

A formação orientada por competências e a matriz de competências em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil

Gustavo Salata Romão¹, Marcos Felipe Silva de Sá²

1. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

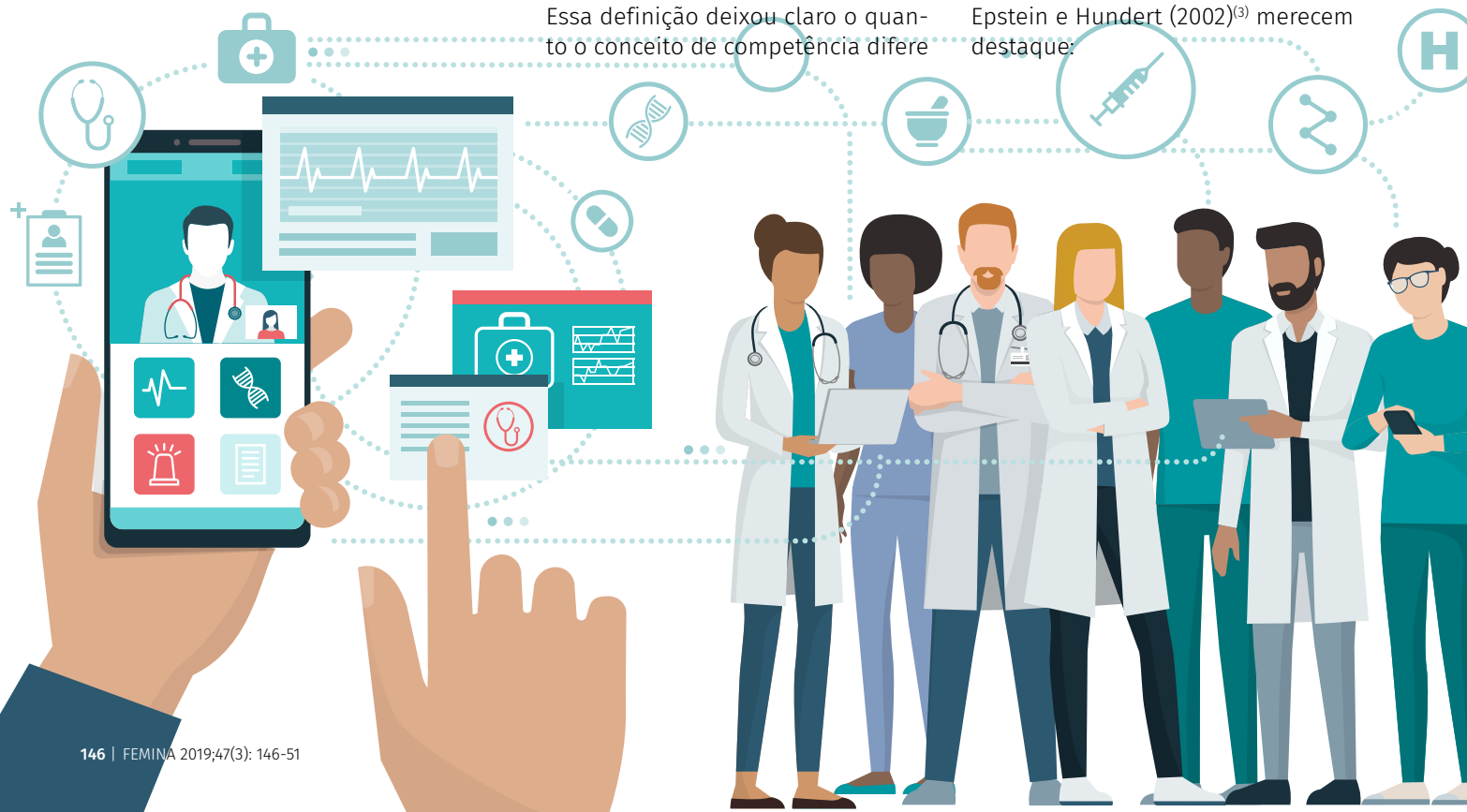
Autor correspondente

Gustavo Salata Romão
Av. Costábile Romano, 2.201,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
gsalataromao@gmail.com

Embora a ideia do desenvolvimento de competência profissional já fosse ventilada desde as décadas de 1970 e 1980,^(1,2) o termo “competência médica” permaneceu indefinido até os anos 2000, quando uma ampla revisão de literatura sobre avaliação de competência de médicos, residentes e estudantes de medicina publicados entre 1966 e 2001 procurou esclarecer melhor o seu significado.⁽³⁾ O resultado desse estudo foi publicado em 2002 por Epstein e Hundert⁽³⁾ no JAMA, definindo competência médica como “o uso habitual e criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária em benefício do indivíduo e da comunidade a ser atendida”.⁽³⁾ Essa definição deixou claro o quanto o conceito de competência difere

de habilidade. Esta última é utilizada para designar a capacidade de realizar atos e ações técnico-cognitivas específicas, tais como a inserção de dispositivo intrauterino, o exame obstétrico, as manobras de assistência ao parto e a comunicação de más notícias. O conceito de competência é mais amplo e contempla a integração de conhecimentos, habilidades e atitudes.^(3,4) Portanto, competência médica é um termo de natureza multidimensional e compreende um conjunto de domínios cognitivos, técnicos, integrativos, de relacionamento interpessoal, afetivo-morais e hábitos mentais (Quadro 1).⁽³⁾

Alguns aspectos relativos aos subcomponentes da competência médica baseada na definição de Epstein e Hundert (2002)⁽³⁾ merecem destaque:



Aquisição e uso do conhecimento: Embora a medicina baseada em evidência seja a grande fonte de aquisição de conhecimento confiável no esclarecimento de dúvidas clínicas, para o desenvolvimento de competências clínicas, o conhecimento tácito, heurístico e baseado em padrões de reconhecimento também assume grande importância. A vivência pessoal com os casos clínicos continua sendo uma grande fonte de aprendizado cognitivo para o médico.⁽³⁾

Aspectos integrativos do cuidado: a competência profissional não equivale apenas à demonstração de habilidades clínicas isoladas, mas à integração delas. Quando observamos a atividade médica como um todo, percebemos que existe uma diferença quando as habilidades técnicas estão integradas em relação à sua observação isolada. Um médico-residente que avalia a parturiente de acordo com os preceitos do partograma e demonstra habilidade técnica para realizar as manobras de parto em momentos isolados pode não prestar uma assistência ao parto adequada quando for exigida a integração dessas duas habilidades. Segundo Friedman *et al.*,⁽⁵⁾ “um profissional competente é aquele dotado da capacidade de pensar, sentir e agir como médico”. Mickleborough⁽⁶⁾ argumenta que a competência profissional é mais do que a habilidade de resolver problemas clínicos utilizando atalhos e conhecimento factual, mas se estende para a capacidade de lidar com situações incertas, desafiadoras e tomar decisões a partir de um conjunto limitado de informações.⁽⁶⁾ O enfrentamento de tais situações requer a mobilização das *expertises* científicas, clínicas e humanísticas para orientar o julgamento e as decisões.⁽⁷⁾ O estímulo à reflexão sobre a prática realizada pelo médico-residente por meio do *feedback* de seu supervisor promove o desenvolvimento das habilidades integrativas que permitem a integração de conhecimento e o manejo apropriado das incertezas.⁽³⁾

Quadro 1. Dimensões das competências profissionais do médico

COGNITIVAS
Conhecimento essencial
Habilidades de comunicação
Manejo da informação
Aplicação do conhecimento em situações reais da prática
Uso de conhecimento tácito e experiência profissional
Solução de problemas abstratos
Aprendizagem autodirigida para atualização
Identificação de lacunas de conhecimento
Postura investigativa e questionadora
Aprendizado a partir das experiências
TÉCNICAS
Habilidades no exame clínico
Habilidades cirúrgicas e procedimentais
INTEGRATIVAS
Incorporação dos aspectos científicos, clínicos e humanísticos ao julgamento
Utilização apropriadas de estratégias de raciocínio clínico (hipotético-dedutivas, reconhecimento e identificação a partir de padrões, conhecimento elaborado)
Integração de conhecimento básico-clínico e interdisciplinar
Manejo apropriado das incertezas
CONTEXTUAIS
Condições clínicas
Manejo do tempo
RELAÇÃO INTERPESSOAL
Habilidades de comunicação
Mediação de conflitos
Trabalho em equipe
Ensino aos outros (pacientes, estudantes e colegas)
AFETIVO-MORAL
Tolerância a ambiguidade e a ansiedade
Inteligência emocional
Respeito aos pacientes
Atendimento às necessidades dos pacientes e da sociedade
Cuidado
HÁBITOS MENTAIS
Observação de seus próprios pensamentos, emoções e técnicas
Reconhecimento e resposta aos desvios cognitivos e emocionais
Disposição para o aprendizado e correção de erros

Fonte: Adaptado de Epstein e Hundert.⁽³⁾

Relacionamento interpessoal e habilidades de comunicação:

a qualidade da comunicação e da relação que se estabelece entre o médico e a paciente interfere no estado de saúde, na recuperação, no controle das doenças crônicas e nos custos do tratamento. A comunicação apropriada com a paciente favorece a melhor compreensão das suas condições de saúde e a redução do grau de ansiedade.⁽⁸⁾ A atenção centrada na pessoa é pautada pela escuta qualificada, pela resposta aos seus sentimentos e pela inclusão da paciente e dos seus valores na definição do plano terapêutico. As habilidades para o trabalho em equipe são fundamentais para a segurança da paciente e maioria dos erros médicos é decorrente de falhas no trabalho em equipe.⁽³⁾

Dimensões afetivo-morais: o domínio afetivo-moral é um componente de difícil avaliação, porque envolve algumas características pouco tangíveis como a confiança e o profissionalismo. Estudos neurológicos indicam que o componente afetivo é central nos processos de julgamento e tomada de decisão, portanto a inteligência emocional é uma habilidade fundamental para a prática médica.⁽³⁾

Hábitos mentais: a competência profissional requer hábitos mentais que promovam a atenção, a curiosidade investigativa, a autoconsciência e a iniciativa em reconhecer e corrigir seus próprios erros. Um profissional competente deve ser capaz de identificar seu grau de ansiedade diante de situações de incerteza e avaliar o quanto seu estado emocional poderá interferir no julgamento clínico. De acordo com esse ponto de vista, erros médicos podem ser resultantes de uma segurança superestimada diante de situações incertas.⁽³⁾

Contexto: a competência é contexto-dependente e envolve as habilidades pessoais do profissional, as características da paciente, a atividade a ser realizada, o ambiente de trabalho e o sistema de saúde no qual a atividade está inserida.⁽³⁾

O movimento de reforma da educação médica tem sido um tema recorrente na literatura científica e objeto de diversas propostas desde o relatório de Flexner de 1910.⁽⁹⁻¹¹⁾ No final da década de 1990, o relatório *To err is human*, publicado pelo *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina – IOM),⁽¹⁰⁾ nos Estados Unidos, demonstrou que, apesar dos avanços conquistados no século XX, a assistência à saúde naquele país não era tão segura quando se pensava. Segundo esse relatório, produzido a partir dos resultados de dois grandes estudos, a estimativa de mortes evitáveis decorrentes de erros médicos nos Estados Unidos oscilava entre 44.000 e 98.000 ao ano, ou seja, mesmo as menores estimativas superavam as mortes por acidentes de trânsito, câncer de mama e AIDS.⁽¹⁰⁾

Esses resultados impulsionaram um movimento por parte da sociedade e das agências reguladoras para priorizar a educação médica orientada por competência (EMOC).^(1,2,9) Essa mudança visava formar profissionais mais preparados para os desafios da medicina moderna. No início dos anos 1990, o *Royal College of Physicians and Surgeons* (Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá) aprovou a matriz de competências para graduação em medicina denominada *CanMEDS*, que foi revisada e adotada como padrão para a formação médica no Canadá a partir

de 2005 (Quadro 2).⁽¹²⁾ Seguindo essa tendência, o *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (Conselho Americano de Credenciamento da Graduação em Medicina – ACGME) elaborou em 1999 a matriz de competências para graduação em medicina nos Estados Unidos (*Outcome Project*), que a partir de 2001 foi adotada como referência para a formação médica nos Estados Unidos (Quadro 3).^(13,14) O Sistema Nacional de Acreditação das escolas médicas americanas também foi reestruturado com base nessas competências (*The Next Accreditation System* – NAS) e passou a vigorar a partir de 2013.⁽¹⁵⁾ No Reino Unido, a reforma do ensino médico já havia se iniciado em 1993 com a publicação do documento *Tomorrow's doctor*. Esse documento foi revisado em 2002,⁽¹⁶⁾ 2009⁽¹⁷⁾ e 2018,⁽¹⁸⁾ sendo este último denominado *Outcomes for graduates* e corresponde a atual matriz de competências para graduação em medicina naquele país (Quadro 4).⁽¹⁸⁾ Esses países foram os primeiros a exigir que os programas de residência médica também sejam orientados por competências.⁽²⁾ As provas de certificação para a obtenção de título de especialista e licença profissional, por sua vez, também se tornaram orientadas pela avaliação de competências.^(9,13,19)

Essa mudança significou a transição de um sistema de formação baseado na aquisição de conheci-

Quadro 2. CANMEDS (Matriz de Competências para Graduação em Medicina no Canadá, 2005)

EXPERTISE MÉDICA	Conhecimento, habilidades clínicas e atitudes profissionais para prover cuidado aos pacientes
COMUNICADOR	Comunicador efetivo na relação médico-paciente
COLABORADOR	Habilidades para o trabalho em equipe na busca do melhor resultado no cuidado com o paciente
GESTOR	Mediar conflitos e participar da tomada de decisões dentro da equipe
DEFENSOR DA SAÚDE	Os médicos usam com responsabilidade a sua experiência e influência para promover a saúde e o bem-estar de pacientes, comunidades e populações individuais
ESTUDIOSO	Capacidade de autoaprendizagem a partir da experiência clínica
PROFISSIONALISMO	Ética e compromisso com a prática médica sustentável

Fonte: Adaptado de Frank e Danoff.⁽¹²⁾

Quadro 3. ACGME Outcome Project (Matriz de Competências para Graduação em Medicina nos Estados Unidos, 1999)

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	HABILIDADES INTERPESSOAIS E DE COMUNICAÇÃO
Comunicar efetivamente; demonstrar comportamento atencioso e respeitoso.	Criar e manter relações terapêuticas e éticas com os pacientes.
Reunir informações essenciais e precisas.	Comunicar-se efetivamente usando habilidades de escuta ativa, verbais, não verbais, questionadoras, explicativas e de redação.
Tomar decisões informadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas.	Comunicar-se eficazmente com pacientes, famílias e o público.
Desenvolver e executar planos de gestão de pacientes.	Comunicar eficazmente com médicos, outros profissionais de saúde e agências de saúde.
Realizar procedimentos médicos e invasivos com competência.	Trabalhar com outros prestadores de cuidados como líder de equipe ou membro.
Fornecer aconselhamento e educação ao paciente.	Atuar em um papel consultivo para outros médicos, agências relacionadas à saúde e formuladores de políticas.
Usar tecnologia.	Manter registros médicos.
Fornecer cuidados de saúde preventiva	PROFISSIONALISMO
Trabalhar em equipe para prestar cuidados com foco no paciente.	Demonstrar respeito, compaixão e integridade.
CONHECIMENTO MÉDICO	Demonstrar capacidade de resposta às necessidades do paciente que supera o interesse próprio.
Obter conhecimentos biomédicos, clínicos, sociocomportamentais e epidemiológicos.	Demonstrar responsabilidade perante pacientes, sociedade e profissão.
Demonstrar pensamento investigativo e analítico.	Demonstrar excelência e desenvolvimento profissional contínuo.
APRENDIZAGEM E MELHORIA BASEADAS NA PRÁTICA	Demonstrar adesão aos princípios éticos.
Identificar pontos fortes, deficiências e limites no conhecimento e na experiência.	Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a diversas populações de pacientes.
Definir metas de aprendizado e melhoria.	Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia do paciente.
Identificar e realizar atividades de aprendizagem apropriadas.	PRÁTICA BASEADA EM SISTEMAS
Incorporar <i>feedback</i> avaliativo formativo na prática diária.	Entender como as ações de uma pessoa afetam e são afetadas pelo sistema maior.
Analisar sistematicamente a sua prática e implementar mudanças para melhorá-la.	Trabalhar em vários serviços de saúde ou saúde pública.
Avaliar e usar evidências científicas.	Coordenar o atendimento ao paciente.
Usar a tecnologia para otimizar a aprendizagem.	Incorporar a consciência de custo e análise de risco-benefício.
Participar na educação de pacientes, familiares e outros profissionais de saúde.	Advogar pelo atendimento de qualidade ao paciente e pelos cuidados de saúde ou sistemas de saúde pública ideais.
	Trabalhar em equipes interprofissionais para melhorar a qualidade e segurança.
	Participar na identificação de erros do sistema.

Fonte: Adaptado de Swing.⁽¹⁴⁾

mento, a partir da exposição a conteúdos específicos, para um sistema orientado por competências, que visa à obtenção de um resultado final (perfil do egresso) a partir de um treinamento progressivo. A formação baseada na aquisição de conhecimento pressupõe uma duração predefinida da disciplina para que determinado conteúdo seja assimilado por todos os aprendizes. Já a formação orientada por competência estabelece níveis de competências (marcos ou *milestones*) que devem ser adquiridos e demonstra-

dos pelo aprendiz para que ele possa progredir, independentemente de seus pares. A formação baseada na aquisição de conhecimento é mais estática e centrada no conteúdo disciplinar, enquanto a formação orientada por competências é mais dinâmica, centrada no aprendiz e requer maior flexibilidade dos currículos e dos programas de treinamento. Na formação baseada na aquisição de conhecimento, o processo de avaliação é realizado ao final de cada bloco, estágio ou disciplina e se presta a verificar a assimilação do conteú-



do (avaliação “do aprendizado”). Na formação orientada por competências, o processo de avaliação é formativo (avaliação “para o aprendizado”) e voltado para a verificação das competências adquiridas a partir da observação do desempenho dos residentes, que inclui, além do conhecimento, a integração de habilidades procedurais, comunicação e componentes atitudinais.⁽²⁰⁾ A mudança da formação baseada na aquisição de conhecimento para a formação orientada por competências tem sido considerada a revolução flexneriana do século XXI.⁽⁹⁾

Em todo o mundo, a educação médica e o treinamento baseado em competências estão avançando para melhorar a segurança do paciente e formar médicos comprometidos com o profissionalismo, a educação continuada e a responsabilidade social.⁽²¹⁾ Em 2014, o ACGME, o *American Board of Obstetrics and Gynecology* (Conselho Americano de Obstetrícia e Ginecologia – ABOG), o *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (Conselho Americano de Obstetrícia e Ginecologia – ACOG) publicaram, em parceria com o NAS, o *Milestones Project*, uma matriz de competências essenciais para orientar os programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia nos Estados Unidos. O documento, produzido por meio de metodologia validada, possui 28 eixos de competências hierarquizados em cinco níveis de desempenho (*milestones*), sendo cada um correspondente a uma etapa do treinamento que se estende do aprendiz (nível 1) até o *expert* (nível 5).⁽²¹⁾ Outros países como Canadá, Reino Unido, Austrália e Holanda também publicaram matrizes de competência para a formação do ginecologista e obstetra baseadas nas competências essenciais para o exercício profissional em cada país.⁽²²⁾

No Brasil, a legislação também seguiu essas tendências e, em 2016, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 2.148 de 22 de julho de 2016, que homologou a Portaria CME nº 01/2016.⁽²³⁾ Essa portaria

Quadro 4. *Tomorrow’s Doctor – Outcomes for Graduates* 2018 (Estrutura da Matriz de Competências para Graduação em Medicina no Reino Unido, 2018)

RESULTADOS	
1	Valores profissionais e comportamentos
	Responsabilidades éticas e profissionais.
	Responsabilidades legais.
	Melhoria da segurança do paciente e da qualidade.
	Lidar com as complexidades e incertezas.
	Salvaguardar pacientes vulneráveis.
	Liderança e trabalho em equipe.
2	Habilidades profissionais
	Comunicação e habilidades interpessoais.
	Diagnóstico e manejo clínico.
	Prescrição segura de medicamentos.
	Uso da informação de forma efetiva e segura.
3	Conhecimento profissional
	Os serviços de saúde e o sistema de saúde nos quatro países.
	Aplicação de princípios científicos biomédicos.
	Aplicação de princípios da psicologia.
	Aplicação de princípios das ciências sociais.
	Promoção da saúde e prevenção de doenças.
	Pesquisa clínica e estudos acadêmicos.

Fonte: Adaptado de General Medical Council.⁽¹⁸⁾

disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME) do Ministério da Educação e Cultura e estabelece que, em todos os editais de concurso para título de especialista no Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB) deverá observar a matriz de competência e o tempo mínimo de formação na especialidade.⁽²³⁾

Diante da necessidade de reorientar e qualificar a formação do ginecologista e obstetra no Brasil, a Diretoria Científica da Febrasgo tomou a iniciativa de elaborar a primeira versão da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO) no Brasil. A versão inicial foi elaborada a partir de referências nacionais, como as diretrizes curriculares do Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia,⁽²⁴⁾ e internacionais, como o Projeto *Milestones* do ACOG.⁽²¹⁾ O documento inicial passou então por um processo de validação denominado

painel de especialistas, no qual os *experts* de 26 Comissões Nacionais de Especialidades da Febrasgo (CNE) avaliaram criteriosamente os eixos de competência, emitindo pareceres e sugestões por meio de um formulário estruturado. À luz das sugestões dos especialistas, a primeira versão da MCGO foi concluída, publicada na revista *Femina* em 2017⁽²⁵⁾ e disponibilizada no site da Febrasgo. Em 2018, a primeira versão da Matriz foi submetida à avaliação da AMB e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em Brasília, obtendo a sua aprovação como documento oficial na orientação dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia em todo o Brasil.⁽²⁶⁾

Em 2019, para otimizar ainda mais a formação orientada por competências na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, a primeira versão da Matriz passou por um processo de revisão em 2019. Novamen-

te, as CNEs foram consultadas e os seus especialistas emitiram pareceres e sugestões sobre o conteúdo dos eixos. Esses documentos foram compilados e analisados pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo (Coreme-Febrasgo), cujos membros possuem *expertise* em diferentes áreas de atuação e representam diferentes regiões brasileiras. A revisão final para a conclusão dos trabalhos também contou com a participação de especialistas nas áreas de oncologia, patologia obstétrica e mortalidade materna. O produto final desse trabalho foi a segunda versão da MCGO, ainda mais ajustada às necessidades de qualificação da formação e às diferentes realidades brasileiras. O documento apresenta 16 eixos de competências, incluindo segurança da paciente e profissionalismo. Além das competências já existentes na primeira versão, foram incorporadas competências especificamente relacionadas a temas relevantes em saúde pública como a mortalidade materna e sexualidade.

A formação médica orientada por competências é uma estratégia de treinamento integrada, progressiva, centrada no aprendiz e focada na verificação do desempenho esperado para a prática clínica do médico.⁽⁹⁾ Enfatiza a educação permanente e a responsabilização do aprendiz pelo seu desenvolvimento por meio da avaliação formativa. A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia constitui uma importante referência para uniformizar e qualificar os programas de residência médica nessa especialidade em todo o Brasil, como também para orientar os processos de formação e avaliação do residente e de certificação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

REFERÊNCIAS

- Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med.* 2002;77(5):361-7.
- Powell DE, Carraccio C. Toward competency-based medical education. *N Engl J Med.* 2018;378(1):3-5. doi: 10.1056/NEJMp1712900
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226
- Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrenner CA. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Acad Med.* 2013;88(8):1088-94. doi: 10.1097/ACM.0b013e31829a3b2b
- Friedman MH, Connell KJ, Olthoff AJ, Sinacore JM, Bordage G. Medical student errors in making a diagnosis. *Acad Med.* 1998;73(10 Suppl):S19-21.
- Mickleborough T. Intuition in medical practice: a reflection on Donald Schon's reflective practitioner. *Med Teach.* 2015;37(10):889-91. doi: 10.3109/0142159X.2015.1078893
- Feinstein AR. "Clinical Judgment" revisited: the distraction of quantitative models. *Ann Intern Med.* 1994;120(9):799-805.
- Laidlaw A, Hart J. Communication skills: an essential component of medical curricula. Part I: assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Med Teach.* 2011;33(1):6-8. doi: 10.3109/0142159X.2011.531170
- 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
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academies Press; 2000.
- Ferguson PC, Caverzagie KJ, Nousiainen MT, Snell L, ICBME Collaborators. Changing the culture of medical training: an important step toward the implementation of competency-based medical education. *Med Teach.* 2017;39(6):599-602. doi: 10.1080/0142159X.2017.1315079
- Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach.* 2007;29(7):642-7. doi: 10.1080/01421590701746983
- Holmboe ES, Edgar L, Hamstra S. The milestones guidebook. Chicago, IL: ACGME; 2016.
- Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* 2007;29(7):648-54. doi: 10.1080/01421590701392903
- Nasca TJ, Philibert I, Brigham T, Flynn TC. The next GME accreditation system—rationale and benefits. *N Engl J Med.* 2012;366(11):1051-6. doi: 10.1056/NEJMs1200117
- Rubin P, Franchi-Christopher D. New edition of Tomorrow's Doctors. *Med Teach.* 2002;24(4):368-9. doi: 10.1080/0142159021000000816
- General Medical Council (GMC). *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education.* Manchester: General Medical Council; 2009.
- General Medical Council (GMC). *Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education.* Manchester: General Medical Council; 2018.
- Swing SR. Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1278-88.
- Nousiainen MT, Caverzagie KJ, Ferguson PC, Frank JR, ICBME Collaborators. Implementing competency-based medical education: what changes in curricular structure and processes are needed? *Med Teach.* 2017;39(6):594-8. doi: 10.1080/0142159X.2017.1315077
- Bienstock JL, Edgar L, McAlister R. Obstetrics and gynecology milestones. *J Grad Med Educ.* 2014;6(1 Suppl 1):126-8. doi: 10.4300/JGME-06-01s1-08
- Garofalo M, Aggarwal R. Competency-based medical education and assessment of training: review of selected national obstetrics and gynaecology curricula. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(7):534-44.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.024
- Conselho Federal de Medicina [Internet]. Resolução CFM nº 2.148, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a homologação da Portaria CME nº 01/2016, que disciplina o funcionamento da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que normatiza o reconhecimento e o registro das especialidades médicas e respectivas áreas de atuação no âmbito dos Conselhos de Medicina. *Diário Oficial da União.* 2016 ago. 03 [citado 2017 Set 10];Seç 1:99. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2148_2016.pdf. Acesso em: 10 jan. 2029.
- Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2006 maio 19 [citado 2017 Out 12];Seç 1:23-36. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 10 jan. 2029.
- Romão GS, Reis FJC, Cavalli RC, Silva de Sá MF. Matriz de competência em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. *Femina.* 2017;45(3):172-7.
- Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia [Internet]. 2017 [citado 2019 Mar 10]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6511-ginecologia-obstetricia-ses-rm&Itemid=30192. Acesso em: 10 jan. 2029.