The Accreditation Council for Graduate Medical Education, The American Board of Obstetrics and Gynecology, The American College of Obstetrics and Gynecology. The Obstetrics and Gy- necology Milestone Project. Chicago: ACGME/ABO+G/ACOG;2015.  
6. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Co- missão Nacional de Residência Médica [Internet]. Resolução CNRM No. 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitosmínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras pro- vidências. 2006 [citado 2016 Mar 13]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=-> download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Ite- mid=30192>  
7. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638-45. doi:10.3109/0142159X.2010.501190  
8. Michels ME, Evans DE, Blok GA. What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Del- phi process. Med Teach. 2012;34(8):e573-81. doi:10.3109/0142159X.2012.669218  
9. de Haes JC, Oort F, Oosterveld P, ten Cate O. Assessment of medical students’ communicative behaviour and attitudes: es- timating the reliability of the use of the Amsterdam attitudesand communication scale through generalisability coefficients. Patient Educ Couns. 2001;45(1):35-42. doi: 10.1016/S0738-3991(01)00141-0  
10. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: effective educational and clinical supervision. Med Teach. 2007;29(1):2-19. doi: 10.1080/01421590701210907  
11. Schuwirth LWT, van der Vleuten CPM. The use of progress testing. Perspect Med Educ. 2012;1(1):24-30. doi: 10.1007/s40037-012-0007-2  
12. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assess- ment of clinical competence using objective structured exa- mination. Br Med J. 1975;1(5955):447-51. doi: 10.1136/bmj.1.5955.447  
13. Casey PM, Goepfert AR, Espey EL, Hammoud MM, Kaczmarczyk JM, Katz NT, et al. To the point: reviews in medical education- -the Objective Structured Clinical Examination. Am J Obstet Gy- necol. 2009;200(1):25-34. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.878  
14. Guraya SY, Guraya SS, Mahabbat NA, Fallatah KY, Al-Ahmadi BA, Alalawi HH. The desired concept maps and goal setting for assessing professionalism in medicine. J Clin Diagn Res.2016;10(5):JE01-5. doi: 10.7860/JCDR/2016/19917.7832  
15. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med. 1995;123(10):795-9.