Projeto para Alcançar um Consenso no que respeita à Formação

pelo

EBCOG - Conselho Europeu e Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia

F. Scheele, J.E. van der Aa, A.J. Goverde (eds.)

Created with funding of

Erasmus+

Índice

Prefácio

Capítulo 1: **Conteúdo curricular – currículo de base**

Capítulo 2: **Conteúdo curricular – opcional**

Capítulo 3: **Competências gerais e sociais**

Capítulo 4: **Formação em competências comunicacionais e psicossociais**

Capítulo 5: **Formação simulada de competências de ginecologia**

Capítulo 6: **Formação simulada de competências de obstetrícia**

Capítulo 7: **Formação em competências de ecografia**

Capítulo 8: **Certificação e portefólio**
Adenda 1: Exemplos de formulários de avaliação
Adenda 2: Exemplo de portefólio

Capítulo 9: **Gestão da qualidade e reconhecimento da formação**

Capítulo 10: **Desenvolvimento do corpo docente**

Glossário

Colaboradores

Prefácio

Ao longo das últimas duas décadas, as alterações demográficas, os avanços na ciência e as políticas de saúde têm tido um grande impacto na prestação de cuidados de saúde em todo o mundo. Essas alterações influenciaram fortemente a educação e formação de especialistas e profissionais de saúde.

A estrutura, os conteúdos e a oferta de estudos de pós-graduação em medicina continuam a ser melhorados à medida que a medicina avança, novos desafios emergem, e a ciência e a arte de ensinar e aprender são valorizadas. Os educadores procuram criar um currículo capaz de dotar o especialista de ferramentas que lhe permitam dar resposta a ambientes em constante mudança.

O Conselho Europeu e Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia (EBCOG) tem estado na primeira linha no que se refere à melhoria dos padrões nos cuidados prestados às mulheres e aos seus bebés, na Europa e não só. Tem vindo a otimizar as normas da formação em obstetrícia e ginecologia, através de visitas a hospitais, introdução de um registo de ocorrências e, mais recentemente, através da introdução do sistema de bolsas (EFOG). Com a sua diversidade, a Europa representa um desafio significativo na oferta da formação em obstetrícia e ginecologia. Embora os especialistas se possam deslocar livremente pelas fronteiras, é necessário relembrar que também os pacientes se deslocam livremente, com diferentes necessidades em termos de saúde. O EBCOG está empenhado em definir os padrões da formação, definindo o nível de competências de especialistas certificados. A definição das **competências de base** dos especialistas de uma vasta área geográfica, com fatores sociodemográficos variáveis, é uma tarefa difícil mas desafiante. O Projeto para Alcançar um Consenso no que respeita Formação (PACT) tem conseguido definir as competências de base que todos devem adquirir, e as **competências opcionais** do currículo principal. Este documento deve ainda ajudar no desenvolvimento do currículo das **subespecialidades**.

Apesar de ser relativamente fácil obter determinadas competências em alguns países, a estratificação dessas competências ajudará o programa de aprendizagem na Europa a adaptar o novo currículo às necessidades do respetivo país.

Os grandes esforços e resultados alcançados pela equipa do PACT devem ser vistos como uma ferramenta que todos utilizem. O PACT unifica os especialistas na Europa em obstetrícia e ginecologia numa altura em que a união é mais necessária.

Aproveito a oportunidade para agradecer a todos os membros e grupos de trabalho do PACT.

Prof. Jacky Nizard

Presidente do Conselho Europeu e Colégio da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia

O currículo de formação do EBCOG-PACT: a nova norma de formação de pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia

Com a realização do currículo de formação do EBCOG-PACT em Obstetrícia e Ginecologia, concretizou-se um desejo de longa data. O EBCOG sempre reconheceu a importância da formação como o motor da prestação de cuidados de saúde de excelência às mulheres e aos seus bebés, na Europa. Com este currículo de formação do EBCOG-PACT assumimo-nos como uma especialidade médica que implementa programas de formação de última geração na Europa.

Como sucessor das Normas de Cuidados de Saúde da Mulher na Europa, publicadas pelo EBCOG em 2014, o currículo de formação do EBCOG-PACT define os padrões da formação de pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia na Europa. Estes padrões visam alcançar determinadas metas no domínio médico-profissional, mas também oferecem orientação no que respeita a métodos de formação, *entrustment*, desenvolvimento do corpo docente e gestão da qualidade da formação. Através do processo de tentar obter consenso em relação às competências, ao nível da prática independente, para todos os internos em Obstetrícia e Ginecologia, no final da sua formação, o EBCOG-PACT construiu as bases para a implementação das normas de formação em toda a Europa.

Este projeto baseia-se no espírito da cooperação dentro do EBCOG. Financiados pelo programa da União Europeia Erasmus+, os delegados, os especialistas e os internos em medicina, de toda a Europa, partilharam as suas ideias e os seus trabalhos. Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para o EBCOG-PACT, em particular:

- Ao presidente do projeto, Fedde Scheele, e à gestora do projeto, Jessica van der Aa, ambos dos Países Baixos;
- À presidente para os conteúdos curriculares Chiara Benedetto, apoiada por Annalisa Tancredi, que integra a sua equipa, ambas de Itália, em estreita colaboração com Jaroslav Feyereisl e Petr Velebil da República Checa;
- Ao presidente para o enquadramento das competências gerais e sociais, Peter Hornnes, apoiado por Betina Ristorp Andersen e Annette Settnes, que integram a sua equipa, da Dinamarca. Estes obtiveram reações sobre os pontos de vista de partes interessadas de associações de pacientes, representadas por Joyce Hoek-Pula e Britt Myren, de enfermeiras europeias, representadas por Petra Kunkeler, de parteiras europeias, representadas por Noortje Jonker, e administradores hospitalares, representados por Hans van der Schoot e Fedde Scheele;
- Ao presidente para a formação em competências em ginecologia e simulações, Rudi Campo, da Bélgica, e aos seus colaboradores Yves van Belle (Bélgica) e Hélder Ferreira (Portugal);
- À presidente para a formação em competências em obstetrícia e simulações, Jette Led Sorenson, da Dinamarca, e aos seus colaboradores, Ruta Nadisauskiene (Lituânia), Diogo Ayres-de-Campos (Portugal);
- À presidente para a formação em competências comunicacionais e psicossociais, Sibil Tschudin, da Suíça;

- A Rolf Kirschner (Noruega) por estabelecer a ligação entre o EBCOG-PACT e o exame do EBCOG;
- O portefólio e o *entrustment* foram descritos sob a supervisão de Fedde Scheele, que é um perito de renome internacional nesta área específica;
- Ao presidente para a gestão da qualidade e reconhecimento da formação, Juriy Wladimiroff (Países Baixos), que também liderou o grupo de formação em competências de ecografia, com a colaboração de Piotr Sieroszewski (Polónia);
- Aos meus colaboradores Fedde Scheele e Živa Novak Antolič (Eslovénia) no projeto de desenvolvimento do corpo docente;
- A Anna Aabakke (Dinamarca) e Laura Spinnewijn (Países Baixos), que em representação da Rede Europeia de Internos em Obstetrícia e Ginecologia (ENTOG), deram um contributo valioso para o projeto de *entrustment* e avaliação;
- Aos membros da comissão diretiva, Jacky Nizard e Tahir Mahmood, Membros da Comissão Executiva do EBCOG, e Anna Aabakke, anterior Presidente do ENTOG, pela monitorização do processo e pelo feedback construtivo ao longo do projeto;
- Aos membros da comissão consultiva externa, pelo apoio;
- Aos membros da Comissão Permanente de Formação e Avaliação, incluindo representantes da Associação Europeia de Ginecologia Pediátrica e Adolescente (EURAPAG), da Sociedade Internacional de Obstetrícia e Ginecologia Psicossomática (ISPOG), da Sociedade Europeia de Contraceção e Saúde Reprodutiva (ESC), da Sociedade Europeia de Endoscopia Ginecológica (ESGE), pelos debates enriquecedores sobre diversas partes do currículo;
- Aos membros da Comissão Executiva do EBCOG e aos delegados nacionais do Conselho do EBCOG, pela confiança e pelo seu feedback valioso.

O currículo do EBCOG-PACT é um resultado de um trabalho em equipa exemplar. Nos próximos anos, o nosso desafio é o de garantir que este currículo em papel passe a ser o currículo em prática na Europa.

Dra. Angelique J. Goverde
Presidente da Comissão Permanente de Formação e Avaliação do EBCOG

EBCOG-PACT: da visão à realidade

O EBCOG contribuiu de forma significativa para os cuidados de saúde na Europa ao formular as Normas de Cuidados de Saúde da Mulher na Europa. Consequentemente, existe agora uma visão comum sobre a prestação de cuidados de saúde de excelência. No entanto, o percurso desde a visão até à realidade pode ser um desafio e deveremos utilizar todos os meios disponíveis para facilitar e implementar cuidados de saúde de excelência. Para isso, é desejável aumentar a mobilidade de ginecologistas e internos na Europa, uma vez que isso nos permitirá aprender com os sistemas de prestação de cuidados de saúde e partilha das melhores práticas. Por este motivo, uma abordagem conjunta à formação de Obstetras/Ginecologistas é essencial para os internos que procuram uma formação de acordo com as melhores práticas na Europa.

No EBCOG-PACT, foram definidos os conhecimentos, as competências e atitudes exigidas a cada ginecologista na Europa (a 'base'). Além disso, fez-se uma descrição das competências 'opcionais', que se posicionam entre a base e as subespecialidades. Cada interno deve receber formação em pelo menos uma área opcional. As áreas de base e opcionais foram desenvolvidas através de técnicas e debates formais de consenso com o EBCOG e as suas organizações de subespecialidades. Para além das competências médicas, definimos as competências gerais e sociais necessárias. Com o apoio das associações europeias de pacientes, enfermeiras, parteiras e administradores hospitalares, foi criado um enquadramento para as competências, adaptado aos Obstetras/Ginecologistas na Europa. As competências gerais e sociais abordam questões que podem ser consideradas direitos universais das mulheres e que se relacionam bem com as normas de cuidados do EBCOG. Este currículo inclui consensos em relação às competências médicas e gerais para os novos Obstetras/Ginecologistas na Europa.
Estes termos finais ainda não se encontram devidamente definidos. Nos anos seguintes, provavelmente, será necessário refinar a formação de base, para além de ser prever a definição de áreas opcionais adicionais. Já emergiu o debate em redor da questão se a colposcopia deve integrar a formação de base ou opcional e se a sexologia, com doenças como a vestibulodinia, deve ter um lugar de maior destaque na formação de base. Um currículo é um documento dinâmico, mas neste momento, o PACT é o que de melhor se faz na Europa.

Além de definir os resultados da formação, o PACT fornece ainda orientações sobre a formação a nível tático, deixando espaço para as divergências na operacionalização, que podem depender no contexto e na visão locais. A nível tático, são abordados vários itens:

- A formação com simulações como pilar importante do sistema de formação;
- O *entrustment* de atividades profissionais com base num portefólio de experiências de aprendizagem e avaliações por uma comissão de competências;
- A gestão da qualidade da instituição formadora e o reconhecimento por um organismo de acreditação externo.

Com o presente documento, o EBCOG produziu um currículo que foi exaustivamente debatido pela comunidade e entre as partes interessadas. A palavra "currículo" deriva da palavra em Latim que significa

"carrinho". A sua função é a de gerar um movimento na direção certa. O passo seguinte consiste em implementar o currículo em todas as unidades de formação que desejem formar profissionais de acordo com os padrões europeus. Para conseguir isso, temos que entender a complexidade dos processos de mudança. Os Obstetras/Ginecologistas na Europa poderão tornar-se líderes na formação e mobilidade em toda a Europa, em comparação com outras especialidades médicas. Se formos bem-sucedidos na implementação do PACT, isso irá facilitar a prestação de cuidados de saúde de excelência para as mulheres europeias. Precisamos das Vossas lideranças para superar este desafio!

Prof. Dr. Fedde Scheele
Líder do projeto EBCOG-PACT

Conteúdos curriculares
Currículo de base

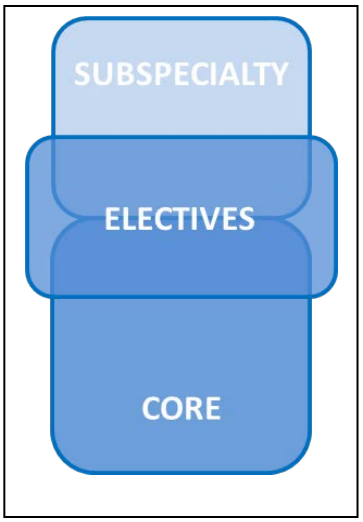
Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

Introdução

A formação de pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia segue-se a um programa de pelo menos cinco anos. e é composto por um programa de base e opcional.
Este documento descreve os conteúdos médicos de base do currículo de formação de pós-graduação pan-europeu em Obstetrícia e Ginecologia. Os conteúdos de base foram determinados através de um procedimento de obtenção de consenso entre ginecologistas e internos europeus [1,2]. Estes incluem os conhecimentos e as competências que devem ser adquiridos durante a formação, de modo a desenvolver as competências de base de um ginecologista na Europa.

No currículo pan-europeu, é feita uma clara distinção entre os módulos da formação de base e opcional:

Base
- O tronco comum, obrigatório para todos os internos em Obstetrícia e Ginecologia.
- Duração mínima de três anos, dependendo da administração nacional ou local.
- Padrões mínimos da formação.
- Conteúdos claramente definidos por consenso a nível europeu.
- Para uma formação adequada, recomenda-se a utilização de valores mínimos para diversos procedimentos.
- Os termos finais dizem respeito ao nível de prática independente, o que significa que o interno é capaz de desempenhar as suas tarefas sem supervisão.



Opcional
- Pelo menos uma área opcional é obrigatória para todos os internos.
- Inclui formação mais intensiva do que a formação de base, adicionando novos conhecimentos e competências, uma análise mais aprofundada da patologia e do tratamento.
- Determina o perfil profissional pessoal do interno, com áreas de especial interesse.
- Os conteúdos de uma área opcional são uma 'variável'; situam-se entre a formação de base e a subespecialidade.
- Em determinados países, pode ser incluída uma área opcional na formação obrigatória (por ex. para doenças da mama).

Subespecialidade
- A formação de subespecialidade ultrapassa o âmbito do currículo no que respeita à formação pós-graduada em Obstetrícia e Ginecologia.
- Conteúdos normalizados e reconhecidos por sociedades da subespecialidade.

Instruções de leitura
- Os conteúdos (de base e opcionais) do currículo pan-europeu devem ser razoáveis e exequíveis, para implementação em todos os países europeus.

- Os ‘padrões de cuidados do EBCOG’ determinam as condições em que os cuidados são prestados e os procedimentos são realizados; estes foram desenvolvidos em concordância com as sociedades de subespecialidades. Os internos devem aderir a estas condições.
- Os conteúdos do currículo (de base e opcional) estão de acordo com os atuais padrões de cuidados e formação. Uma vez que os desenvolvimentos nas disciplinas de Obstetrícia e Ginecologia ocorrem com frequência, os conteúdos podem não refletir sempre as recomendações mais recentes, no entanto, os padrões de formação serão atualizados de forma intermitente.
- A formação até ao nível da prática independente significa que um interno terá que ser capaz de prestar cuidados ou realizar um procedimento sem interferência ou supervisão. A legislação nacional determina se deve existir supervisão (sem interferência) enquanto um interno presta cuidados ou realiza um procedimento.
- Para alguns procedimentos descritos (por ex. cirurgias), foi possível chegar a consenso em relação ao número de desempenhos necessários para a formação. Estes números representam o número mínimo de vezes que um interno deve ter realizado um procedimento como cirurgião principal. Os números servem de orientação, uma vez que na Europa irá haver variações na incidência, bem como variações nas melhores práticas.
- O procedimento de histerectomia abdominal está incluído na formação de base, de acordo com o consenso alcançado a nível europeu. Reconhece-se que a incidência deste procedimento pode variar a nível regional, o que torna pouco realista a exigência de formação *in vivo* ao nível da prática independente por parte de todos os internos. Por isso, o procedimento pode ser treinado em simulação ao nível da prática independente quando a histerectomia é imperativa, devido a uma hemorragia grave pós-parto.

Os conhecimentos e as competências na área da Obstetrícia e Ginecologia foram agrupados em dez temas principais. Para cada tema, este documento descreve o que deve ser treinado na formação de base do currículo.

1. Conhecimentos e competências médicas gerais
2. Cuidados pré-natais
3. Cuidados intra- e pós-parto
4. Ginecologia benigna
5. Medicina da reprodução
6. Uroginecologia
7. Pré-malignidade
8. Oncologia ginecológica
9. Ginecologia pediátrica e saúde sexual
10. Doenças da mama

Os resultados da formação são descritos por cada área temática. Estas foram estruturadas nas fases do processo clínico. Cada fase requer uma integração mais avançada de conhecimentos e competências em relação a um resultado, do que a fase anterior. Aquando da conclusão da formação, o interno terá adquirido os conhecimentos e competências para todas as fases e todos os resultados, ao nível da prática independente.

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

Diagnóstico; diagnosticar sem a realização de uma competência específica.

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

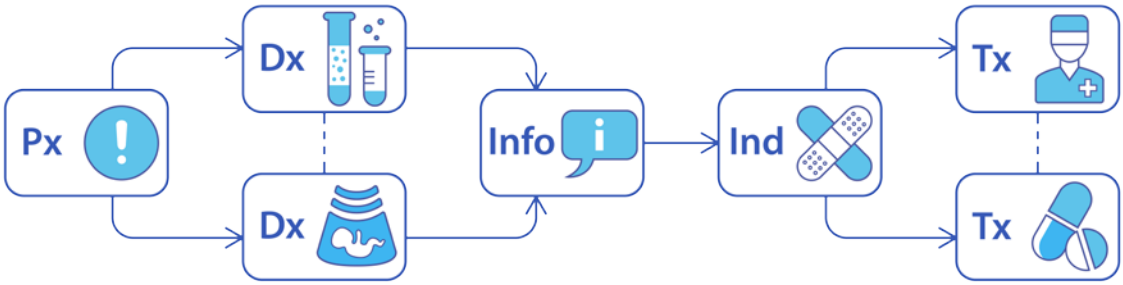
Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

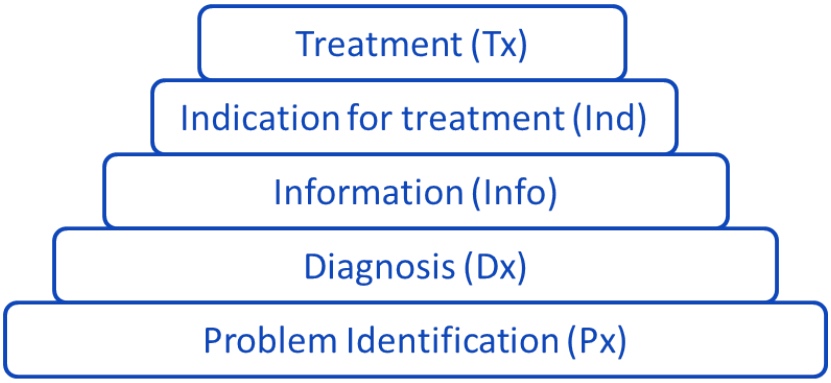
Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

As fases são integradas no processo clínico, conforme se descreve de seguida:



Se um interno for capaz de providenciar um tratamento (Tx) para uma condição, assume-se que o interno também seja capaz de determinar as indicações do tratamento (Ind), fornecer informações sobre o diagnóstico (Info), diagnosticar a condição (Dx) e identificar um problema que requeira avaliação diagnóstica (Px).



Referências bibliográficas

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Conhecimentos e competências médicas gerais

O interno é capaz de prestar cuidados obstétricos e ginecológicos, ao nível da prática independente, num departamento ambulatório, na sala de partos e no piso de internamento.

Em qualquer situação, o interno:

- Possui conhecimentos específicos sobre embriologia, anatomia e fisiologia dos órgãos genitais femininos e seios.
- Obtém o histórico do paciente e da família, incluindo questões sociais, realiza um exame clínico rigoroso aos sinais vitais, à parte interna e externa dos órgãos genitais e ao abdómen, e interpreta os resultados de forma adequada.
- É capaz de diagnosticar, avaliar, investigar, monitorizar e interpretar dados, tendo em conta as condições obstétricas e ginecológicas mais comuns (a esclarecer por tema).
- Realiza investigações oportunas e apropriadas, tais como exames a amostras microbiológicas, investigações laboratoriais e de imagiologia radiológica, interpretando os resultados em conjunto com os colegas (por ex. médicos radiologistas), em relação à formação de um diagnóstico diferencial com base em achados clínicos.
- Efetua uma ronda com uma visão multidisciplinar, gere a admissão e as altas de pacientes no piso e na sala de partos e gere as transferências para outras especialidades.
- É capaz de realizar intervenções terapêuticas básicas, incluindo a prescrição e administração adequada de oxigénio, medicamentos e terapias, produtos de sangue, suporte à circulação e cateterismo urinário.
- Gere a avaliação, prevenção e tratamento da dor.
- É capaz de reconhecer e classificar pacientes gravemente doentes e iniciar a gestão adequada, incluindo pacientes sépticos, pacientes com complicações no periparto e pacientes que requeiram reanimação.
- Mantém uma comunicação eficaz com os pacientes e familiares, de acordo com os princípios da tomada de decisões partilhada e do consentimento informado, documenta essa comunicação de forma precisa e realiza trabalhos em grupo com uma comunicação eficaz na equipa de cuidados de saúde.
- Tem conhecimentos específicos sobre cuidados perioperatórios, incluindo a classificação ASA, indicações e contraindicações de cirurgias, riscos das cirurgias, indicações de transfusão sanguínea, complicações pós-operatórias e indicações de admissão nos Cuidados Intensivos.
- Compreende os efeitos de condições ginecológicas na função sexual, questiona sobre a função sexual e possíveis experiências sexuais negativas e compreende as consequências da violência sexual nas condições ginecológicas e no comportamento.
- Compreende os aspetos biopsicossociais de condições obstétricas e ginecológicas.

2. Cuidados pré-natais

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Viabilidade embrionária e fetal	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Localização da gravidez (intra- ou extra-uterina)	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Idade gestacional	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Gestação única ou múltipla	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Comprimento do colo uterino	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Corionicidade	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Biometria fetal	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Apresentação fetal	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Local da placenta	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Volume de líquido amniótico	o Ecografia transvaginal e transabdominal
o Fluxo da artéria umbilical	o Medição de fluxo Doppler

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- o Amamentação
- o Gravidez na adolescência
- o Gravidez e obesidade
- o Gravidez e diabetes
- o Gravidez em idade materna avançada
- o Gravidez e hipertensão pré-existente
- o Uso de medicamentos (por ex. para problemas do foro psiquiátrico)
- o Incompetência cervical
- o Gestação múltipla
- o Colestase na gravidez
- o Consequências de complicações no parto em gravidez ou parto futuro
- o Anomalias cromossómicas por interpretação de translucência da nuca / teste duplo / teste triplo / amniocentese / biópsia de vilosidades coriónicas / teste pré-natal não invasivo

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- o Gravidez de localização desconhecida
- o Hiperemese
- o Aborto espontâneo (recorrente)
- o Perda de sangue vaginal no primeiro trimestre
- o Perda de sangue vaginal no segundo e terceiro trimestres

- Interrupção da gravidez no segundo trimestre
- Incompatibilidade de grupo sanguíneo
- Estado de portador de estreptococo do grupo B
- Queixas abdominais
- Trauma abdominal (menor) na gravidez
- Apresentação anómala
- Diabetes gestacional
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Transtornos hipertensivos da gravidez (hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP)
- Atividade fetal reduzida
- Restrição do crescimento fetal
- Rutura prematura de membranas
- Morte fetal intrauterina
- Gravidez pós-termo
- Infeções perinatais (toxoplasmose, sífilis, varicella-zoster, parvovírus B19, rubéola, citomegalovírus, herpes)

3. Cuidados intra- e pós-parto

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Viabilidade do parto	o Exame físico

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- o Hemorragia pós-parto; embolização arterial

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- o Indução da maturação pulmonar
- o Contrações prematuras
- o Trabalho de parto estacionário
- o Febre intraparto
- o Líquido amniótico meconial
- o História de cesariana anterior
- o Dor periparto
- o Mastite pós-parto (com abcesso)
- o Retenção urinária pós-parto
- o Processo tromboembólico
- o Hemorragia pós-parto

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência	Números
o Parto sem complicações	o Assistência de parto sem complicações	50
o Parto com complicações	o Assistência de parto prematuro	
	o Parto vaginal assistido por ventosa	10-20
	o Parto assistido por fórceps*	0-10
	o Parto pélvico*	5
	o Assistência de parto vaginal de gestação múltipla	
	o Cesariana	20
	o Cesariana em cesariana anterior	10-15

	o Cesariana em paciente obesa	0-10
o Estado fetal não tranquilizador	o Monitorização por CTG	
	o Recolha de sangue no couro cabeludo fetal*	
	o Episiotomia	
	o Cesariana de emergência	10-15
o Descolamento de placenta	o Cesariana de emergência	
o Rutura uterina	o Cesariana de emergência	
o Distocia de ombros	o Todas as manobras de gestão da distocia*	
o Hemorragia pós-parto	o Tamponamento com balão intrauterino	
	o Compressão cirúrgica do útero atónico (sutura B-Lynch)*	
	o Histerectomia abdominal*	
o Retenção da placenta	o Remoção manual e cirúrgica da placenta	
o Inversão uterina	o Reversão uterina manual*	
o Trauma do trato genital	o Reparação de trauma do trato genital	
o Hematoma vulvar	o Drenagem de hematoma vulvar	
o Ferida da episiotomia	o Sutura de ferida da episiotomia	
o Laceração perineal de 1.º/2.º/3.º grau	o Sutura de laceração perineal de 1.º/2.º/3.º grau	
o Laceração perineal de 4.º grau	o Sutura de laceração perineal de 4.º grau*	
o Suporte neonatal	o Apoio nos cuidados iniciais do recém-nascido saudável/pré-termo (com índices baixos de APGAR)	
	o Reanimação precisa do recém-nascido nos primeiros 10 minutos após o parto (enquanto aguarda a chegada do pediatra)*	

**= desempenho da competência pelo menos em ambiente de simulação*

4. Ginecologia benigna

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico
- Anomalias vulvares
- Anomalias intrauterinas
- Anomalias do útero e anexos
- Anomalias do ovário

Competência
- Biópsia *punch* sob anestesia local
- Histeroscopia e ecografia diagnóstica (2D ou 3D)
- Laparoscopia e ecografia diagnóstica (2D ou 3D)
- Ecografia diagnóstica (2D ou 3D)

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Contraceção em adultos saudáveis
- Contraceção em paciente com um problema de saúde ou doença concomitante
- Endometriose
- Abcesso tubo-ovárico
- Hipermenorreia
- Mioma uterino
- Septo vaginal

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Doenças sexualmente transmissíveis
- Doença inflamatória pélvica/salpingite
- Dor abdominal/pélvica
- Síndrome pré-menstrual
- Dismenorreia
- Hipermenorreia
- Hemorragia uterina anormal
- Problemas da menopausa
- Corrimento vaginal anormal
- Vulvovaginite
- Miomas uterinos
- Patologia anexial
- Endometriose
- Condilomas vulvares
- Cisto de Bartholin
- Abcesso vulvar

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência	Números
o Contraceção	o Colocação de diafragma/capuz do colo uterino	
	o Colocação de dispositivo intrauterino	20
	o Colocação de implantes subcutâneos	
	o Esterilização laparoscópica	
o Gravidez ectópica	o Remoção laparoscópica de gravidez ectópica (salpingostomia) ou salpingectomia	10
o Aborto de gravidez inicial	Dilatação e curetagem por aspiração ou cureta não cortante*	15
o Interrupção da gravidez no primeiro trimestre	o Dilatação e curetagem por aspiração ou cureta não cortante*	10
o Cisto de Bartholin	o Marsupialização cirúrgica de cisto	5
o Abcesso vulvar	o Excisão cirúrgica de abcesso	
o Cisto nos ovários	o Aspiração por agulha laparoscópica de cisto simples	
	o Eletrocoagulação laparoscópica do ovário	
	o Cistectomia laparoscópica simples aos ovários	
o Patologia anexial	o Salpingo-ooforectomia laparoscópica	
	o Salpingo-ooforectomia via laparotomia	
o Pólipo intracavitário	o Ressecção histeroscópica do pólipo	
o Mioma uterino	o Ressecção histeroscópica de mioma do tipo 0-1 (< 4cm)	
	Miomectomia de mioma subseroso via laparotomia	
o Aderências pélvicas	o Adesiólise laparoscópica simples	
	o Laparotomia com adesiólise mínima	
	Laparoscopias no total	30

**=de acordo com os protocolos e a legislação locais e nacionais*

5. Medicina da reprodução

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Avaliação da fertilidade e subfertilidade masculina e feminina
- Endocrinologia reprodutiva básica e anomalias endócrinas que podem levar a distúrbios do ciclo menstrual (amenorreia primária, amenorreia secundária, oligomenorreia, galactorreia, hiperprolactinemia e hirsutismo)
- Técnicas de preservação de fertilidade

Diagnóstico; diagnosticar sem a realização de uma competência específica.

- Amenorreia primária
- Galactorreia

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência	Números
o Subfertilidade; permeabilidade tubar	o Laparoscopia diagnóstica com teste tubar o Histeroscopia diagnóstica com teste tubar	
o Resposta a tratamento de fertilidade	o Ecografia transvaginal com contagem e medição de folículos	50
o Síndrome de hiperestimulação ovárica	o Ecografia transvaginal com avaliação de folículos e do líquido intraperitoneal	

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- Fatores prognósticos para a gravidez em geral
- Probabilidade de gravidez em curso, aborto espontâneo e gravidez ectópica associada a diferentes tratamentos de fertilidade

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Técnicas de reprodução assistida (IUI, IVF, ICSI)

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Distúrbios do ciclo menstrual WHO-II; indução da ovulação com citrato de clomifeno
- Tratamento inicial/de emergência da síndrome de hiperestimulação ovárica (OHSS)

6. Uroginecologia e pavimento pélvico

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Reconhecer a necessidade de encaminhamento para um fisioterapeuta do pavimento pélvico ou outro especialista em incontinência de esforço e/ou de urgência.

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Prolapso do compartimento apical	o pontuação POP-Q
o Prolapso do compartimento anterior	
o Prolapso do compartimento posterior	
o Fístula retovaginal	

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Reparação vaginal anterior/posterior
- Reparação vaginal apical

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência	Números
o Prolapso uterino	o Inserção de pessário e cuidados continuados	10
	o Colpocleise*	
o Cistocele/uretrocele	o Reparação vaginal anterior simples	10
o Enterocele/rectocele	o Reparação vaginal posterior simples	10

*****= *desempenho da competência pelo menos em ambiente de simulação*

7. Pré-malignidade

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Mulheres idosas frágeis com múltiplas co-morbilidades e polimedicadas
- Condições pré-malignas da vulva

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência	Números
o Rastreio do colo uterino	o Citologia do colo uterino	
o Condições pré-malignas do colo uterino	o Colposcopia (com biópsia)	20

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Condições ginecológicas pré-malignas

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência	Números
o Condições pré-malignas do colo uterino	o Excisão da zona de transformação com ansa (LLETZ) do colo uterino	20

8. Oncologia ginecológica

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Malignidades ginecológicas em estádio avançado
- Reações atípicas à dor

Diagnóstico; diagnosticar sem a realização de uma competência específica.

- Carcinoma vulvar e no colo uterino através da avaliação dos resultados da patologia

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico
- Doença trofoblástica gestacional
- Condições malignas ou pré-malignas do endométrio

Competência
- Ecografia transvaginal
- Biópsia endometrial

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- Carcinoma do ovário
- Carcinoma do colo do útero
- Recorrência ou progressão de condições oncológicas ginecológicas

9. Ginecologia pediátrica e saúde sexual

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Disfunção sexual
- Abuso sexual
- Mutilação genital
- Corrimento vaginal em crianças
- Dor abdominal aguda em crianças
- Doença sexualmente transmissível em crianças
- Trauma da vulva, vagina, períneo e/ou reto em crianças
- Suspeita de violência doméstica ou maus tratos a crianças

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Condições ginecológicas em crianças*	o Adaptar a comunicação ao nível da criança o Exame ginecológico rigoroso da criança*

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Contraceção em adolescentes saudáveis

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Doenças sexualmente transmissíveis em adultos, adolescentes e crianças pré e peri-púberes

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Trauma da vulva, vagina, períneo, reto em crianças*	o Cuidados de emergência da vulva/vagina/períneo/reto

**= crianças pré e peri-púberes*

10. Doenças da mama

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Doença maligna da mama
- Riscos genéticos da doença maligna da mama
- Métodos de rastreio para doenças da mama

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico
- Galactorreia
- Mastalgia

Competência
- Exame rigoroso da mama

Conteúdos curriculares
Currículo opcional

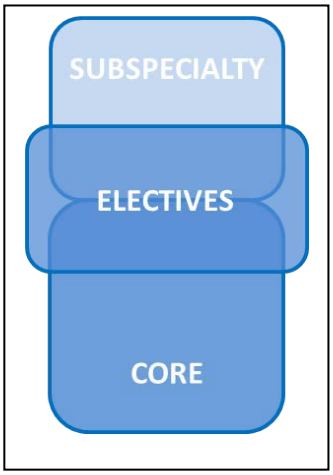
Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

Introdução

A formação de pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia segue-se a um programa de pelo menos cinco anos e é composta por um programa de base e opcional.
Este documento descreve os conteúdos médicos dos módulos opcionais do currículo de formação de pós-graduação pan-europeu em Obstetrícia e Ginecologia. Os conteúdos dos módulos opcionais foram determinados através de um procedimento de obtenção de consenso entre ginecologistas e internos europeus [1,2]. Estes incluem os conhecimentos e as competências que devem ser adquiridos, de modo a desenvolver as competências de um ginecologista na Europa em formação adicional.

No currículo pan-europeu, é feita uma clara distinção entre os módulos da formação de base e opcional:

Base
- O tronco comum, obrigatório para todos os internos em Obstetrícia e Ginecologia.
- Duração mínima de três anos, dependendo da administração nacional ou local.
- Padrões mínimos da formação.
- Conteúdos claramente definidos por consenso a nível europeu.
- Para uma formação adequada, recomenda-se a utilização de valores mínimos para diversos procedimentos.
- Os termos finais dizem respeito ao nível de prática independente, o que significa que o interno é capaz de desempenhar as suas tarefas sem supervisão.



Opcional
- Pelo menos uma área opcional é obrigatória para todos os internos.
- Inclui formação mais intensiva do que a formação de base, adicionando novos conhecimentos e competências, uma análise mais aprofundada da patologia e do tratamento.
- Determina o perfil profissional pessoal do interno, com áreas de especial interesse.
- Os conteúdos de uma área opcional são uma 'variável'; situam-se entre a formação de base e a subespecialidade.
- Em determinados países, pode ser incluída uma área opcional na formação obrigatória (por ex. para doenças da mama).

Subespecialidade
- A formação de subespecialidade ultrapassa o âmbito do currículo no que respeita à formação de pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia.
- Conteúdos normalizados e reconhecidos por sociedades da subespecialidade.

Instruções de leitura

- Os conteúdos (de base e opcionais) do currículo pan-europeu devem ser razoáveis e exequíveis, para implementação em todos os países europeus.

- Os ‘padrões de cuidados do EBCOG’ determinam as condições em que os cuidados são prestados e os procedimentos são realizados; estes foram desenvolvidos em concordância com as sociedades de subespecialidades. Os internos devem aderir a estas condições.
- Os conteúdos do currículo (de base e opcional) estão de acordo com os atuais padrões de cuidados e formação. Uma vez que os desenvolvimentos nas disciplinas de Obstetrícia e Ginecologia ocorrem com frequência, os conteúdos podem não refletir sempre as recomendações mais recentes, no entanto, os padrões de formação serão atualizados de forma intermitente.
- A formação até ao nível da prática independente significa que um interno terá que ser capaz de prestar cuidados ou realizar um procedimento sem interferência ou supervisão. A legislação nacional determina se deve existir supervisão (sem interferência) enquanto um interno presta cuidados ou realiza um procedimento.

Foram identificadas oito áreas opcionais, incluindo:

1. Obstetrícia avançada e medicina feto-maternal
2. Ginecologia benigna
3. Medicina da reprodução
4. Uroginecologia e pavimento pélvico
5. Patologia do trato genital inferior e sexologia
6. Ginecologia pediátrica e do adolescente
7. Oncologia ginecológica
8. Doenças da mama

Os resultados da formação são descritos por cada área opcional. Estes foram estruturadas nas fases do processo clínico. Cada fase requer uma integração mais avançada do que a anterior de conhecimentos e competências em relação a um resultado. Aquando da conclusão da formação, o interno terá adquirido os conhecimentos e competências para todas as fases e todos os resultados, ao nível da prática independente.

Fases:

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

Diagnóstico; diagnosticar <u>sem</u> a realização de uma competência específica.

Diagnóstico; diagnosticar <u>com</u> a realização de uma competência específica.

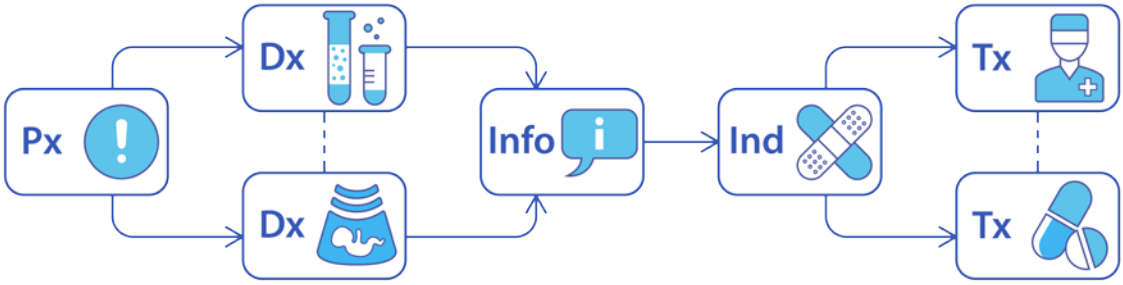
Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

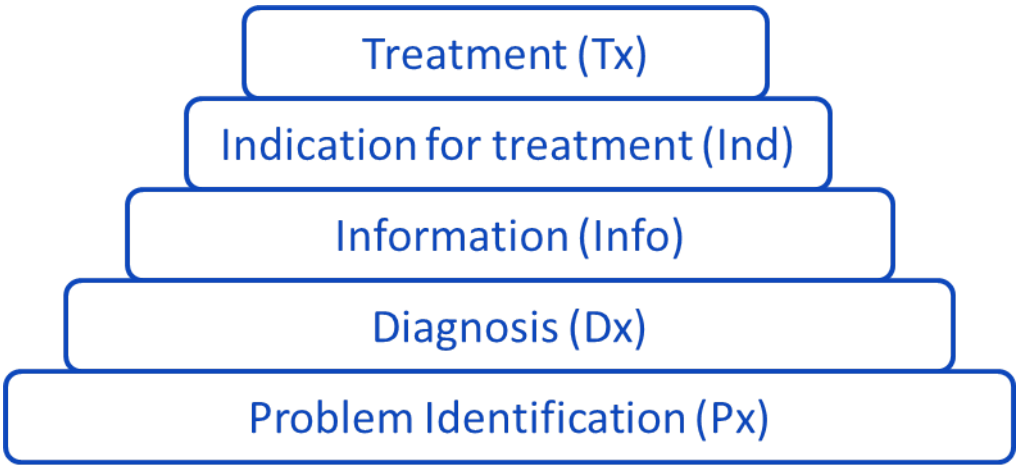
Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento <u>sem</u> a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento <u>com</u> a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

As fases são integradas no processo clínico, conforme se descreve de seguida:



Se um interno for capaz de providenciar um tratamento (Tx) para uma condição, assume-se que o interno também seja capaz de determinar as indicações do tratamento (Ind), fornecer informações sobre o diagnóstico (Info), diagnosticar a condição (Dx) e identificar um problema que requeira avaliação diagnóstica (Px).



Referências bibliográficas

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Obstetrícia avançada e medicina feto-maternal

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Problemas psiquiátricos que requerem encaminhamento para um especialista em saúde mental, assistente social ou centro de dependências.

Diagnóstico; diagnosticar sem a realização de uma competência específica.

- Transtornos psiquiátricos na gravidez e no pós-parto
- Medo do parto e transtorno de stress pós-traumático após o parto
- Problemas psicossociais complexos durante a gravidez
- Abuso de substâncias
- Gestão da dor

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
Fluxo anormal da artéria uterina	Ecografia Doppler de fluxo da artéria uterina
Fluxo anormal da artéria cerebral média	Ecografia Doppler de fluxo da artéria cerebral média
Fluxo anormal do ducto venoso	Ecografia Doppler de fluxo do ducto venoso
Anomalias congénitas	Rastreio avançado por ecografia
Anomalias cromossómicas	Amniocentese

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- Comunicação dos riscos em todos os procedimentos obstétricos.
- Liderar uma reunião interdisciplinar sobre problemas psicossociais complexos durante a gravidez.

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Transtornos hipertensivos da gravidez
- Diabetes pré-existente
- Gestação múltipla
- Colestase na gravidez
- Depressão pós-parto

2. Ginecologia benigna

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Aspetos psicossociais da dor pélvica crónica.

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
Contraceção	Esterilização histeroscópica
Mioma uterino do tipo 2 (<3cm)	Ressecção histeroscópica de mioma do tipo 2 (<3cm)
Mioma uterino (que não responde a tratamentos conservadores)	Histerectomia laparoscópica
Hipermenorreia	Ablação ou ressecção endometrial histeroscópica Histerectomia laparoscópica
Endometriose (< grau 2)	Tratamento laparoscópico da endometriose
Abcesso tubo-ovárico	Laparoscopia de abcesso tubo-ovárico
Aderências pélvicas	Adesiólise laparoscópica

3. Medicina reprodutiva

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Aspiração micro/percutânea de espermatozoides
- Extração testicular de espermatozoides
- Doenças genéticas
- Diagnóstico pré-implantação

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Situação psicossocial de casais em tratamentos de fertilidade (tomada de decisões partilhada)

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Técnicas de indução da ovulação avançadas
- Estimulação para inseminação intrauterina
- Galactorreia
- Hiperprolactinémia
- Adenoma da hipófise

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico
- Subfertilidade
- Síndrome de hiperestimulação ovárica

Competência
- Inseminação intrauterina
- Paracentese

4. Uroginecologia e pavimento pélvico

Identificação do problema; para determinar a necessidade de uma avaliação diagnóstica ou para reconhecer a patologia.

- Problemas neurológicos (espinha bífida, esclerose múltipla, Parkinson, lesões da coluna vertebral, neuropatia)

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Anomalias na força e motilidade do pavimento pélvico e do músculo elevador do ânus	o Medição manual de palpação de força e motilidade do pavimento pélvico e do músculo elevador do ânus o Ecografia transperineal e endo-anal

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Aspetos psicossociais do prolapso e incontinência

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Incontinência de esforço e/ou de urgência o Prolapso uterino	o Colocação de sling suburetral o Manchester-Fothergill o Histerectomia vaginal o Colpocleise

5. Patologia do trato genital inferior e sexologia

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Condições pré-malignas e malignas da vulva	o Vulvoscopia com biópsia
o Problemas sexuais	o Modelo PLISSIT de aconselhamento sexual
o Transtorno da dor génito-pélvica e da penetração	o Exame ginecológico educacional
o Vaginismo primário	

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- Aspetos psicossociais da doença vulvovaginal
- Aspetos psicossociais da mutilação genital
- Aspetos psicossociais da agressão sexual

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- Dermatose vulvar
- Falta de desejo sexual
- Aspetos médicos da agressão sexual

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Condilomas genitais	o Vaporização a laser
	o Excisão cirúrgica de lesões
o Mutilação genital do tipo III	o Cirurgia reconstrutiva da cicatriz infibulada

6. Ginecologia pediátrica e adolescente

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Persistência de problemas da vulva e/ou urinários	o Cistoscopia / vaginoscopia

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- o Hemorrgia vaginal pré-pubertária
- o Massa anexial

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- o Trauma da vulva/vagina/períneo/reto

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- o Contraceção em adolescentes com problemas de saúde
- o Dor vulvovaginal
- o Corrimento vaginal
- o Dor abdominal aguda
- o Dor abdominal crónica
- o Puberdade precoce
- o Atraso pubertário
- o Anomalias menstruais (por ex. amenorreia primária)
- o Distúrbios do desenvolvimento do trato genital
- o Patologia vulvovaginal (por ex. líquen escleroso)

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Corpo estranho vulvar ou vaginal	o Vaginoscopia com remoção de corpo estranho

Todas as descrições são para crianças pré e peri-púberes e adolescentes.

7. Oncologia ginecológica

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o Condições pré-malignas e malignas da vulva	o Vulvoscopia com biópsia
o Carcinoma do ovário	o Cálculo do índice de risco de malignidade (RMI)

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Condições pré-malignas do colo uterino	o Conização do colo uterino
o Carcinoma endometrial em estádio I (baixo grau)	o Histerectomia laparoscópica
	o Histerectomia abdominal
o Mutação genética com indicação para redução do risco salpingo-ooforectomia	o Salpingo-ooforectomia laparoscópica
	o Salpingo-ooforectomia via laparotomia

8. Doenças da mama

Diagnóstico; diagnosticar com a realização de uma competência específica.

Diagnóstico	Competência
o (Pré-)malignidade da mama	o Aspiração com agulha fina* o Biópsia mamária[3]

**Isto não se aplica a países em que este procedimento é realizado por médicos radiologistas.*

Informação; fornecer informação e aconselhamento sobre o diagnóstico e as suas implicações.

- o Recorrência ou progressão de carcinoma da mama
- o Patologia mamária *borderline*
- o Genética no cancro da mama

Indicação de tratamento; determinar a indicação de um tratamento específico, tendo em conta todas as opções de tratamento.

- o Doença pré-maligna da mama
- o Carcinoma da mama

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento sem a realização de uma competência específica (por ex. tratamento conservador).

- o Galactorreia
- o Mastalgia
- o Mastite pós-parto

Tratamento; debater todas as opções de tratamento, determinar a indicação para um tratamento específico, conselhos sobre o tratamento, bem como proporcionar o tratamento com a realização de uma competência específica (por ex. tratamento cirúrgico).

Diagnóstico	Competência
o Lesões *borderline* da mama o Abcesso mamário pós-parto	o Excisão cirúrgica da lesão na mama o Punção e drenagem de abcesso

Competências gerais e sociais

Autores: Betina Ristorp Andersen, Annette Settnes, Peter Hornnes, Anna Aabakke, Joyce Hoek-Pula, Britt Myren, Noortje Jonker, Petra Kunkeler, Fedde Scheele, Chiara Benedetto, Jessica van der Aa

Introdução

Este documento descreve as competências gerais e sociais nas quais devem receber formação no âmbito do currículo de formação de pós-graduação pan-europeu em Obstetrícia e Ginecologia. Essas competências devem ser adquiridas durante a formação, adicionalmente aos resultados da perícia médica, de modo a responder às necessidades da sociedade e dos alvos do ginecologista. As competências gerais e sociais estão organizadas em quatro áreas de competência: *'Cuidados centrados no paciente', 'Trabalho em equipa', 'Práticas baseadas no sistema'* e *'Desenvolvimento pessoal e profissional*. Cada área descreve competências específicas a serem desenvolvidas e a serem treinadas. As competências foram determinadas através da investigação científica em grupos de interesse da sociedade de toda a Europa.

Na secção '*Entrustment* e portefólio' do currículo, encontram-se sugestões para a avaliação dessas competências. Os formulários de avaliação incluem as competências gerais e sociais.

As competências gerais descritas de seguida estão bem alinhadas com a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas. Além disso, são especificados a confidencialidade e os benefícios para o progresso científico.

Competências gerais e sociais a serem treinadas

Cuidados centrados no paciente

- Observar o paciente numa perspetiva holística, respeitar a diversidade e prestar cuidados personalizados
- Comunicar com respeito e empatia, ouvir ativamente e fomentar a confiança mútua
- Garantir o empoderamento e o consentimento informado dos pacientes, permitindo o equilíbrio entre as recomendações baseadas em factos e as preferências do paciente no processo partilhado de tomada de decisões
- Demonstrar liderança, de modo a garantir a segurança e a continuidade nos cuidados ao paciente
- Trabalhar de acordo com os padrões éticos e os direitos humanos universais das mulheres

Trabalho em equipa

- Colaborar com respeito com outros profissionais, tais como enfermeiras e parteiras, e contribuir para um ambiente de trabalho seguro e construtivo
- Promover a tomada de decisões partilhada entre profissionais, reconhecendo e confiando na perícia de terceiros
- Foco no desempenho de equipa, reconhecendo os padrões de cuidados e os aspetos legais
- Exibir a liderança, sobretudo em situações críticas

Práticas baseadas no sistema

- Compreender e trabalhar de forma eficaz na organização dos cuidados de saúde, incluindo o seu sistema legal
- Compreender e adaptar-se à diversidade, ao desenvolvimento e à inovação
- Trabalhar de acordo com as diretrizes e padrões de cuidados e aplicar sistemas de segurança de pacientes

- Equilibrar os resultados e os custos relacionados com pacientes
- Classificar e priorizar tarefas tendo em conta os recursos disponíveis
- Garantir a privacidade e o conforto do paciente na prestação, ambiente e no contexto dos cuidados

Desenvolvimento pessoal e profissional

- Ser um aprendiz para toda a vida e um bom modelo a seguir
- Equilibrar o trabalho e a vida pessoal
- Reconhecer competências e limitações pessoais
- Dar, procurar e aceitar feedback, refletir sobre o mesmo e utilizá-lo para melhorias
- Melhorar continuamente a empatia quando ouve os pacientes, bem como a comunicação eficaz e clara
- Contribuir para o progresso dos cuidados de saúde através da investigação, educação e promoção da implementação de inovações

Formação em competências comunicacionais e psicossociais

Autores: Sibil Tschudin, Marieke Paarlberg, Heather Rowe, Angelique Goverde

Introdução

A comunicação eficaz é uma competência essencial na interação entre paciente e médico, conforme estipulado nas competências gerais no currículo de base. Tem vindo a melhorar os resultados em matéria de saúde, bem como a satisfação do paciente. Também o desempenho do trabalho em equipa depende das competências de comunicação. Por fim, as competências na comunicação escrita são importantes para a manutenção de registos médicos e a comunicação de informações sobre cuidados de saúde. Embora a competência comunicativa seja, em parte, uma qualidade pessoal, as competências comunicacionais podem ser (adicionalmente) desenvolvidas através da formação focada, feedback e avaliação.

Este documento apresenta um guia provisório para a formação em competências de comunicação e psicossociais, que permitem que o interno desenvolva um estilo pessoal e eficaz de comunicação em relação à autonomia do paciente, de modo a abranger adequadamente aspetos biopsicossociais e ter em conta a sexualidade no contexto de condições obstétricas e ginecológicas.

Competências comunicacionais e psicossociais

A comunicação está no centro de cada interação entre o médico e os pacientes e os seus familiares. O médico é responsável por criar um ambiente seguro em que tanto o paciente como médico se sintam confortáveis para falar. A formação em competências de comunicação permitirá a partilha eficaz de informações entre o interno e o paciente e a construção de uma relação terapêutica entre médico e paciente, em diversas situações clínicas. A comunicação eficaz baseia-se nos princípios da ética biomédica (beneficência, não-maleficência, respeito e autonomia) [1], visa a tomada de decisões informada e aplica uma abordagem centrada no paciente. A abordagem centrada no paciente caracteriza-se por uma atitude autêntica, congruente e transparente, e consiste em ouvir ativamente [2], ou seja, aguardar, verificar, refletir e resumir a transmissão personalizada e adaptada de informações, com base no método obter – fornecer – obter [3].

Em situações particularmente exigentes, tais como comunicação de más notícias, a abordagem da (dis)função sexual (incluindo questões sobre abuso sexual) e as síndromes de dor pélvica ou vulvar crónica, recomendam-se competências mais específicas, tais como

- Protocolo SPIKES de 6 passos (Ambiente/Perceção/Convite/Conhecimento/Emoções/Estratégia) [4].
- NURSE (Designação/Compreensão/Respeito/Suporte/Exploração) [5].
- PEARLS (Parceria/Empatia/Desculpa/Respeito/Autenticação/Suporte) [6].

Outro aspeto da comunicação diz respeito à função do médico na equipa de cuidados de saúde. A colaboração e a responsabilidade partilhada pela prestação de cuidados de saúde são requisitos adicionais para os médicos, sobretudo em matéria de partilha de informações (médicas). A documentação de informações médicas em diversas situações, por ex. no processo clínico do paciente, no relatório da cirurgia, na carta de alta ou da consulta, não serve apenas os fins da prestação de cuidados de saúde mas é também um requisito médico-legal.

É necessário que os internos desenvolvam:

- Competências para a transferência eficaz do paciente, por ex. através do uso do método SBAR (Situação/Antecedentes/Avaliação/Recomendação) [7]).
- Competências para a manutenção de registos e a elaboração de relatórios médicos.

Formação e avaliação de competências de comunicação e psicossociais

Tal como acontece com outras competências em Obstetrícia e Ginecologia, a aprendizagem e a melhoria de competências comunicacionais é um processo contínuo, baseado na combinação de conhecimentos teóricos, experiência de situações simuladas e prática profissional sob supervisão direta (e posteriormente indireta).

Recomenda-se o uso de um enquadramento ou modelo estruturado de competências de comunicação. Esse enquadramento descreve os diversos elementos do encontro entre médico e paciente, bem como as competências específicas que devem ser treinadas. O feedback e a promoção da autorreflexão são os pilares da avaliação formativa para orientar a formação adicional.

Formação em competências de comunicação verbal e biopsicossociais

Os conhecimentos teóricos são adquiridos através de livros didáticos (por ex. Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology; a competency-oriented approach by Paarlberg KM and Van de Wiel HB) e/ou e-learning, quer individualmente ou em cursos especificamente concebidos a nível local, nacional ou internacional (por ex., pela Sociedade Internacional de Obstetrícia e Ginecologia Psicossomática (ISPOG).

O role-playing ou a simulação de pacientes oferecem uma prática em laboratório de treino para situações entre médico e paciente e para a formação de equipas e podem complementar a prática em situações ao vivo, com supervisão direta e indireta (discussão do caso). Nestas formações, é necessário ter em conta os diferentes aspetos da comunicação, tais como a empatia, a estrutura, a expressão verbal e não-verbal, bem como a impressão geral. É essencial que o feedback seja fornecido de forma estruturada e tenha em conta a personalidade do interno.

Avaliação de competências de comunicação e biopsicossociais

A observação direta é o melhor método para ensinar e avaliar as competências de comunicação. É possível abordar tanto a comunicação verbal como não-verbal. De igual modo, outro pessoal (para)médico e até mesmo pacientes podem fornecer informações para a avaliação, através do feedback de várias fontes. Caso a observação direta não seja possível, a gravação de encontros entre interno e paciente pode ser útil.

Deve ser mantido um portefólio com feedback de várias fontes e com avaliações OSCE, que também pode incluir breves reflexões por escrito do interno.

Formação de competências de comunicação em ambiente de trabalho em equipa

Cursos específicos de simulação para a transferência de pacientes e situações complexas são organizadas a nível local, nacional ou internacional. Relativamente à comunicação em equipas, recomenda-se o método SBAR.

Formação e avaliação de comunicação por escrito

Dependendo do documento específico e do ambiente local e/ou nacional, os critérios para a documentação médica devem ser claramente indicados e transmitidos ao interno. A discussão dos documentos médicos elaborados pelos internos irá demonstrar em que medida o interno está a cumprir esses critérios.

Referências bibliográficas

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Rogers C, Farson R. Active listening: In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. Organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall; 1979.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2000.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
5. Back AL et al. Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med 2007; 167: 453—460
6. Clark W, Hewson M, Fry M, Shorey J. Communication skills reference card. St. Louis, MO: American Academy on Communication in Healthcare; 1998.
7. Institute for Healthcare improvement: www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Formação simulada de competências de ginecologia

Autores: Rudi Campo, Helder Ferreira, Yves van Belle, Vasilios Tanos, Benoit Rabischong, Grigoris Grimbizis, Attilio Di Spiezio Sardo

Introdução

Atualmente, reconhece-se que o modelo tradicional de aprendiz/tutor já não é válido para o treino de todas as competências necessárias em cirurgia ginecológica e, mais especificamente, na cirurgia endoscópica [1]. Este acordo baseia-se no facto de que, ao contrário de cirurgias abertas, a cirurgia endoscópica exige competências cirúrgicas e psicomotoras que não devem necessariamente ser treinadas em simultâneo. De facto, cada vez mais indicadores sugerem fortemente que as competências psicomotoras devem ser treinadas mais cedo e fora da sala de operações. Para o efeito, foram propostos diversos modelos [2-7].
Consequentemente, seis organizações líderes em ginecologia (ESGE, EBCOG, EAGS, ENTOG, ACOG e AAGL) emitiram uma recomendação conjunta relativamente à formação em cirurgia endoscópica e à garantia da qualidade. Essa recomendação refere que cada hospital em que se ensina cirurgia endoscópica deve possuir um laboratório endoscópico para efeitos de formação e para melhorar a proficiência do médico no que respeita às competências de cirurgia endoscópica.
A fundamentação por trás dessa recomendação consiste no facto de que a endoscopia requer competências psicomotoras e cirúrgicas. É essencial que essas competências psicomotoras sejam treinadas e testadas em ambiente seguro , antes da formação na sala de operações, uma vez que reduz as taxas de morbilidade e mortalidade dos pacientes, reduz a exposição do paciente a internos inexperientes e aumenta fortemente a eficácia pedagógica.

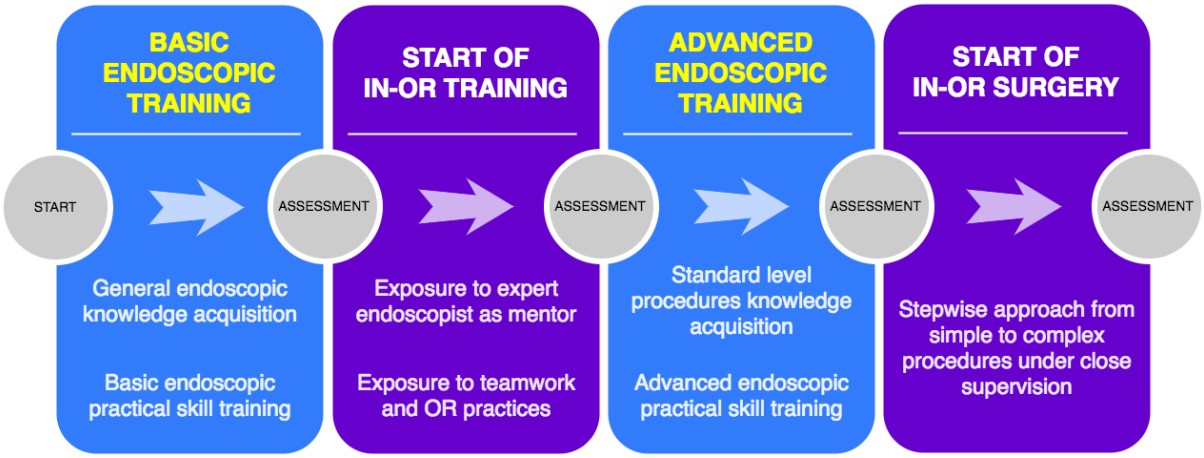
Nesta secção, são fornecidos exemplos de simuladores de treino, alguns dos quais podem ser mencionados pelo seu nome comercial ou pela sua marca. Tenha em atenção que existem muitas ferramentas de treino diferentes e que a área da simulação está em constante desenvolvimento. Pode encontrar recomendações e conselhos sobre simuladores de treino específicos na ESGE.

A aquisição de conhecimentos e a formação de competências psicomotoras requerem uma abordagem estruturada, que apenas permita a progressão dos internos no programa mediante a obtenção e a avaliação de metas claramente definidas e mensuráveis. Um estudo recente demonstra que a formação de competências psicomotoras básicas em laparoscopia (coordenação mãos/olhos) antes do treino de competências de sutura, melhora tanto a aquisição como a retenção de tarefas laparoscópicas mais avançadas, tais como a realização de nós intracorpóreos por laparoscopia [8], o que também indicia a necessidade de uma abordagem estruturada, em que as competências psicomotoras são treinadas antes das competências laparoscópicas mais avançadas.

Currículo de formação

A formação de internos, para que estes sejam cirurgiões ginecológicos mais proficientes, não devem iniciar a formação na sala de operações, mas sim num ambiente simulado [8,9]. Um programa estruturado de formação ginecológica deve incluir esta abordagem e abranger uma série de etapas bem definidas, que combinam a formação em laboratório para efeitos de treino e a formação em salas de operações. Em cada etapa, deve realizar-se uma avaliação sobre se o interno deve avançar para o próximo nível.
É possível definir as seguintes etapas nesta abordagem:

- Formação básica em endoscopia (laboratório de treino): Aquisição de conhecimentos de princípios e técnicas endoscópicas em geral, em conjugação com a formação de competências práticas básicas em endoscopia.
- Início da formação em sala de operações: Depois de o interno demonstrar que possui os conhecimentos básicos e práticos necessários em endoscopia, a formação em sala de operações pode ser iniciada. Nesta fase, o interno pode assistir um cirurgião especialista em endoscopia, que atua como mentor, sendo assim exposto a práticas básicas de salas de operações e trabalho em equipa.
- Formação avançada em endoscopia (laboratório de treino): Aquisição de conhecimentos de procedimentos normalizados e formação de competências práticas avançadas.
- Início de cirurgia em sala de operações: Terminada a fase de competências no laboratório, pode realizar-se uma cirurgia ao vivo, de acordo com uma abordagem progressiva, começando pela supervisão apertada e procedimentos simples, bem como a progressiva redução da supervisão em procedimentos simples, passando para procedimentos mais complexos.



Esta abordagem visa treinar e avaliar as competências necessárias em endoscopia, na medida do possível, num ambiente de laboratório de treino, antes da passar para pacientes ao vivo na sala de operações. As vantagens desdobram-se em três:

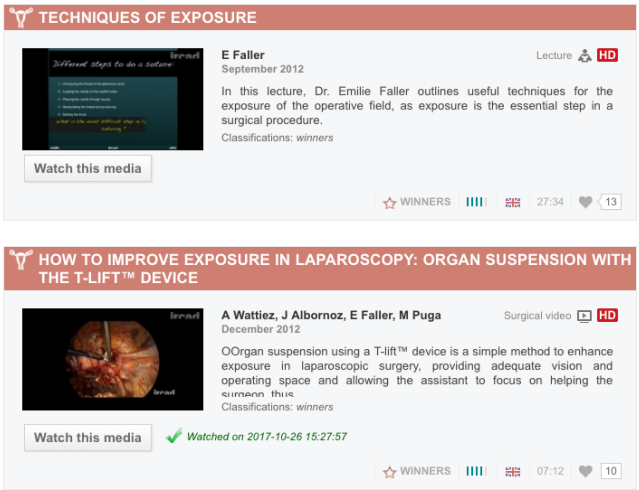
1. Os internos ficam muito mais confiantes quando entram na sala de operações, pois estão mais confiantes de que adquiriram as competências e os conhecimentos necessários;
2. Os mentores especializados não perdem tempo a ensinar as competências básicas, podem contar com a assistência adequada dos internos, podendo centrar-se mais nos procedimentos que tem em mãos;
3. O paciente recebe melhores cuidados devido a internos com formação adequada, sendo assim muito menos exposto a internos inexperientes.

A formação em endoscopia deve realizar-se ao nível da teoria e ao nível de competências práticas. A aquisição dos conhecimentos corretos relativos à laparoscopia geral em a procedimentos normalizados, é tão importante como a aquisição das competências psicomotoras necessárias para a realização de manipulações endoscópicas. A formação na sala de operações apenas pode começar mediante a comprovação de que estão presentes os conhecimentos e as competências necessárias.

Aquisição de conhecimentos

A aquisição de conhecimentos básicos em endoscopia e, numa fase posterior, de procedimentos normalizados pode acontecer antes ou paralelamente à formação de competências práticas. Para que esta formação seja o mais acessível possível, a sua oferta pode ser feita sob a forma de um programa estruturado de e-learning, em conjugação com módulos de autoavaliação, que o interno pode concluir ao seu próprio ritmo.

Esta aquisição de conhecimentos pode ser adicionalmente suportada por uma ou mias sessões de grupo e deve ser sempre seguida de uma avaliação oficial do interno.



Palestras sobre "Técnicas de exposição" no Programa de E-Learning Winners Project

Exemplo: O **programa de e-learning Winners Project** oferece tutoriais gratuitos online e avaliações teóricas sobre conhecimentos em laparoscopia e histeroscopia.

Formação de competências práticas

Na medida em que se reconhece amplamente que a formação em laboratório de treino antes da formação em sala de operações reduz a morbidade e mortalidade em todas as disciplinas da cirurgia endoscópica, é essencial que as competências práticas possam ser treinadas internamente, utilizando uma abordagem estruturada com métodos e ferramentas formativas adequadas. Além disso, é necessária uma plataforma de gestão para facilitar esta abordagem estruturada em relação à recolha de dados e á geração de relatórios.

Plataforma de gestão

De modo a obter um programa estruturado, é essencial a disponibilidade de software de apoio capaz de gerir toda a recolha de dados. Essa recolha de dados ocorre a dois níveis: dos perfis e da experiência dos internos, e os resultados da formação e das sessões de teste realizadas. Idealmente, este sistema deve oferecer a possibilidade de visualizar o progresso dos internos ao longo do tempo, comparar os resultados da formação com os pares, através de um valor de referência de acordo com o nível de exposição, e emitir automaticamente quaisquer relatórios e eventuais certificados relevantes.

Exemplos e equipamento

Laparotomia e competências cirúrgicas básicas

Relativamente às competências cirúrgicas básicas, são descritos modelos muito simples:

Exemplo de tubo de espuma de borracha, que pode ser utilizado para treinar as competências em suturas ou para fabricar um simples modelo da cúpula vaginal.

Exemplo de balões tubulares que podem replicar ureteres (simular uma anastomose uretral, etc.) e as trompas (cirurgia tubar)

Tecidos para treinar suturas e nós

Balões para replicar uma cistectomia ovárica

Para a aprendizagem e o treino da histerectomia abdominal total através de laparotomia, existem modelos simples e acessíveis que podem ser facilmente reproduzidos [10, 11]. Combinados com palestras didáticas e instrumentos reais de instrução, estes modelos podem ser ferramentas de simulação valiosas na educação do interno. O modelo da histerectomia abdominal total foi construído de modo a incluir o útero, as artérias uterinas, os ovários, a bexiga, os ligamentos de suporte, pedículo triplo, a vagina e ureteres (em baixo).

Histerectomia vaginal (VH), reparação dos compartimentos posterior e anterior

Foi descrito o desenvolvimento, a construção, o custo e a utilidade de um simulador de VH acessível e anatomicamente representativo. Depois de avaliados e testados diversos materiais e soluções, foi construído um simulador de histerectomia que incorpora os pontos fortes de cada conceito testado (em baixo).

Laparoscopia

- recomendado ambiente de laboratório de treino para as competências em laparoscopia inclui o seguinte:

- <u>Simulador pélvico:</u>

  O simulador pélvico simula as portas utilizadas durante a realização de um procedimento laparoscópico num paciente. O principal objetivo das portas consiste em restringir o movimento dos instrumentos e a necessidade de utilizar uma câmara endoscópica. Juntamente com os modelos de treino, estas formam uma combinação perfeita para treinar competências, tais como a navegação da câmara e a coordenação adequada de mãos e olhos.

Exemplo: Simulador laparoscópico *SZABO-BERCI-SACKIER*

Exemplo: Simulador pélvico da *Academy*

- <u>Modelos de formação para as competências psicomotoras laparoscópicas:</u>

  O modelo é colocado no interior de um simulador pélvico e fornece um número de exercícios adequado para treinar as competências básicas de manuseamento do instrumento laparoscópico, tais como a navegação por câmara e a coordenação de mãos e olhos, incluindo a coordenação bimanual.

Exemplo: Modelo LASTT colocado no interior de um simulador pélvico

O modelo de treino LASTT (método de treino e teste de competências em laparoscopia) O modelo LASTT é um modelo de treino validado que representa a distribuição e orientação espacial de diferentes planos e ângulos de uma pélvis feminina. Oferece exercícios laparoscópicos validados para treinar e testar o indivíduo quanto às suas competências psicomotoras em laparoscopia [1, 14-39].

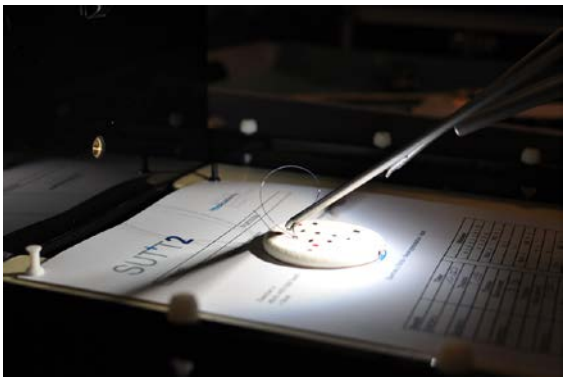
Os exercícios são realizados com instrumentos laparoscópicos normalizados: ótica de 10 mm 0º, ótica de 10 mm 30º, fórceps de dissecção de 5 mm, pinça de 5 mm.

O primeiro exercício treina a capacidade do interno de navegar a câmara e de manusear a ótica de 30°; devem ser identificados 14 alvos numa ordem específica.

O segundo exercício treina a coordenação de mãos e olhos do interno enquanto este posiciona 6 pequenos anéis num prego, e o último exercício treina a coordenação bimanual do interno enquanto este transporta um objeto de 6 pinos de uma mão para a outra e, depois, até ao alvo correspondente.

- <u>Modelos de treino para competências de sutura laparoscópica:</u>

  O modelo de competências de sutura laparoscópica é colocado dentro de um simulador pélvico e permite que o interno realize exercícios de pontos e nós com vários níveis de dificuldade.



Exemplo: Modelo SUTT2 colocado dentro de um simulador pélvico

Modelo de treino SUTT (método de treino e teste de suturas e nós) O modelo SUTT é composto por 2 níveis, SUTT1 e SUTT2, e treina a sutura e os nós laparoscópicos a diversos níveis de crescente dificuldade.

Os exercícios são realizados com instrumentos laparoscópicos normalizados: ótica de 10 mm 0º e suportes de agulhas.

SUTT1 é composto por um exercício em que se treina a sutura e os nós.

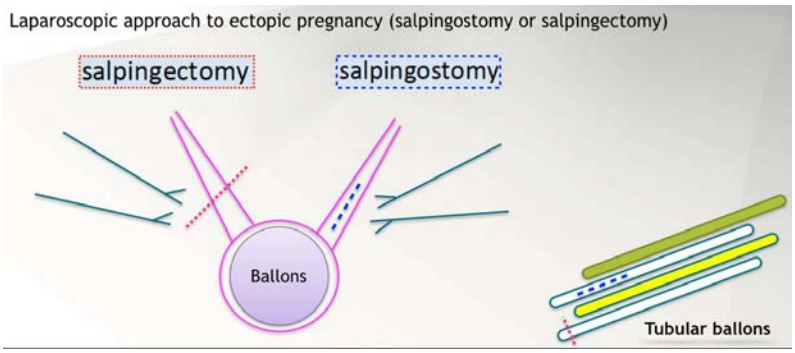
SUTT2 é composto por quatro exercícios que abordam a sutura em barra grega, pontos com as duas mãos, nós e aproximação de tecidos.

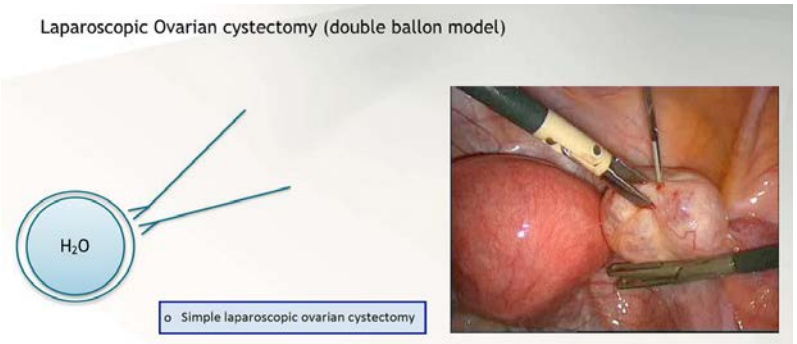
- Modelo de treino integrado para competências psicomotoras e de sutura laparoscópica

Exemplo: Modelo de treino integrado Encilap

- Modelos de simulação para procedimentos laparoscópicos

Utilizando balões tubulares é possível fazer uma incisão longitudinal de modo a replicar uma salpingostomia e um corte completo para salpingostomia.





Um balão cheio de água envolvido num segundo balão pode ser utilizado para simular uma cistectomia aos ovários, através da remoção do balão exterior evitando a rutura do interno.

Histeroscopia

O ambiente de laboratório de treino recomendado para o treino de competências histeroscópicas inclui o seguinte:

- Modelo genital feminino

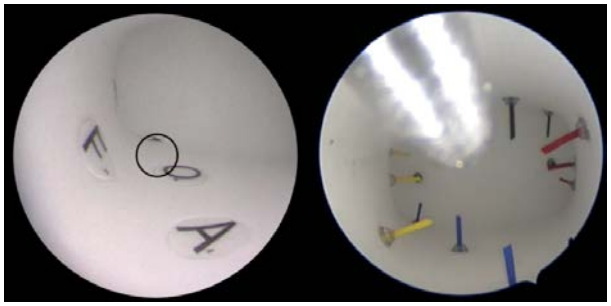
  Para que a simulação seja o mais próximo possível da realidade, aconselha-se o uso de modelos genitais femininos em que se pode colocar os modelos de treino.

Exemplo: Suporte de mesa académico com modelo genital

Exemplo: Simulador histeroscópico STORZ EVE

- <u>Modelos de treino para competências psicomotoras em histeroscopia</u>

  O modelo de treino é colocado no interior do modelo genital feminino e oferece exercícios relevantes que simulam todos os movimentos possíveis durante um procedimento histeroscópico. Exemplo:



Vista interior de exercício HYSTT 1 e 2

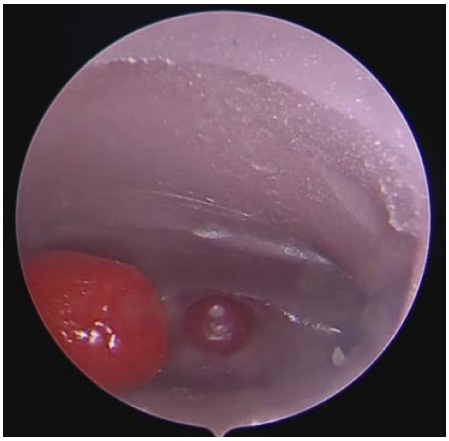
Modelo de treino HYSTT (método de treino e teste de competências histeroscópicas) O modelo HYSTT testa e treina a navegação histeroscópica da câmara e manuseamento de instrumentos. O modelo possui um formato semelhante ao do útero humano e é instalado num modelo genital feminino. Dispõe de dois níveis de dificuldade, HYSTT1 e HYSTT2, e cada nível é composto por dois exercícios.

O exercício 1 avalia as competências de um indivíduo em manusear a câmara a trabalhar com uma ótica de 30° num ambiente histeroscópico. São utilizados vários conjuntos de módulos, de modo a eliminar o efeito de memória nos participantes.

O exercício 2 avalia as competências de manuseamento simultâneo da câmara e dos instrumentos e de coordenação de mãos e olhos, uma vez que o objetivo consiste em recolher e extrair 14 pinos.

- <u>Modelos de treino para diagnósticos</u>

  O treino de casos diagnósticos é, por norma, feito através de palestras e vídeos. No entanto, o uso de modelos simulados oferece uma vantagem significativa em relação aos métodos tradicionais, uma vez que ensinam o interno a entrar na cavidade e a proceder com cuidado, a identificar a posição anatómica das anomalias, a formular corretamente o que consegue ver, a apresentá-lo aos seus pares e a formular o respetivo diagnóstico. Os modelos de treino diagnóstico são colocados no interior de um modelo genital feminino. Exemplo:



Vista interior de um modelo de treino com pólipo e em início de gravidez

Competências ginecológicas a serem adquiridas (currículo de base)

Competências em clínica ambulatória:

- Colocação de dispositivo intrauterino
- Colocação de implantes subcutâneos
- Biópsia endometrial
- Colposcopia (com biópsia)
- Excisão da zona de transformação com ansa (LLETZ) do colo uterino

Competências básicas (de base) de cirurgia convencional:

- Biópsia por punção sob anestesia local
- Marsupialização cirúrgica de cisto
- Excisão cirúrgica de abcesso

Competências mais avançadas (de base) de cirurgia convencional

- Laparotomia com adesiólise mínima
- Salpingo-ooforectomia por laparotomia
- Reparação vaginal anterior simples
- Reparação vaginal posterior simples
- Miomectomia de mioma subseroso por laparotomia
- Colpocleise (pelo menos em ambiente de simulação)

Competências endoscópicas (de base):

Laparoscopia:

- Laparoscopia diagnóstica
- Laparoscopia diagnóstica com teste tubar
- Adesiólise laparoscópica simples
- Laqueação tubar bilateral laparoscópica
- Remoção laparoscópica de gravidez ectópica (salpingostomia) ou salpingectomia
- Aspiração por agulha laparoscópica de cistos simples
- Eletrocoagulação laparoscópica do ovário
- Cistectomia laparoscópica simples aos ovários
- Salpingo-ooforectomia laparoscópica

Histeroscopia:

- Histeroscopia diagnóstica
- Histeroscopia diagnóstica com teste tubar
- Ressecção histeroscópica do pólipo
- Ressecção histeroscópica de mioma do tipo 0-1 (< 4cm)

Integração de formação simulada no currículo

De acordo com Harden *et al*. e Kern *et al [40, 41]*.

- Necessidades: implementar formação em competências ginecológicas antes da atividade clínica
- Metas e objetivos: desenvolvimento de programas de ensino e formação uniformes e estruturados na Europa
- Conteúdo: programa de ensino, formação e avaliação em ginecologia
- Organização de conteúdos: Livre acesso a tutoriais revistos por pares com modelos de autoavaliação; Aquisição de competências psicomotoras com modelos inanimados em laboratório de treino; Avaliação normalizada validada das competências atrás mencionadas; Entrada no programa de ensino clínico quando apropriado.

- Estratégias educacionais: Estrutura do conhecimento às competências e, posteriormente, à atividade clínica; Módulo de avaliação objetiva para cada uma das etapas mencionadas; Método de avaliação objetiva utilizado por todos os tutores.
- Métodos de ensino: Acessível, validado e economicamente acessível; Exercícios normalizados em laboratório de treino; Acesso à Internet; Modelo de aprendiz/tutor após a aquisição de conhecimentos teóricos e competências psicomotoras.
- Avaliação: avaliação estrutural objetiva de exercícios, certificação, de preferência, por assessores externos, relatórios de tutores ou tutores, escalas de autoavaliação, avaliação contínua e de fim de curso, exames para a avaliação de conhecimentos teóricos.
- Comunicação: sociedades científicas locais, comissões de hospitais de ensino, tutores/tutores de internos.
- Ambiente educacional: Infraestrutura local com acesso a conhecimentos (tutoriais *online* em vídeo, programas de ensino estruturados) e laboratórios de treino; Laboratórios para competências cirúrgicas mais abrangentes, com um ambiente de treino dedicado em que os internos adquirem competências de equipas interprofissionais, instalações de ensino dedicadas à endoscopia (laboratório com animais, cirurgia vital, realidade virtual).
- Processo: Informar as sociedades nacionais sobre os conteúdos do programa. Fornecer diferentes ferramentas necessárias para a aplicação do programa: - Livre acesso a tutoriais revistos por pares com modelos de autoavaliação (por ex. o programa GESEA); - Aquisição de competências psicomotoras com modelos inanimados em laboratório de treino (simuladores pélvicos, caixas adequadas para a realização de exercícios simples com pinos/anéis, utilizando uma *webcam*);
- Adquirir competências cirúrgicas utilizando modelos acessíveis e economicamente acessíveis (por ex. histerectomia abdominal e vaginal, cistectomia aos ovários, gravidez ectópica, correção de defeitos nos compartimentos anterior e posterior) seguida de um programa de simulação "passo-a-passo".
- fornecer avaliações normalizadas e validadas das competências atrás mencionadas (plataformas *online* de pontuação); Entrada no programa de ensino clínico quando apropriado.

Exemplo de um programa de treino simulado em competências endoscópicas

A Academia Europeia de Cirurgia Ginecológica, juntamente com a ESGE, elaborou um currículo bem equilibrado: o programa de *Ensino e Avaliação de Cirurgia Endoscópica Ginecológica* (GESEA), que se baseia numa abordagem estruturada semelhante ao que se propõe no presente documento [18].
O Programa GESEA é atualmente composto por dois níveis ativos, um nível de *Bacharelato* e um nível de *Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva* (MIGS).

- O bacharelato GESEA (nível 1) está aberto a todos os endoscopistas e destina-se especificamente aos internos. Começa com os tutoriais do bacharelato na plataforma de *e-learning* da *Winners* e seguem-se os exercícios práticos das competências psicomotoras para a laparoscopia (LASTT e SUTT1) e a histeroscopia (HYSTT1). O exame é composto por um teste teórico e testes práticos e o certificado obtido é válido como uma licença para entrar às salas de operações, uma vez que o programa confere as competências necessárias para iniciar a formação em sala de operações.
- O GESEA MIGS (nível 2) está aberto a ginecologistas e cirurgiões reprodutivos e começa com tutoriais mais aprofundados na plataforma de *e-learning* da *Winners*. Os exercícios realçam as competências psicomotoras práticas avançadas (LASTT, SUTT2 e HYSTT2), e o certificado obtido é válido para intervenções cirúrgicas ginecológicas laparoscópicas e histeroscópicas.

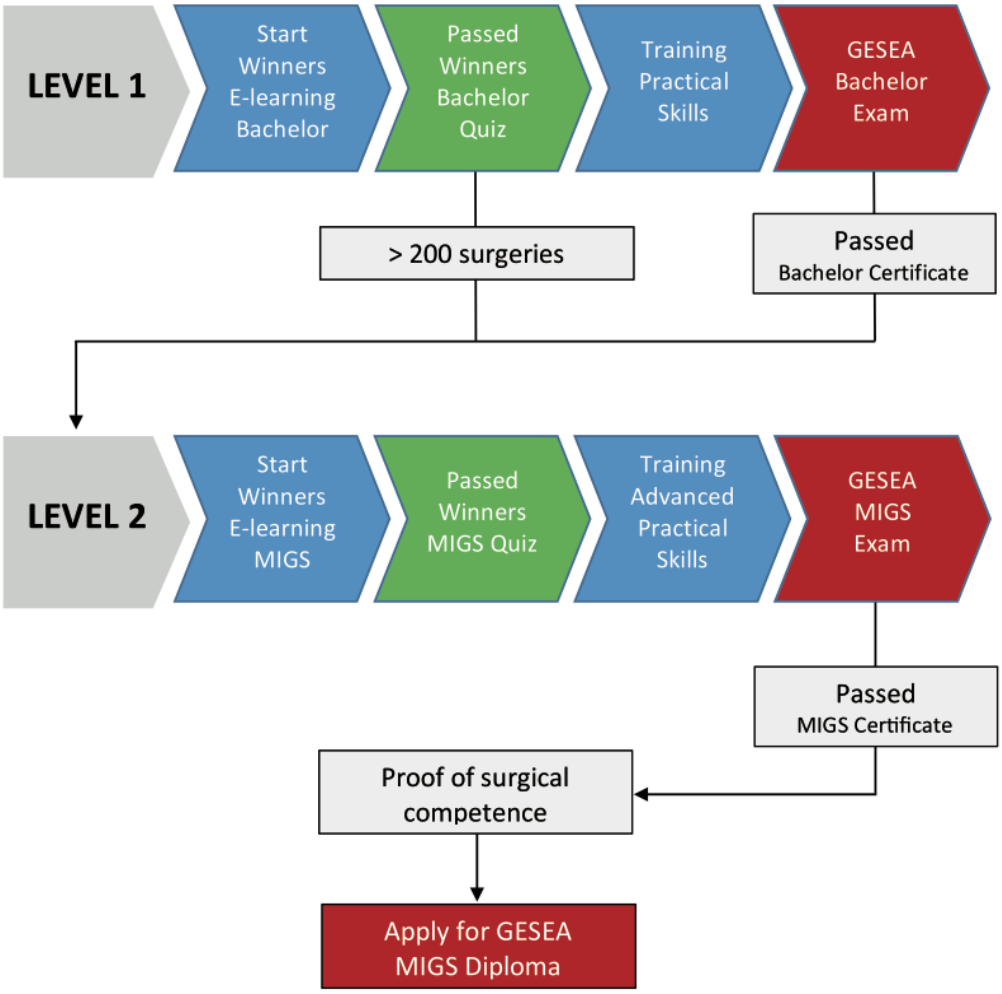
Para participar neste programa, é necessário ter acesso (pelo menos) ao seguinte:

1. Modelos inanimados para competências de cirurgia aberta
2. Programa endoscópico GESEA

3. Infraestrutura

Base: Laboratório de competências de treino instalado com acesso a computador para os tutoriais *online* em vídeo, hardware e ferramentas de treino endoscópicas, de preferência, acessíveis a todas as disciplinas cirúrgicas. Simuladores de realidade virtual são aceitáveis, no entanto, não apresentam qualquer vantagem em relação aos modelos inanimados de baixo custo.

Opcionais: Simulador de realidade virtual, competências de equipas interprofissionais, treino em cadáveres e cursos de formação em animais. Sessões cirúrgicas ao vivo ou sessões de aprendizagem em *streaming*. Para beneficiar de um ambiente de treino profissional, a formação deve ser organizada em centros de treino regionais ou até supra-nacionais.



Referências bibliográficas

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg. 2016;13:133-7.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. J Surg Educ. 2011;68(4):282-9.
3. Escamirosa FP, Flores RM, Garcia IO, Vidal CR, Martinez AM. Face, content, and construct validity of the EndoViS training system for objective assessment of psychomotor skills of laparoscopic surgeons. Surg Endosc. 2015;29(11):3392-403.
4. Hofstad EF, Vapenstad C, Chmarra MK, Lango T, Kuhry E, Marvik R. A study of psychomotor skills in minimally invasive surgery: what differentiates expert and nonexpert performance. Surg Endosc. 2013;27(3):854-63.
5. Munro MG. Surgical simulation: where have we come from? Where are we now? Where are we going? J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(3):272-83.
6. Mulla M, Sharma D, Moghul M, Kailani O, Dockery J, Ayis S, et al. Learning basic laparoscopic skills: a randomized controlled study comparing box trainer, virtual reality simulator, and mental training. J Surg Educ. 2012;69(2):190-5.

7. Sroka G, Feldman LS, Vassiliou MC, Kaneva PA, Fayez R, Fried GM. Fundamentals of laparoscopic surgery simulator training to proficiency improves laparoscopic performance in the operating room-a randomized controlled trial. Am J Surg. 2010;199(1):115-20.
8. Molinas CR, Binda MM, Campo R. Dominant hand, non-dominant hand, or both? The effect of pre-training in hand-eye coordination upon the learning curve of laparoscopic intra-corporeal knot tying. Gynecol Surg. 2017;14(1):12.
9. Campo R, Wattiez A, Wallwiener D, et al. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? Gynecol Surg. 2005;2:57–65.
10. Hong A, Mullin PM, Al-Marayati L, Peyre SE, Muderspach L, Macdonald H, et al. A low-fidelity total abdominal hysterectomy teaching model for obstetrics and gynecology residents. Simul Healthc. 2012;7(2):123-6.
11. Opper N, Lee R. A Low-Fidelity Total Abdominal Hysterectomy Teaching Model for Obstetrics and Gynecology Residents. Simulation in Healthcare 7 (2), 123-126, 2012
12. 12. Barrier B, Thompson A, McCullough M, Occhino J. A Novel and Inexpensive Vaginal Hysterectomy Simulator. Simulation in Healthcare. 7(6), 374-379, Dec 2012
13. 13. Geoffrion R, Suen MW, Koenig NA, Yong P, Brennand E, Mehra N, et al. Teaching Vaginal Surgery to Junior Residents: Initial Validation of 3 Novel Procedure-Specific Low-Fidelity Models. J Surg Educ. 2016;73(1):157-61.
14. 14. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas R, O'Donovan P, Deprest J, Van BY, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 199:183–186
15. Campo R, Reising C, Van Belle Y, Nassif J, O'Donovan P, Molinas CR (2010) A valid model for testing and training laparoscopic psychomotor skills. Gynecol Surg 7:133–141
16. Molinas CR, Campo R (2010) Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. Gynecol Surg 7:427–435
17. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R (2008) Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. Gynecol Surg 5:281–290
18. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas CR, O'Donovan P, Deprest J, Van Belle Y, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wide RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg 13:133–137
19. Campo R, Molinas CR, De Wilde RL, Brolmann H, Brucker S, Mencaglia L, Odonovan P, Wallwiener D, Wattiez A (2012) Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. Facts Views Vis Obgyn 4:95–101
20. Campo R, Wattiez A, De Wilde RL, Molinas CR (2012) Training in laparoscopic surgery: from the lab to the OR. Zdrav Var 51:285–298
21. Palter VN, Orzech N, Reznick RK, Grantcharov TP. Validation of a structured training and assessment curriculum for technical skill acquisition in minimally invasive surgery: a randomized controlled trial. Ann Surg. 2013 Feb;257(2):224-30.
22. Gala R, Orejuela F, Gerten K, Lockrow E, Kilpatrick C, Chohan L, Green C, Vaught J, Goldberg A, Schaffer J. Effect of validated skills simulation on operating room performance in obstetrics and gynecology residents: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013 Mar;121(3):578-84.
23. Burden C, Oestergaard J, Larsen CR. Integration of laparoscopic virtual-reality simulation into gynaecology training. BJOG. 2011 Nov;118 Suppl 3:5-10.
24. Hur HC, Arden D, Dodge LE, Zheng B, Ricciotti HA. Fundamentals of laparoscopic surgery: a surgical skills assessment tool in gynecology. JSLS. 2011 Jan-Mar;15(1):21-6.
25. Antoniou SA, Antoniou GA, Koutras C, Antoniou AI (2012), Endoscopy and laparoscopy: a historical aspect of medical terminology. Surg Endosc 26:3650–3654
26. De Win G, Van Bruwaene S, Kulkarni J, Van Calster B, Aggarwal, R, Allen C, Lissens A, De Ridder D, Miserez M (2015) An evidence based laparoscopic simulation curriculum shortens the clinical learning curve and reduces surgical adverse events. BJS 102: 110-110
27. He H, Zeng D, Ou H, Tang Y, Li J, Zhong H (2013) Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review. J Minim Invasive Gynecol 20(4):413–423
28. Okholm C, Goetze JP, Svendsen LB, Achiam MP (2014) Inflammatory response in laparoscopic vs. open surgery for gastric cancer. Scand J Gastroenterol 49(9):1027–1034
29. 29. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. (2009) Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev Issue 3:CD003677
30. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, et al. (2009) Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. Cochrane Database Syst Rev Issue 2:CD004751
31. De Win G, Everaerts W, De Ridder D, Peeraer G (2015) Laparoscopy training in Belgium: results from a nationwide survey, in urology, gynecology, and general surgery residents. Adv Med Educ Pract 6:55–63
32. Sinitsky DM, Fernando B, Berlingieri P (2012) Establishing a curriculum for the acquisition of laparoscopic psychomotor skills in the virtual reality environment. Am J Surg 204(3):367–376
33. 33. Aggarwal R, Tully A, Grantcharov T, Larsen CR, Miskry T, Farthing A, Darzi A (2006) Virtual reality simulation training can improve technical skills during laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy. BJOG 113:1382–1387
34. Ascher-Walsh CJ, Capes T (2007) An evaluation of the resident learning curve in performing laparoscopic supracervical hysterectomies as compared with patient outcome: five-year experience. J Minim Invasive Gynecol 14:719–723
35. Simons AJ, Anthone GJ, Ortega AE, Franklin M, Fleshman J, Geis WP, Beart RW (1995) Laparoscopic-assisted colectomy learning curve. Dis Colon Rectum 38:600–603

36. Ghomi A, Littmann P, Prasad A, Einarsson JL (2007) Assessing the learning curve for laparoscopic supracervical hysterectomy. JSLS 11:190–194
37. Van Der Wal G. (2007) Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=laparoscopische%20operaties. Accessed 15 Dec 2015
38. Tijam IM, Persoon M, Hendrikx AJ, Muijtjens AM, Witjes JA, Scherpbier AJ (2012) Program for laparoscopic urologic skills: a newly developed and validated educational program. Urology 79(4):815–820
39. Stefanidis D, Acker C, Heniford BT (2008) Proficiency-based laparoscopic simulator training leads to improved operating room skill that is resistant to decay. Surg Innov 15(1):69–73
40. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med Educ. 1986;20(4):356-65.
41. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.

Formação simulada de competências em obstetrícia

Autores: Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Introdução

Esta secção do currículo pan-europeu em Obstetrícia e Ginecologia descreve a importância da formação simulada na aquisição de competências obstétricas e fornece exemplos de como definir tal cenário a nível local. A formação simulada é recomendada como parte principal do currículo de Obstetrícia e Ginecologia para a aquisição das competências necessárias, tais como um parto auxiliado por ventosa, antes de estas competências serem utilizadas na prática clínica. As emergências obstétricas são raras, pelo que poderá ser difícil treiná-las em ambiente clínico. Por isso, a formação simulada de emergências obstétricas é igualmente essencial [1-6]. Adicionalmente, a formação simulada garante o desenvolvimento de competências as individuais e o desempenho da equipa.
A formação simulada envolve *'dispositivos, pessoas com formação, ambientes virtuais próximos da realidade e situações sociais simuladas que imitem os problemas, eventos ou condições que ocorrem em encontros profissionais'* e pode ser realizada em quaisquer ambientes [7,8].
Alguns especialistas argumentam que o envolvimento de centros de simulação oficiais é essencial, enquanto outros sugerem que a formação simulada é mais eficaz quando conduzida a nível local, na unidade ou no hospital [2, 3, 9, 10]. No entanto, nenhum desses especialistas contesta a necessidade de formação contínua, uma vez que os efeitos da formação diminuem após alguns meses [11, 12]. Conforme indica o currículo pan-europeu, a formação simulada de competências obstétricas deve ser razoável e exequível em todos os países europeus. Os países ou as instituições podem adotar programas mais ambiciosos do que os descritos neste currículo.

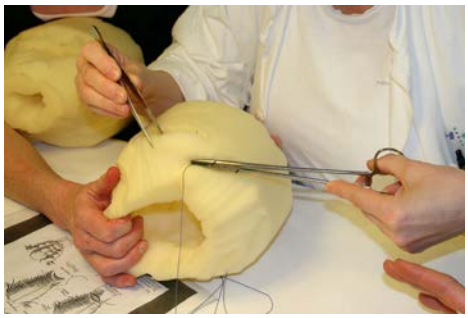
Equipamento

O potencial equipamento para a formação pode divergir muito e ser definitivamente mais barato. Alguns exemplos de equipamentos, ferramentas, modelos, internos ou manequins encontram-se de seguida, das opções mais baratas para as opções mais caras (e mais avançadas):

- Manequins de nascimento básicos

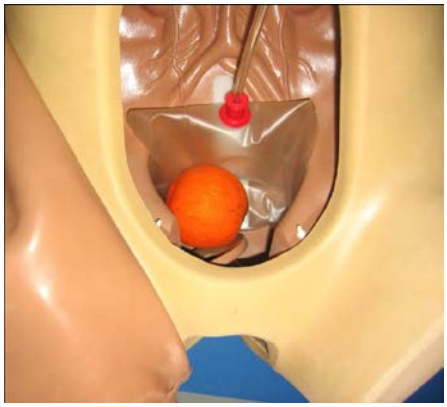
- Modelos de formação ginecológica básica modificado para ventosa obstétrica, espátulas, monitorização CTG, recolha de sangue do feto, B-lynch (espuma de borracha) etc.

Cortesia de Jette Led Sørensen, Dinamarca



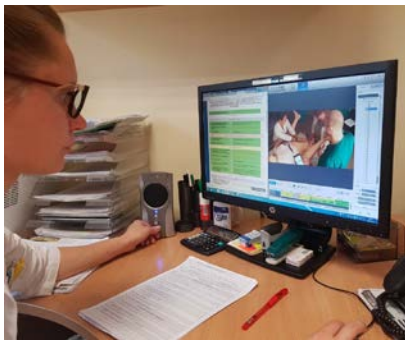
Cortesia de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- Manequins neonatais para reanimação básica
- Manequins adultos para reanimação básica
- Manequins avançados de partos (ou seja, com medição da força)
- Simulador de reparação perineal
- Modelos animais de reparação perineal
- Simulador de competências em cesariana
- Simulador de histerectomia de emergência / intra-parto
- Simulador de partos avançado de grande escala



Cortesia de Diogo Ayres-de-Campos, Portugal

- Simulador híbrido: pode ser uma combinação de um paciente (ator) e um simulador, ou uma combinação de diversos simuladores diferentes [13]. Por exemplo, isto pode envolver um paciente (ator) com um manequim de partos entre as pernas, ou um manequim adulto para reanimação básica combinado com um manequim de partos básico.



Hydralab® Cortesia de Ruta Nadisauakiene, Lituânia

- Tecnologias gaming: Todo o tipo de simuladores e jogos baseados em computador encontram-se disponíveis para formação médica.
- Apresentações, vídeos e ferramentas de implementação, incluindo a gestão dos algoritmos.

São necessários todos os departamentos de obstetrícia e ginecologia para a disponibilização de manequins de parto básico, para o treino de competências técnicas individuais, e simuladores híbridos para a formação de equipas interprofissionais.

Tipos de formação simulada e exemplos

Formação de competências técnicas individuais

- Nível básico com formação de competências básicas (manequins de parto básicos)
- Nível complexo de formação de competências (manequins mais avançados)

Formação de equipas interprofissionais

- Formação básica de equipas com simulador híbrido
- Simulação de alta fidelidade com simulador de partos avançado de grande escala

Simulação em obstetrícia (requisitos mínimos)

- Manequins de nascimento básicos
- Modelos de formação ginecológica básica modificado para ventosa obstétrica, espátulas, monitorização CTG, recolha de sangue do feto, B-lynch (espuma de borracha) etc.

Formação de equipas interprofissionais

- Simuladores híbridos
- Pacientes (atores)

Cortesia de Tim Draycott & Cathy Winter, PROMPT, RU *Cortesia de Jette Led Sorensen, Dinamarca*

Ambiente de simulação

Não existe qualquer recomendação específica quanto ao ambiente ou à localização.

Existem três tipos de ambientes de simulação, todos eles com vantagens e desvantagens [8]:

- Centro de simulação (simulação remota); longe da unidade de cuidados efetiva.
- Internamente, em qualquer outro local do departamento (simulação remota); sala(s) de formação especificamente configuradas para a formação simulada, longe da unidade de cuidados, mas dentro do hospital. As instalações de formação internas podem integrar os departamentos do hospital.
- Simulação no local; uma mistura de ambientes de trabalho simulados e efetivos, para a formação em condições de trabalho. Estas situações podem ser anunciadas (o pessoal é informado de antemão sobre o evento simulado) ou não anunciadas (o pessoal não é informado de antemão).

Nenhum destes ambientes tem um impacto mais forte na aprendizagem individual ou da equipa [8]. No entanto, poderão obter-se ganhos ao nível da aprendizagem organizacional com a simulação local baseada no departamento, tais como a simulação interna e sobretudo com a simulação no local [2, 3, 8, 12]. Para determinar o ambiente simulado preferencial de uma instituição em particular, pode ser útil considerar os objetivos gerais do ensino baseado em simulações, bem como os fatores locais específicos, tais como a viabilidade [8, 14, 15].

Competências obstétricas a serem adquiridas (currículo de base)

Conhecimentos e competências médicas gerais

Estas competências de equipa no programa EBCOG-PACT podem ser treinadas através da simulação, utilizando estratégias de formação híbridas.

Em vez da simulação, também é possível utilizar estratégias de aprendizagem com tecnologia interativa de realidade mista / microssimulação e vídeos, diapositivos, fotografias, desenhos e livros.

- *Efetuar uma visita médica com visão multidisciplinar, gerir a admissão e as altas de pacientes no internamento e na sala de partos e gerir as transferências para outras especialidades*
- *Reconhecer e classificar pacientes gravemente doentes, pacientes sépticas, pacientes com complicações no periparto e pacientes que requeiram reanimação, e iniciar a gestão adequada.*

Competências obstétricas básicas

Estas competências obstétricas do programa EBCOG-PACT devem ser treinadas por simulação, em todos os países, utilizando manequins de parto básicos ou outros modelos básicos.

- Assistência de parto sem complicações
- Parto vaginal assistido por ventosas

- Parto assistido por fórceps
- Parto pélvico
- Assistência durante parto vaginal de gestação múltipla
- Recolha de sangue do feto
- Todas as manobras de gestão da distócia (incluindo a distócia de ombros, treinada pelo menos em simulação)
- Tamponamento com balão intrauterino (incluindo a gestão de hemorragia pós-parto)
- Compressão cirúrgica do útero atónico (incluindo a gestão de hemorragia pós-parto)
- Sutura B-Lynch (incluindo a gestão de hemorragia pós-parto, treinada pelo menos em simulação)

Competências de reparação perineal

Os simuladores de reparação perineal estarão disponíveis em alguns países, mas não se prevê a sua disponibilidade em toda a Europa. Em vez da simulação, também é possível utilizar estratégias de aprendizagem com tecnologia interativa de realidade mista / microssimulação e vídeos, diapositivos, fotografias, desenhos e livros.

- Episiotomia
- Reparação de trauma do trato genital
- Sutura de ferida da episiotomia
- Sutura de lacerações perineais de 1.º/2.º/3.º grau
- Sutura de laceração perineal de 4.º grau

Cirurgia obstétrica avançada

Modelos mais avançados, tais como simuladores de competências de cesariana e simuladores de histerectomia de emergência / intra-parto, estarão disponíveis em alguns países, mas não em toda a Europa.

Em vez da simulação, também é possível utilizar estratégias de aprendizagem com tecnologia interativa de realidade mista / microssimulação e vídeos, diapositivos, fotografias, desenhos e livros.

- Cesariana
- Cesariana após cesariana anterior
- Cesariana em paciente obesa
- Cesariana de emergência
- Histerectomia abdominal (pelo menos, em simulação ou através de estratégias de aprendizagem alternativas)
- Remoção manual e cirúrgica da placenta
- Reversão uterina manual (pelo menos, em simulação ou através de estratégias de aprendizagem alternativas)
- Drenagem de hematoma vulvar

Manequins neonatais para reanimação básica

Estas competências do programa EBCOG-PACT devem ser treinadas através da simulação, em todos os países.

Os manequins neonatais para reanimação básica podem ser utilizados:

- Apoio nos cuidados iniciais do recém-nascido saudável/pretermo (com classificações Apgar baixas)
- Reanimação rigorosa do recém-nascido nos primeiros 10 minutos após o parto (enquanto aguarda a
- chegada do pediatra)

Integração de formação simulada no currículo

De modo geral, não é provável que exista falta de equipamentos de simulação para simulações básicas. No entanto, muitos simuladores de treino são subutilizados devido à falta de programas educacionais e à falta de apoio técnico.
Há também falta de instrutores de simulação que possam conduzir a formação de equipa.
Um estudo sobre simuladores de voo concluiu que "A chave é o programa, não o hardware". Na simulação médica, este aspeto foi igualmente realçado: "Os simuladores não fazem um currículo, são meras ferramentas para um currículo" [8].
Pode ser útil aplicar modelos de currículos, tal como no clássico artigo "Ten questions to ask when planning a course or curriculum" de Harden [14] ou a abordagem de seis etapas de Kern et al [15].
A título exemplificativo, segue-se uma lista de dez questões de Hardens relativamente ao planeamento de um curso ou currículo:

1. Necessidades
2. Metas e objetivos
3. Conteúdos
4. Organização de conteúdos
5. Estratégias educacionais
6. Métodos de ensino
7. Avaliação
8. Comunicação
9. Ambiente educacional
10. Processo

A simulação e o equipamento de simulação são elementos das questões número 5 e 6: Estratégias educacionais e métodos de ensino. Todas as restantes etapas do planeamento de um curso ou currículo devem ser igualmente tidas em conta.
A literatura em matéria de simulação descreve três fases de desenvolvimento de competências, de 1) cognitivo (em que a aprendizagem é conseguida através da instrução e da demonstração) a 2) associativo (em que as competências previamente adquiridas estão integradas e se formam padrões) a 3) autónomo (em que o desempenho é mais automatizado e as rotinas são colocadas em prática). Relativamente às fases iniciais de aprendizagem, ou seja, relativamente a utilizadores na fase cognitiva, os simuladores menos realistas são adequados, à medida que os simuladores mais realistas são apropriados para utilizadores na fase associativa e autónoma [16].

Formação de equipas

A ocorrência de erros médicos em situações de emergência está muitas vezes relacionada com o desempenho da equipa e a comunicação dentro de uma equipa. Por isso, o desenvolvimento da formação de equipas na medicina tem sido uma inovação importante ao longo dos últimos anos, visando a melhoria do desempenho de equipa, sobretudo em situações de emergência. Têm sido estabelecidos muitos bons exemplos de programas de formação de equipas, específicos para emergências obstétricas, em diversas instituições, que se têm revelado eficazes na redução do risco de erros médicos.
As intervenções em equipas de cuidados de saúde têm melhorado o desempenho da equipa, bem como os resultados do paciente [17].
Nesta secção, são fornecidas algumas recomendações relativamente à configuração da formação de equipas em emergências obstétricas.
Foram identificados alguns aspetos-chave na formação de equipas:

1. A tomada de decisões é feita pela equipa, utilizando as informações disponíveis de forma eficaz.
2. Espera-se que todos se manifestem, isto é, cada membro da equipa tem o direito de se manifestar e é encorajado a fazê-lo.
3. Deve ser feita uma análise da missão; a equipa utiliza eficazmente os recursos disponíveis?
4. A comunicação é a chave; ouvir com atenção e verificar se a informação chegou a toda a equipa.
   a. Utilizar o método de verificação – dupla verificação.
   b. Utilizar o método ISBAR para as chamadas telefónicas (Identifique-se – Situação ocorrida – Antecedentes do caso – Avaliação feita – Recomendação para os passos seguintes).
   c. Utilizar procedimentos de Time-Out para tirar um tempo para refletir e reportar, por cada membro da equipa.
5. Reconhecer a liderança e utilizar as capacidades de todos os membros da equipa.
6. Adaptar-se a novas informações; a equipa é capaz de alterar a política?
7. Manter o conhecimento da situação, o que pode ser melhorado com os procedimentos de time-out.

Foram desenvolvidas diversas listas de itens para a formação de equipas e pode escolher a que melhor se adapta ao seu contexto.

A formação de equipas com um ator no papel de paciente pode recriar ambientes muito realistas, podendo ser muito eficaz. No entanto, existem alguns pré-requisitos para a formação simulada de equipas com um ator no papel de paciente.

- As listas de verificação devem basear-se em protocolos de cuidados de saúde.
- Os cenários devem corresponder às situações de emergência que pretende treinar.
- Deve haver instruções para cada instrutor, paciente (ator) e participante, para cada cenário.
- A equipa deve ser treinada em reanimação e emergências obstétricas básicas.
- O ator deve ser capaz de desempenhar o papel de paciente.
- Podem ser utilizados simuladores de treino básicos.
- Deve existir uma equipa (composta por um obstetra, uma parteira e/ou enfermeira) para preparar cenários, informar todos os participantes, fornecer informações durante a formação e interrogar os participantes após a formação.
- Deve existir uma atmosfera de urgência ao nível do piso, bem como ao nível da gestão. A implementação deve seguir-se às regras de gestão de alterações [17].

Exemplo de uma simulação de formação de equipas

Cenário: Após a informação do caso de uma mulher na 40.ª semana da sua primeira gravidez, admitida com fortes dores de cabeça e hipertensão de 160/100 mmHg, a equipa chega para ver a paciente (atriz), que demonstra sinais e sintomas de uma convulsão eclâmptica.
A paciente (atriz) deve receber um tratamento de $MgSO_4$ para terminar a convulsão e medicação para reduzir a tensão arterial. A medicação está efetivamente preparada, no entanto não será administrada ao paciente. De

igual modo, são preparadas 2 infusões iv., sem a introdução das agulhas, no entanto a iv é fixada com pensos e ligadura. Um cateter urinário é colocado num manequim.
Durantes todas as atividades, um dos membros da equipa lê a lista de verificação em voz alta e são utilizados os procedimentos de time-out para melhorar o conhecimento da situação.
A terceira fotografia mostra um observador no fundo que está a preparar itens para o interrogatório.

Cortesia de Fedde Scheele, Países Baixos

Depois de estabilizar a paciente, esta foi levada para o bloco operatório para uma cesariana, devido ao traçado não tranquilizador da frequência cardíaca fetal. Esse traçado não tranquilizador foi mencionado pelo instrutor. A equipa no bloco operatório, após a chegada da paciente, é informada de que se trata de um exercício e de que a paciente não deve ser tratada. Entretanto, todas os eventuais problemas da equipa e as falhas de logística são anotadas pelo observador. Na quinta fotografia, o pediatra observa a reanimação do recém-nascido realizada pelos membros da equipa e a última fotografia foi tirada durante o interrogatório.

Cortesia de Fedde Scheele, Países Baixos

Durante o interrogatório, os membros da equipa são solicitados a refletirem sobre os pontos fortes do seu desempenho, por ex. verificação - dupla verificação eficaz durante a comunicação, utilização do método ISBAR ao telefone, utilização de listas de verificação.
Posteriormente, são debatidos os pontos a melhorar, por ex. liderança insuficiente ou a sugestão de demorar mais tempo nos procedimentos de time-out, de modo a dividir as funções, a sugestão para a enfermeira se manifestar mais e mais atenção na comunicação ao paciente. De igual modo, as falhas ao nível da infraestrutura são reportadas à administração.
Fedde Scheele, hospital-escola OLVG, Amesterdão, Países Baixos

Referências bibliográficas

1. Merien AE, Van der Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. ObstetGynecol. 2010;115(5):1021-31.
2. Bergh AM, Baloyi S, Pattinson RC. What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training? BestPractResClinObstetGynaecol. 2015;29:1028-43.
3. Draycott TJ, Collins KJ, Crofts JF, Siassakos D, Winter C, Weiner CP, Donald F et al. Myths and realities of training in obstetric emergencies. BestPractResClinObstetGynaecol. 2015;29:1067-76.
4. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee GD, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. MedTeach. 2005;27(1):10-28.

5. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. MedEduc. 2010;44(1):50-63.
6. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. MedTeach. 2013;35(10):e1511-e30.
7. McGaghie WC, Issenberg SB, Barsuk JH, Wayne DB. A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. MedEduc. 2014;48(4):375-85.
8. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC medical education. 2017;17(1):20.
9. Fransen AF, Van der Ven J, Merien A, de Wit-Zuurendonk L, Houterman S, Mol B, et al. Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. BJOG. 2012;119:1387-93.
10. van de Ven J, van Baaren GJ, Fransen AF, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Cost-effectiveness of simulation-based team training in obstetric emergencies (TOSTI study). European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2017;216:130-7.
11. van de Ven J, Fransen AF, Schuit E, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Does the effect of one-day simulation team training in obstetric emergencies decline within one year? A post-hoc analysis of a multicentre cluster randomised controlled trial. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2017;216:79-84.
12. Sørensen JL, Løkkegaard E, Johansen M, Ringsted C, Kreiner S, McAleer S. The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program. Acta ObstetGynecolScand. 2009;88(10):1107-17.
13. Kneebone R, Nestel D, Wetzel C, Black S, Jacklin R, Aggarwal R, Yadollahi F, Wolfe J, Vincent C, Darzi A. The human face of simulation: patient-focused simulation training. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2006;81(10):919-24.
14. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. MedEduc. 1986;20(4):356-65.
15. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.
16. Hays RT, Singer MJ. Simulation fidelity in training systems design. Bridging the gap between reality and training. New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag; 1989.
17. The checklist manifesto: How to get things right. Atul Gawande.
18. Diffusion of Innovations. Everett M. Rogers

Formação em competências de ecografia

Autores: Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angelique Goverde

Introdução

A ecografia estabeleceu-se como uma importante ferramenta de diagnóstico na prática diária de obstetrícia e da ginecologia. É de extrema importância que os internos recebam uma formação estruturada e supervisionada em ecografia, uma vez que é a competência do ecografista, ou seja, do ginecologista, que em última instância determina a qualidade das imagens e o valor acrescentado desta forma de investigação.
O currículo de base e opcional na formação pós-graduada em obstetrícia e ginecologia assenta na prática independente das competências em ecografia por parte do ginecologista. Esta secção oferece uma descrição concisa sobre o currículo de formação para as competências em ecografia, em termos de

- Conhecimentos e competências em ecografia que o interno obterá no fim da formação, ao nível das competências descritas no currículo de base do EBCOG;
- Métodos de aprendizagem dessas competências;
- Ferramentas para a avaliação da qualidade dessas competências.

Os itens específicos foram extraídos do currículo de base e agrupados de acordo com o denominador comum ou assunto. As sugestões de formação e avaliação foram derivados das recomendações da Comissão de Educação da ISUOG relativas à formação de base em ecografia obstétrica e ginecológica [1].

Despesas gerais da formação em ecografia

Recomenda-se um programa de três etapas:

1. formação teórica: aspetos técnicos do equipamento, imagiologia e relatórios.
2. formação prática: sob supervisão, em ambiente de paciente real, até atingir o nível de independência.
3. avaliação do desempenho do interno: registo ou recolha de imagens que ilustrem a capacidade do interno de produzir imagens de qualidade e reconhecer patologias.

Currículo da formação em ecografia

Princípios gerais de ecografia

1. Princípios físicos básicos da ecografia, incluindo a segurança;
2. Transdutor, produção de imagens, botões, planos (TA & TV), medições;
3. Princípios básicos da ecografia com Doppler e Doppler da artéria umbilical;
4. Exame com infusão (infusão de gel ou salina): segurança e indicação;
5. Documentação de achados.

Os princípios gerais serão aprendidos através de livro didático e/ou módulos de e-learning e serão debatidos com um tutor dedicado.
As competências práticas de manusear as sondas ecográficas e o aparelho de exame imagiológico, bem como o exame com infusão, serão praticadas sob a supervisão direta de um técnico de ecografia devidamente formado, até atingir o nível de pleno domínio.
Avaliação: avaliação baseada nos conhecimentos (exame), observação clínica direta

Ecografia em ginecologia

Avaliação do aspeto normal e anormal do endométrio, miométrio e anexos; aplicação de critérios de ecografia para distinguir entre achados normais e anormais (por ex. RMI [2], IOTA [3]).

Esta parte será adquirida num processo gradual:

1. Orientação através de livro didático e/ou módulos de e-learning
2. Experiência prática sob supervisão direta; a supervisão diminuirá com a crescente experiência

Avaliação: avaliação baseada em conhecimentos (exame), observação clínica direta, portefólio de pelo menos 50 casos (variedade de patologias uterinas (miométrico e endométrio) e anexiais)

Ecografia na gravidez

a. Primeiro trimestre
    1. Avaliação de achados normais e anormais entre a 4.ª e a 10.ª semana, em gestação única ou múltipla (incluindo gravidez ectópica);
    2. Avaliação de achados normais e anormais entre a 10.ª e a 14.ª semana, em gestação única ou múltipla (corionicidade);
    3. Determinação da idade gestacional

b. Segundo e terceiro trimestres
    1. Apresentação fetal
    2. Biometria fetal: determinação da idade gestacional, avaliação do tamanho e estimativa do peso fetal
    3. Avaliação da placenta e do volume amniótico
    4. Distinguir entre tamanho fetal e padrões de crescimento normais e anormais, uso do Doppler de fluxo da artéria umbilical
    5. Avaliação do comprimento do colo uterino

Esta parte será adquirida num processo gradual:

1. orientação através de livro didático e/ou módulos de e-learning
2. experiência prática sob supervisão direta; quanto maior é a experiência, menor será a supervisão necessária.

avaliação baseada em conhecimentos (exame), observação clínica direta, portefólio de pelo menos 50 casos (variedade de casos do primeiro, segundo e terceiro trimestres).

Referências bibliográficas

1. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynaecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynaecol 2013; DOI 10.1002/uog.13208
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J et al A risk of malignacy index incorporating Ca125, ultrasound and menopausal status for the acurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922-929
3. Timmerman DV, Bourne TH, Collins WP et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:500-505.

Entrustment e portefólio

Autores: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Laura Spinnewijn

Introdução

Esta secção descreve os meios através dos quais é determinado o progresso das competências de um interno no âmbito do currículo pan-europeu de formação pós-graduada em Obstetrícia e Ginecologia. O currículo é composto por 10 temas que incluem diversas atividades profissionais. Assim que um interno alcançar todas as competências no desempenho de uma atividade profissional específica, ou seja, ao nível da prática independente, será garantido o *entrustment* a esse interno para essa atividade profissional específica e, eventualmente, para todo o tema. No caso de formação de acordo com as decisões de *entrustment*, os internos devem ter sempre em mente a possibilidade de solicitarem supervisão, mesmo que o *entrustment* para a prática independente tenha sido concedido para uma atividade específica. Isto requer uma prática reflexiva do interno. Em situações de risco elevado, espera-se que o interno reconheça esse risco e solicita a supervisão se a segurança do paciente estiver em risco. Em alguns países, a prática independente é limitada por lei, pelo que a execução do *entrustment* pode ser adaptada à legislação local ou regional.
Ao longo dos anos, o interno irá recolher o *entrustment* para as diferentes atividades profissionais; o *entrustment* não está assim limitado ao último dia de formação. O esquema efetivo de *entrustment* será determinado por e adaptado às infraestruturas locais ou regionais.
O *entrustment*, conforme descrito em seguida, implica mais do que uma avaliação e é documentado no portefólio pessoal do interno. Este documento descreve os passos que é necessário dar no processo de formação, de modo a obter esse *entrustment*. Fornece as orientações para a avaliação do portefólio e as decisões sobre *entrustment*, incluindo as ferramentas de avaliação.

Entrustment de atividades profissionais

Uma atividade profissional inclui todas as tarefas e aspetos necessários para a execução dessa atividade no âmbito dos cuidados ao paciente. Por exemplo, a atividade profissional 'cesariana' implica não só a competência técnica para a realização da cirurgia, mas também o processo de tomada de decisão antes da cirurgia, a comunicação com o paciente, o trabalho em equipa no bloco operatório, etc. O *entrustment* de uma atividade profissional ao interno significa que o interno é considerado competente, em todos os aspetos da atividade profissional, de modo a poder realizar a atividade de forma independente.
O processo de aprendizagem de um interno, que visa a obtenção do nível de prática independente, baseia-se no envolvimento ativo na prestação de cuidados, na disponibilização de feedback formativo por tutores clínicos e na reflexão sobre o progresso do interno. Com o tempo, essas atividades clínicas resultarão no aumento da competência e a supervisão será adaptada em conformidade. Nas fases iniciais da formação, a supervisão será rigorosa e os tutores clínicos terão de estar presentes enquanto o interno realiza uma atividade específica, de modo a instruí-lo ao longo do processo. À medida que o interno vai ganhando experiência e competência, a supervisão evoluirá no sentido de um papel mais orientador e de apoio, reduzindo assim a necessidade de intervenção. Isto permite que o interno tenha um maior nível de autonomia. Quando o interno atingir a competência, a atividade pode ser delegada no interno e a supervisão pode passar a ser indireta (sem a presença na mesma sala) e à discrição do interno. Quando os tutores clínicos, mediante a informação constante no portefólio e da sua própria avaliação, estiverem convictos de que o interno consegue realizar a atividade sem a interferência de um tutor, o ***entrustment*** será concedido ao interno para a atividade específica, seguindo-se o processo descrito de seguida. A estratégia do *entrustment* baseia-se na literatura internacional [1-4].

O desenvolvimento de competências passa por cinco níveis: desde o interno observar o tutor a realizar a atividade (nível 1), até ao interno realizar a atividade de forma totalmente independente (*'não é necessária a presença do tutor'*). Este processo encontra-se descrito na tabela 1.

Tabela 1: Cinco níveis de competência na obtenção de certificação de uma atividade.

Levels of competence:	1 Supervisor performs the activity, the trainee observes	2 Supervisor talks trainee through activity	3 Supervisor intervenes incidentally	4 Supervisor may be present just in case	5 Supervisor does not need to be present
Trainee:	→ Development of trainee's competence				**Entrustment** (to be achieved after formal decision)

Portefólio

No portefólio, o interno mantém o registo de todas as atividades e perspetivas relacionadas com o seu desenvolvimento, de modo a suportar o pedido de um nível de competência superior e, por fim, o *entrustment*. Relativamente às decisões sobre o nível de competência e o *entrustment*, são recolhidos dados destas três fontes (*entrustment* de três fontes):

A) Experiências de aprendizagem: *representação das metas de aprendizagem do interno*
- Registo com resumo da experiência clínica, incluindo diagnósticos e tratamentos específicos.
- Cursos; por ex. curso de formação de competências laparoscópicas, curso de gestão, etc.
- Experiência académica, trabalhos académicos, apresentações, artigos científicos.
- Plano de desenvolvimento pessoal, com atualizações regulares do progresso da formação, relatórios reflexivos e relatórios sobre os debates com o tutor.

B) Avaliação para o *entrustment*: *representação das metas de avaliação do interno*
- Feedback estruturado dos tutores, colegas e pacientes; por ex. feedback de 360º (ver adenda 1)
- Avaliações baseadas no local de trabalho; por ex. mini-CEX, OSATS[1]
- Avaliações de conhecimentos e competências; por ex. resultados do exame

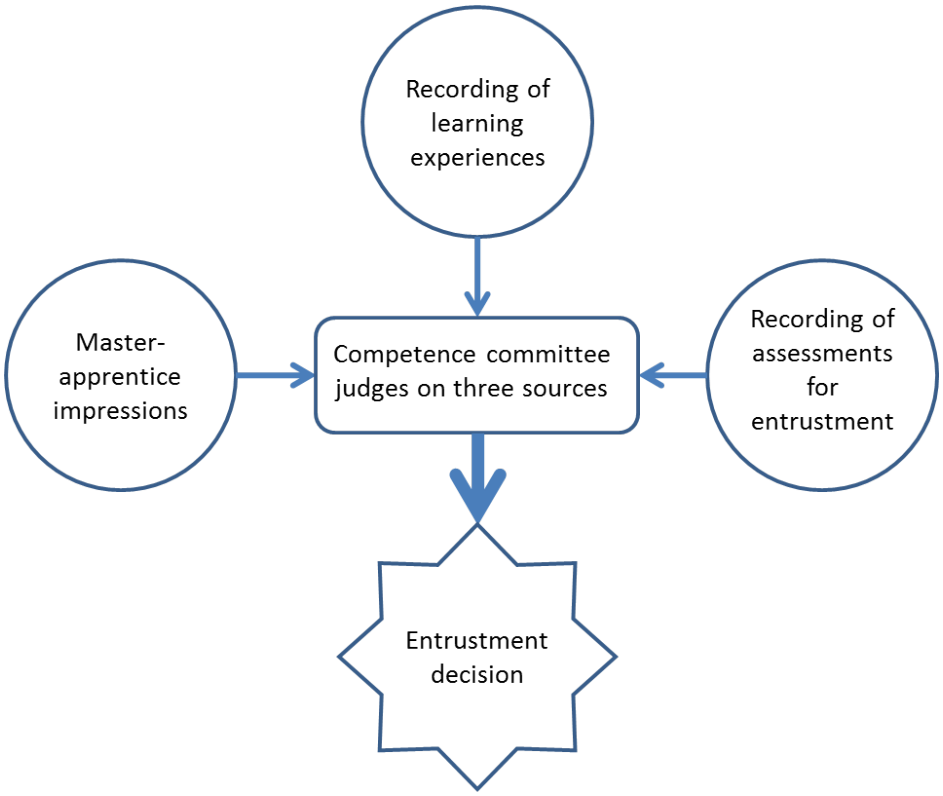
C) A comissão de competências acrescenta impressões profissionais: *representação da imagem 'tutor-interno'*
- Atas resumidas da reunião da comissão de competências, onde se descrevem as impressões profissionais que são adicionadas ao portefólio.

Processo e decisão de entrustment

Na formalização do *entrustment*, o interno deve ter um papel ativo na iniciação das decisões de *entrustment*. Contudo, a decisão atual sobre o *entrustment* para uma atividade cabe à comissão de competências. Recomenda-se que a comissão de competências seja composta por pelo menos 2 membros que conheçam bem o desempenho do interno, e, de preferência, por pelo menos 2 outros membros do corpo clínico.
A cada 3 a 6 meses, espera-se que o interno dirija um pedido claro e conciso, por escrito, à comissão de competências, em que sugere a subida para um nível de competência superior em relação a uma atividade específica. O pedido deve ser suportado por informações que constam no portefólio. Com base nas

informações de três fontes, a comissão de competências determina o nível de competência e o grau de supervisão necessário para as atividades profissionais especificadas no pedido. Este processo pode ser particularmente importante na transição do nível 3 para o nível 4, bem como na transição do nível 4 para o nível 5 (decisão de *entrustment*). Relativamente às transições em níveis mais baixos, a comissão de competências pode delegar a decisão em tutores clínicos, de modo a prevenir processos administrativos em excesso.

Figura 1: Certificação de três fontes



Existem dois possíveis resultados deste processo:

1. Se a comissão de competências estiver indecisa em relação ao nível de competência alcançado, são reunidas mais informações sobre o desempenho do interno e a decisão é adiada.
2. Se a comissão de competências tiver chagado a acordo em relação ao nível de competência, a decisão é justificada por escrito (a incluir no portefólio) e a atividade é concluída.

Assim que o interno atingir o nível máximo de competência, a comissão de competências concede o *entrustment* para essa atividade profissional específica.

Em algumas jurisdições, é legalmente impossível um interno realizar uma atividade clínica sem qualquer supervisão. Nesses casos, quando a comissão de competências avalia o interno como competente para a prática independente, mas não pode agir em conformidade devido a questões formais, o *entrustment* pode ser concedido ao interno no papel, com a nota de que esse *entrustment* será efetivado no fim da formação.

As decisões relativamente à competência e ao *entrustment* por parte da comissão de competências são registadas no portefólio, de modo a que o interno, o corpo docente clínico e a comissão de competências possam verificar, em qualquer altura, o nível de competência alcançado e se o *entrustment* foi concedido.

A imagem de avaliação

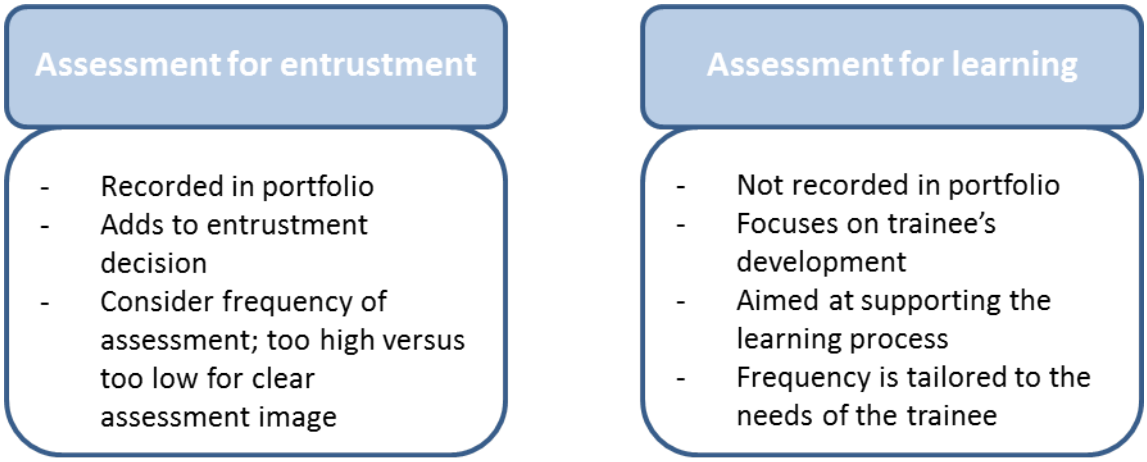
É crucial realçar que a avaliação para o *entrustment* é apenas uma das fontes para fundamentar a decisão relativa ao *entrustment*.
Relativamente à avaliação para o *entrustment*, tenha em conta o seguinte:

- Quanto maior for o número de avaliações, mais pixéis estarão presentes na imagem de avaliação.
- A diversidade das ferramentas de avaliação (ver adenda 1 quanto a exemplos) cria diversidade no esquema de cores da imagem de avaliação e, consequentemente, uma imagem mais nítida.
- As várias avaliações para o *entrustment* requerem grandes investimentos de tempo, esforços e dinheiro. A avaliação para o *entrustment* deve ser útil e os recursos para a avaliação devem ser utilizados de forma ponderada. O número de avaliações apenas pode ser aumentado quando necessário, por ex. em caso de dúvidas sobre o desempenho do interno, de modo a obter uma imagem mais detalhada do desempenho do interno (avaliação sequencial).
- Ao longo da formação, a avaliação pode passar de uma avaliação mais baseada em conhecimentos para uma avaliação mais baseada nas competências, no ambiente clínico, com observações no local de trabalho, à medida que a independência na prática vai aumentando.

A avaliação e o feedback podem ser utilizados para o *entrustment*, bem como para a aprendizagem. Relativamente à avaliação e ao feedback para a aprendizagem, tenha em conta o seguinte:
No processo de aprendizagem, é necessário que o corpo docente clínico disponha de informações sobre o nível de desempenho profissional do interno, de modo a dar um feedback fidedigno ao interno e para o preparar para melhorar a sua competência. O interno irá entender o feedback para a aprendizagem de forma diferente da avaliação para o *entrustment*, uma vez que a participação é baixa. A avaliação e o feedback para a aprendizagem são extremamente importantes para a aprendizagem otimizada de 'mestre/aprendiz' e para a orientação do interno. Por isso, recomenda-se a criação de um ambiente de aprendizagem que seja o mais seguro possível e não incluir os registos da avaliação e do feedback de baixa participação no portefólio. O portefólio destina-se a informações de alta participação para o *entrustment*.
A avaliação e o feedback de baixa participação para a aprendizagem devem ser feitos separadamente da avaliação de alta participação para o *entrustment*; caso se combinem as duas, os internos poderão entender a

avaliação e o feedback para a aprendizagem como uma etapa de alta participação (um obstáculo a ultrapassar em vez de algo com que se pode aprender).

Figura 2: Avaliação do certificação vs. avaliação da aprendizagem



Determinar a agenda de formação e o progresso do interno

Cada instituição de formação poderá determinar os alvos para o *entrusting* dos seus internos ao longo do tempo numa agenda de formação (ver exemplo na tabela 2). O interno e a comissão de competências devem avaliar repetidamente o progresso do interno ao longo do tempo, tendo em vista o cumprimento da agenda. Na tabela, X indica o ano em que o *entrustment* da atividade profissional deve ser concedido por completo.

Tabela 2: Exemplo de agenda de formação de entrustments ao longo do tempo.

EPA integradas num tema (EPA geral)	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4
Tratar ameaça de parto pré-termo e induzir a maturação pulmonar	x			
Assistir a parto pré-termo	x			
Assistir a parto sem complicações	x			
Realizar parto com antecedentes de cesariana ou dores no periparto	x			
Assistir a parto pélvico, pelo menos em simulação			x	
Assistir a parto vaginal de gestação múltipla			x	
Todas as manobras de gestão da distócia, incluindo a distócia de ombros		x		
Realizar parto vaginal auxiliado por ventosa		x		
Realizar parto auxiliado por fórceps, pelo menos em simulação		x		
Realizar cesariana eletiva		x		
Realizar cesariana de emergência		x		
Realizar cesariana após cesariana anterior ou em paciente obesa			x	
Realizar dequitadura manual			x	

Diploma

Após a conclusão de todas as EPA e da formação, o portefólio bem documentado pode ser apresentado à Comissão de Normalização da Formação e da Avaliação (SCTA) do EBCOG, para receber um diploma emitido pelo EBCOG. O diploma indicará que o ginecologista recebeu formação e autorização de acordo com as normas europeias e que será assinado pelo presidente da SCTA e pelo presidente do EBCOG.

Referências bibliográficas

1. Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? O ten Cate, F Scheele. Academic Medicine 2007:82 (6), 542-547
2. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. CPM Van der Vleuten, LWT Schuwirth, F Scheele, EW Driessen, B Hodges. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2010:24 (6), 703-719
3. Billett, S. (2010). Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches [Electronic version]. In S. Billett (Ed.), *Professional and practice-based learning* (pp. 1–20). Dordrecht: Springer. Retrieved December 20, 2013
4. Managing risks and benefits: key issues in certificação decisions. Ten Cate O. Med Educ. 2017 Sep; 51(9):879-881.
5. From aggregation to interpretation: how assessors judge complex data in a competency-based portfolio. Oudkerk Pool A, Govaerts MJB, Jaarsma DADC, Driessen EW. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Oct 14. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [Epub ahead of print]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Mar;22(1):221-228.
7. Assessment of competence and progressive independence in postgraduate clinical training. MGK Dijksterhuis, M Voorhuis, PW Teunissen, LWT Schuwirth, OTJ Ten Cate, DDM Braat, F Scheele. Medical education 2009:43 (12), 1156-1165

Adenda 1: exemplos de ferramentas de avaliação formais no local de trabalho clínico

Os formulários de avaliação apresentados são sugestões, outros formulários com itens semelhantes podem igualmente servir para o fim previsto.

1. Observação direta em formulário de prática clínica

2. Feedback de várias fontes / formulário de observação de 360º

3. Formulário OSAT

4. Mini-CEX

Observação direta na prática clínica

Nome do interno:
Nome do tutor:
Atividade profissional:

Data:
Assinatura do tutor:
Assinatura do interno:

O interno demonstrou perícia médica, de modo a que:

1	***2***	***3***	***4***	***5***
O tutor realiza a atividade, o interno observa	***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***O tutor intervém incidentalmente***	***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***Não é necessária a presença do tutor***

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

O foco em um ou dois itens por observação é suficiente

Cuidados centrados no paciente

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Trabalho em equipa

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Práticas sistémicas

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Desenvolvimento pessoal e profissional

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Referência às 'competências gerais e sociais' do currículo para feedback específico:

Cuidados centrados no paciente

- Observar o paciente numa perspetiva holística, respeitar a diversidade e prestar cuidados personalizados
- Comunicar com respeito e empatia, ouvir ativamente e fomentar a confiança mútua
- Garantir o empoderamento e o consentimento informado dos pacientes, permitindo o equilíbrio entre as recomendações baseadas em factos e as preferências do paciente no processo partilhado de tomada de decisões
- Demonstrar liderança, de modo a garantir a segurança e a continuidade nos cuidados ao paciente
- Trabalhar de acordo com os padrões éticos e os direitos humanos universais das mulheres

Trabalho em equipa

- Colaborar com respeito com outros profissionais, tais como enfermeiras e parteiras, e contribuir para um ambiente de trabalho seguro e construtivo
- Promover a tomada de decisões partilhada entre profissionais, reconhecendo e confiando na perícia de terceiros
- Foco no desempenho de equipa, reconhecendo os padrões de cuidados e os aspetos legais
- Exibir a liderança, sobretudo em situações críticas

Práticas sistémicas

- Compreender e trabalhar de forma eficaz na organização dos cuidados de saúde, incluindo o seu sistema legal
- Compreender e adaptar-se à diversidade, ao desenvolvimento e à inovação
- Trabalhar de acordo com as diretrizes e padrões de cuidados e aplicar sistemas de segurança de pacientes
- Equilibrar os resultados e os custos relacionados com pacientes
- Classificar e priorizar tarefas tendo em conta os recursos disponíveis
- Garantir a privacidade e o conforto do paciente na prestação, definição e no contexto dos cuidados

Desenvolvimento pessoal e profissional

- Ser um aprendiz para toda a vida e um bom modelo a seguir
- Equilibrar o trabalho e a vida pessoal
- Reconhecer competências e limitações pessoais
- Dar, procurar e aceitar feedback, refletir sobre o mesmo e utilizá-lo para melhorias
- Melhorar continuamente a empatia quando ouve os pacientes, bem como a comunicação eficaz e clara
- Contribuir para o progresso dos cuidados de saúde através da investigação, educação e promoção da implementação de inovações

**Conforme descrito na secção 'Competências gerais e sociais' do currículo*

Observação de 360º (feedback de várias fontes)

Sob a supervisão da comissão de competências, reúna pelo menos 10 formulários de pessoal médico, parteiras, enfermeiras, pessoal administrativo e integre a informação.

Nome do interno:
Nome do tutor:
Atividade profissional:

Data:
Assinatura do tutor:
Assinatura do interno:

Dê-nos a sua opinião sobre este interno. Se não sabe a resposta, deixe a pergunta em branco. Pode acrescentar quaisquer esclarecimentos que considere relevantes.

O interno evidencia perícia médica:

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

O desempenho do interno de 'Cuidados centrados no paciente' foi alvo de observação

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

O 'Trabalho em equipa' deste interno foi alvo de observação

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

As ‘Práticas sistémicas’ do interno foram alvo de observação

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

O ‘Desenvolvimento pessoal e profissional’ deste interno foi alvo de observação

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Referência às ‘competências gerais e sociais’ do currículo para feedback específico:

Cuidados centrados no paciente

- Observar o paciente numa perspetiva holística, respeitar a diversidade e prestar cuidados personalizados
- Comunicar com respeito e empatia, ouvir ativamente e fomentar a confiança mútua
- Garantir o empoderamento e o consentimento informado dos pacientes, permitindo o equilíbrio entre as recomendações baseadas em factos e as preferências do paciente no processo partilhado de tomada de decisões
- Demonstrar liderança, de modo a garantir a segurança e a continuidade nos cuidados ao paciente
- Trabalhar de acordo com os padrões éticos e os direitos humanos universais das mulheres

Trabalho em equipa

- Colaborar com respeito com outros profissionais, tais como enfermeiras e parteiras, e contribuir para um ambiente de trabalho seguro e construtivo
- Promover a tomada de decisões partilhada entre profissionais, reconhecendo e confiando na perícia de terceiros
- Foco no desempenho de equipa, reconhecendo os padrões de cuidados e os aspetos legais
- Exibir a liderança, sobretudo em situações críticas

Práticas sistémicas

- Compreender e trabalhar de forma eficaz na organização dos cuidados de saúde, incluindo o seu sistema legal
- Compreender e adaptar-se à diversidade, ao desenvolvimento e à inovação
- Trabalhar de acordo com as diretrizes e padrões de cuidados e aplicar sistemas de segurança de pacientes
- Equilibrar os resultados e os custos relacionados com pacientes
- Classificar e priorizar tarefas tendo em conta os recursos disponíveis
- Garantir a privacidade e o conforto do paciente na prestação, definição e no contexto dos cuidados

Desenvolvimento pessoal e profissional

- Ser um aprendiz para toda a vida e um bom modelo a seguir
- Equilibrar o trabalho e a vida pessoal
- Reconhecer competências e limitações pessoais
- Dar, procurar e aceitar feedback, refletir sobre o mesmo e utilizá-lo para melhorias
- Melhorar continuamente a empatia quando ouve os pacientes, bem como a comunicação eficaz e clara
- Contribuir para o progresso dos cuidados de saúde através da investigação, educação e promoção da implementação de inovações

OSAT do procedimento cirúrgico

Nome do interno: **Data:**
Nome do tutor: **Assinatura do tutor:**
Atividade profissional: **Assinatura do interno:**

Avaliação Estruturada Objetiva de Competências Técnicas (OSATS): escala de classificação global do desempenho cirúrgico*

Rodeie o número que corresponde ao desempenho do interno em cada categoria, independentemente do nível de formação

	1	2	3	4	5
Respeito pelo tecido	Uso frequente de força desnecessária nos tecidos ou danos no tecido devido ao uso incorreto de instrumentos		Manuseamento cuidadoso do tecido, mas danos ocasionais inadvertidos		Manuseamento apropriado constante dos tecidos, com danos mínimos
	1	2	3	4	5
Tempo e movimento	Muitos movimentos desnecessários		Utilização eficaz do tempo/movimento, mas alguns movimentos desnecessários		Evidente economia de movimentos e eficácia máxima
	1	2	3	4	5
Conhecimentos e manuseamento de instrumentos	Falta de conhecimentos sobre os instrumentos		Utilização competente dos instrumentos, mas ocasionalmente rígido ou desajeitado		Familiaridade óbvia com os instrumentos
	1	2	3	4	5
Fluxo de operação	Procedimento frequentemente interrompido e insegurança ao passo seguinte		Demonstrou algum planeamento antecipado, com progressão razoável do procedimento		Procedimento claramente planeado e transição fluída de um movimento para o outro
	1	2	3	4	5
Utilização de assistentes	Má colocação de assistentes, de forma consistente, ou não utilização de assistentes		Utilização adequada de assistentes na maioria das vezes		Assistentes utilizados de forma estratégica, para os melhores benefícios, em todas as ocasiões
	1	2	3	4	5
Conhecimento de procedimento específico	Conhecimento deficiente. Precisou de instruções específicas na maioria das etapas		Conhecia todas as etapas importantes do procedimento		Demonstrou estar familiarizado com todos os aspetos da operação

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

*= *adaptado de Hiemstra et al. J Can Chir 201*

Pequeno exercício de avaliação clínica de uma consulta de um paciente (mini-CEX)

Nome do interno: **Data:**
Nome do tutor: **Assinatura do tutor:**
Atividade profissional: **Assinatura do interno:**

Os relatórios mini-CEX sobre um exercício de avaliação clínica, em que o tutor observa o interno numa situação com contacto direto com o paciente. O tutor dá feedback sobre a interação do interno com o paciente, faz uma avaliação global do funcionamento do interno em diversos domínios (pode escolher um subconjunto de domínios) e descreve os ajustes necessários para a execução adequada da tarefa.
O feedback apenas é dado nos domínios observados. O tutor e o interno debatem os domínios em que será dado feedback nessa situação em particular.

Registo de histórico/entrevista médica

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Observar o paciente numa perspetiva holística, respeitar a diversidade e prestar cuidados personalizados.*
- *Comunicar com respeito e empatia, ouvir ativamente e fomentar a confiança mútua.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Exame físico

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Comunicar com respeito e empatia*
- *Garantir a privacidade e o conforto do paciente durante a prestação de cuidados, relativamente ao cuidador, ao ambiente e ao contexto.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Tomada de decisões informada/aconselhamento

O desempenho

não foi de encontro	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Comunicar com respeito e empatia, ouvir ativamente e fomentar a confiança mútua.*

- *Garantir o empoderamento e o consentimento informado dos pacientes, permitindo o equilíbrio entre as recomendações baseadas em factos e as preferências do paciente no processo partilhado de tomada de decisões.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Avaliação / raciocínio clínico

O desempenho

***não* foi de encontro**	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Observar o paciente numa perspetiva holística, respeitar a diversidade e prestar cuidados personalizados.*
- *Promover a tomada de decisões partilhada entre profissionais, reconhecendo e confiando na perícia de terceiros.*
- *Trabalhar de acordo com as orientações e normas de cuidados e aplique os sistemas de segurança dos pacientes.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Profissionalismo

O desempenho

***não* foi de encontro**	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Demonstrar liderança para oferecer segurança e continuidade nos cuidados ao paciente, mesmo em situações críticas.*
- *Trabalhar de acordo com os padrões éticos e os direitos humanos universais das mulheres.*
- *Garantir a privacidade e o conforto do paciente durante a prestação de cuidados, relativamente ao cuidador, ao ambiente e ao contexto.*
- *Reconhecer competências e limitações pessoais.*
- *Equilibrar os resultados e os custos relacionados com pacientes.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

Organização / eficácia

O desempenho

***não* foi de encontro**	***foi de encontro***	***excedeu***

às(as) expectativas

Prestar atenção às competências gerais e sociais:*

- *Colaborar com respeito com outros profissionais, tais como enfermeiras e parteiras, e contribuir para um ambiente de trabalho seguro e construtivo.*

- *Classificar e priorizar tarefas tendo em conta os recursos disponíveis.*

Pontos fortes:	
Pontos a melhorar:	

**Conforme descrito na secção 'Competências gerais e sociais' do currículo*

Adenda 2: exemplo de um portefólio

O portefólio destina-se sobretudo ao registo do processo de *entrustment*, de atividades profissionais para cada interno. Este apresenta a contabilidade dos atos do interno, tanto para a instituição que fornece a formação, como para outras instituições, possivelmente noutros países, que podem considerado a posterior contratação do interno. Por isso, o portefólio deveria ser um documento reconhecido globalmente.

Decisões de *entrustment* no portefólio

Enquanto o interno reúne o portefólio, as decisões relativas ao *entrustment* são tomadas pela comissão de competências. Para cada *entrustment* de uma atividade profissional (CAP), o portefólio deve refletir essas três fontes que resultam na decisão de *entrustment*:

A. Experiências de aprendizagem
B. Avaliação para *entrustment*
C. Impressões profissionais da comissão de competências

Estas três fontes encontram-se detalhadas na secção sobre *entrustment*, no currículo do EBCOG-PACT.

Temas

O currículo de base é composto por dez temas. Cada tema representa uma CAP geral e é composto por múltiplas atividades profissionais mais pequenas, chamadas 'CAP integradas'.

1. Conhecimentos e competências médicas gerais
2. Cuidados pré-natais
3. Cuidados intra- e pós-parto
4. Ginecologia benigna
5. Medicina da reprodução
6. Uroginecologia e pavimento pélvico
7. Pré-malignidade
8. Oncologia ginecológica
9. Ginecologia pediátrica e saúde sexual
10. Doenças da mama

Para cada tema, as alterações nas três fontes devem ser registadas no portefólio, bem como as alterações nos níveis de competência. O portefólio é propriedade do interno e estes deve mantê-lo atualizado. No entanto, a comissão de competências pode manter registos do progresso de cada interno em termos de competência, numa agenda de formação desse interno particular. O diretor do programa e o corpo docente clínico são responsáveis pelo acesso a oportunidades de formação, avaliações, debates e avaliação do plano de desenvolvimento pessoal, e pelas decisões finais de *entrustment*.

Como conseguir *entrustment* com base no portefólio:

1. O interno candidata-se ao *entrustment* de uma atividade específica e prepara o portefólio.
2. A candidatura é debatida pela comissão de competências
3. a. Se a comissão de competências estiver indecisa em relação ao nível de competência alcançado, são reunidas mais informações sobre o desempenho do interno e a decisão é adiada.
   b. Se a comissão de competências tiver chegado a acordo, a decisão é justificada por escrito (a incluir no portefólio) e a atividade é concluída.

Nas páginas seguintes, apresentamos um exemplo de um portefólio, descrevendo as três fontes de formação por tema (portanto, CAP). O exemplo está de acordo com os requisitos mínimos para um portefólio; os portefólios reais podem ser alargados conforme desejado ou conforme requerido pelas circunstâncias locais.

1. Conhecimentos e competências médicas gerais – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- *Feedback* de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no seu portefólio.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o entrustment a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar histórias clínicas e exames físicos					
Requisitar exames complementares de diagnóstico					
Efetuar visita médica					
Efetuar intervenções terapêuticas básicas					
Realizar a controlo da dor					
Reconhecer e classificar paciente gravemente doente					
Comunicar de forma apropriada, partilhar decisões e o consentimento informado					
Documentar dados do paciente de forma adequada					
Manusear cuidados peri-operatórios básicos					
Mostrar conhecimentos sobre sexologia					
Mostrar conhecimentos sobre aspetos biopsicossociais em obstetrícia e ginecologia					
Mostrar conhecimentos sobre mulheres idosas					

frágeis com múltiplas co-morbilidades e polimedicadas					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

2. Cuidados pré-natais – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar uma ecografia vaginal para determinar a viabilidade do embrião/feto, a idade e a localização da gravidez					
Realizar uma ecografia vaginal para determinar gravidez de gestação única ou múltipla e a corionicidade					
Realizar uma ecografia vaginal para avaliar comprimento do colo uterino					
Realizar uma ecografia para diagnosticar a apresentação fetal					
Realizar uma medição biométrica do feto e do líquido amniótico					
Realizar um exame doppler da artéria umbilical					
Fornecer informações e conselhos sobre o diagnóstico e as suas implicações em relação aos problemas mais relevantes da gravidez					

Tratar a maioria dos problemas no início de gravidez de forma conservadora					
Tratar a maioria dos problemas a meio e no fim da gravidez de forma conservadora					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

3. Cuidados intra- e pós-parto – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Tratar contrações prematuras e indução de maturação pulmonar					
Assistência a parto pré-termo					
Assistência a parto sem complicações					
Determinar a viabilidade do parto					
Realizar a monitorização por CTG					
Realizar uma recolha do escalpe fetal, pelo menos em simulação					
Conduzir a não progressão do parto					
Conduzir um caso com líquido amniótico meconial					
Conduzir um caso com febre intraparto					
Conduzir um parto com antecedentes de cesariana ou dores no periparto					
Efetuar um parto pélvico, pelo menos em simulação					
Efetuar um parto vaginal de gestação múltipla					

Todas as manobras de gestão da distócia, incluindo a distócia de ombros					
Realizar um parto vaginal auxiliado por ventosa					
Realizar um parto auxiliado por fórceps, pelo menos em simulação					
Realizar uma cesariana eletiva					
Realizar uma cesariana de emergência					
Realizar uma cesariana após cesariana anterior ou em paciente obesa					
Tratar mastite pós-parto (com abcesso), retenção urinária e processo tromboembólico					
Tratar hemorragia pós-parto (HPP) com medicação					
Realizar dequitadura manual					
Realizar um tamponamento com balão intrauterino e, pelo menos em simulação, compressão cirúrgica do útero atónico (sutura B-lynch), reversão uterina e histerectomia abdominal					
Definir indicações para embolização arterial de HPP					
Episiorrafia e sutura de laceração perineal de 1.º e 2.º grau					
Sutura de laceração perineal de 3.º grau e,pelo menos em simulação, de laceração perineal de 4.º grau					
Drenar hematoma vulvar					
Reanimação rigorosa do recém-nascido nos primeiros 10 minutos após o parto (enquanto aguarda a chegada do pediatra), pelo menos em simulação					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

4. Ginecologia benigna – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação à programação de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar uma biópsia aspirativa sob anestesia local					
Realizar uma ecografia vaginal para avaliaçãoo útero-anexial					
Realizar uma ecografia vaginal para diagnosticar anomalias intrauterinas					
Realizar uma ecografia vaginal para diagnosticar anomalias anexiais					
Fornecer contraceção em adultos saudáveis, incluindo a inserção do DIU					
Fornecer contraceção em paciente com um problema de saúde ou doença concomitante					
Aconselhar relativamente a condilomas					
Aconselhar e tratar a endometriose					
Aconselhar e tratar fibromiomas					
Aconselhar e tratar patologia anexial					
Aconselhar relativamente a abcesso tubo-ovárico					

Aconselhar e tratar medicamente hipermenorreia e dismenorreia					
Aconselhar e tratar o hemorragia uterina anormal					
Aconselhar e tratar doenças sexualmente transmissíveis e doença inflamatória pélvica					
Aconselhar e tratar o corrimento vaginal e vulvovaginite					
Aconselhar e tratar dor abdominal/pélvica					
Aconselhar e tratar problemas da menopausa					
Aconselhar e tratar síndrome pré-menstrual					
Aconselhar e tratar o quisto de Bartholin e abcesso vulvar					
Realizar uma esterilização laparoscópica					
Realizar esvaziamento uterino por aspiração ou com cureta por abortamento e saber como evacuar uma gravidez a meio da gestação					
Realizar aspiração por agulha laparoscópica de quisto simples					
Realizar eletrocoagulação laparoscópica do ovário					
Realizar cistectomia laparoscópica simples anexial					
Realizar salpingo-ooforectomia laparoscópica					
Realizar adesiólise laparoscópica simples					
Realizar uma resseção histeroscópica doepólipo					
Realizar uma ressecção histeroscópica de mioma do tipo 0-1 (< 4cm)					
Realizar uma salpingo-ooforectomia por laparotomia					
Realizar miomectomia de mioma subseroso por laparotomia					
Realizar laparotomia com adesiólise mínima					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

5. Medicina da reprodução – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Avaliar (sub)fertilidade masculina e feminina					
Aconselhar sobre fatores prognósticos para a gravidez em geral					
Aconselhar sobre probabilidade de gravidez em curso, aborto espontâneo e gravidez ectópica associada a diferentes tratamentos de fertilidade					
Aconselhar sobre técnicas de reprodução assistida (IIU, FIV, ICSI)					
Tratar distúrbios do ciclo menstrual WHO-II / indução da ovulação					
Tratar síndrome de hiperestimulação ovárica (SHEO) inicial (tratamento de emergência)					
Realizar uma laparoscopia diagnóstica com teste tubário					
Realizar uma histeroscopia diagnóstica com teste tubário					

Realizar uma ecografia transvaginal com contagem e medição de folículos					
Ralizar uma ecografia transvaginal com avaliação de folículos e do líquido intraperitoneal					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

6. Uroginecologia e pavimento pélvico – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Encaminhar pacientes com incontinência de esforço e/ou de urgência para um fisioterapeuta do pavimento pélvico ou outro especialista					
Diagnosticar uma fístula retovaginal					
Aconselhar relativamente à reparação vaginal apical, anterior e posterior					
Realizar a inserção de pessário e cuidados continuados					
Realizar uma colpocleise[1]					
Realizar uma reparação vaginal anterior e posterior simples					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

7. Pré-malignidade – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem
- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliações formais
- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências
- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar um rastreio do colo uterino (Papanicolau)					
Realizar uma colposcopia					
Realizar excisão de zona de transformação com ansa					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

8. Oncologia ginecológica – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar ecografia vaginal para diagnosticar doença gestacional do trofoblasto					
Realizar biópsia endometrial					
Aconselhamento acerca de patologia ginecológica oncológica e suas implicações					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

9. Ginecologia pediátrica e saúde sexual – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Adaptar a comunicação ao nível da criança					
Realizar um exame ginecológico rigoroso da criança[2]					
Prestar cuidados de urgência a vulva/vagina/períneo/reto em crianças[2]					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

10. Doenças da mama – exemplo de portefólio

A. Experiências de aprendizagem

- Enfermarias
- Ambulatório
- Cursos
- Simulações, por ex. para competências comunicativas
- Reflexão sobre o progresso da formação
- Plano de desenvolvimento pessoal

B. Avaliação para o *entrustment*

- Testes de conhecimentos: Exame Europeu (ou exame nacional)
- Exame de simulação
- Observação direta na prática
- Feedback de várias fontes
- OSATS

C. Comissão de competências

- A comissão de competências inclui as suas impressões de tutor-interno, baseadas no local de trabalho, sobre o interno, no processo de decisão de *entrustment*.
- A comissão de competências determina o nível de competência que o interno atingiu.
- A comissão de competências determina se o progresso do interno é o esperado, em relação ao programa de formação.
- A comissão de competências escreve uma breve resposta ao pedido de *entrustment* do interno, juntamente com a reflexão do interno, que fica registada no portefólio do interno.
- Quando um interno atingiu o nível máximo de competência para todas as CAP integradas numa CAP temática, a comissão de competências pode conceder o *entrustment* a toda a CAP temática.

Nível de competência: **Atividade (currículo de base)**	***1*** ***O tutor realiza a atividade, o interno observa***	***2*** ***O tutor dá instruções ao interno ao longo da atividade***	***3*** ***O tutor intervém incidentalmente***	***4*** ***O tutor pode estar presente apenas para casos de dúvidas***	***5*** ***Não é necessária a presença do tutor***
Realizar um exame mamário rigoroso					

Concluir CAP

Nome	
Hospital	
Morada	
Número de telefone	
Endereço de e-mail	
Assinatura	

Gestão da qualidade e reconhecimento da formação

Autores: Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Introdução

De modo a garantir a formação adequada em obstetrícia e ginecologia geral, é necessário um sistema de gestão da qualidade robusto e o reconhecimento externo da formação. Ambos os sistemas devem estar intimamente relacionados.

Através da combinação da gestão da qualidade interna e do reconhecimento externo da formação, é possível aliar a melhoria contínua da qualidade dentro de um ciclo curto às verificações de cumprimento das normas, o que deve ser feito a cada 5 anos.

Gestão da qualidade interna

Para a gestão da qualidade interna, é obrigatório possuir uma estrutura de administração clara, com responsabilidades bem definidas para o programa de formação. A gestão da qualidade interna diz respeito às medidas tomadas dentro do instituto de formação e visa melhoria contínua da formação, de acordo com o ciclo planear-executar-verificar-agir. Este ciclo interno de qualidade aborda diversos aspetos:

- Descrição de um plano de formação local com base no PACT, que é adaptado ao contexto local: o currículo local.
- Monitorização da implementação do plano de formação local no trabalho diário: o currículo em ação. Entrevistas com internos que estão a terminar a rotação, podem igualmente fornecer informações úteis para este fim.
- Monitorização do ambiente educacional, que pode ser medido através do questionário D-RECT [1].
- Monitorização e debate sobre o desempenho didático do pessoal, que pode ser medido através do sistema EFFECT [2].
- Desenvolvimento de planos de melhoria e acompanhamento dos problemas relacionados com a formação que possam ter surgido.

O sistema de gestão de qualidade interno é adaptável e pode funcionar a curto prazo. Fornece informações úteis a um organismo de acreditação externo, o que o torna num sistema transparente.

Reconhecimento externo da formação

O reconhecimento externo da formação é realizado por organismos de acreditação nacionais ou pela comissão de acreditação e consulta do EBCOG.

Este reconhecimento externo da formação visa:

- Harmonização da formação em toda a Europa.
- Garantia da qualidade: um novo ginecologista na Europa possui adequada formação de base e na área de interesse, e é capaz de exercer com segurança e de forma independente.
- Uma autoridade consultora: No caso de problemas a resolver, será formulado o devido aconselhamento.

O reconhecimento externo da formação utiliza:

- Documentação exigida pelo sistema nacional ou pelo EBCOG. A documentação deve conter informações sobre:
    - Número de internos em relação ao número de especialistas
    - Número de procedimentos em relação ao número de internos
    - Instalações de formação
    - Organização de programa de simulação
    - Desenvolvimento do corpo docente, formação de formadores

- Programas de formação individual para internos; disciplinas de base e opcionais
- Posição das competências gerais e sociais na formação
- Organização e qualidade da avaliação, de modo a concluir atividades profissionais certificadas
- Portefólios dos internos
- Participação de internos em programas de investigação e auditorias clínicas
- Responsabilidades e funções dos internos no ensino dentro da equipa de cuidados de saúde

- Relatórios de um sistema que visa a melhoria contínua do programa de formação.
- Inspeções de reconhecimento em ciclos de 5 anos (ou por aproximação), em que os internos desempenham um papel importante.

Referências bibliográficas

1. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. Med Teach. 2011;33(10):820-7.
2. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. Med Teach. 2012;34(11):893-901
3. Vaižgėlienė E, Padaiga Ž, Rastenytė D, Tamelis A, Petrikonis K, Kregždytė R, Fluit C. Validation of the EFFECT questionnaire for competence-based clinical teaching in residency training in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2017;53(3):173-178.

Desenvolvimento do corpo docente

Autores: Angelique Goverde, Fedde Scheele, Živa Novak Antolič

Introdução

O desenvolvimento do corpo docente é considerado uma ferramenta essencial para uma formação pós-graduação de elevada qualidade. O desenvolvimento de conhecimentos, competências e atitudes na educação de adultos permitirá que os especialistas clínicos se tornem formadores, que serão capazes de administrar formação pós-graduação eficaz e eficiente.

Funções e responsabilidades de formadores clínicos

Uma vez que a formação de pós-graduação é sobretudo uma "formação no trabalho", os formadores clínicos enfrentam diversos desafios. O formador clínico tem as seguintes responsabilidades e funções:

- cuidados ao paciente em segurança
- criar um ambiente de aprendizagem estimulante
- aplicar ferramentas educativas, tais como o *feedback,* para melhorar a prática reflexiva do interno
- monitorização e avaliação do processo de aprendizagem do interno
- desenvolvimento profissional contínuo como educador

Desenvolvimento profissional contínuo para formadores

Os formadores devem receber formação formal em educação e avaliação de pós-graduações. Esta deve incluir pelo menos a seguinte informação ou formação:

- Como ensinar no trabalho (por ex. na clínica, nas enfermarias)
- Como ensinar indivíduos em grupos pequenos e em formatos de palestras didáticas
- Como dar *feedback* de forma eficaz
- Como utilizar métodos de avaliação formativa para apoiar os internos
- Como identificar e apoiar internos em dificuldades
- Como utilizar e documentar avaliações baseadas no local de trabalho

Os formadores clínicos devem atualizar as suas competências clínicas, bem como as suas competências formativas. Dependendo do papel específico do médico especialista da equipa docente, recomenda-se pelo menos dois dias de formação a cada cinco anos.

Nos países que possuem um sistema de avaliação sumativa durante ou no fim da formação (por ex. exame local ou nacional), os formadores clínicos que participam na comissão de exames devem ter formação em como elaborar perguntas para exames e como conceber um exame válido.

Para ‘diretores de programas’, estão garantidos cursos específicos que se centram na gestão da educação pós-graduada em medicina.

O EBCOG pode apoiar quaisquer cursos de desenvolvimento do corpo docente.

Glossário

Avaliação
O processo de fazer juízos sobre o desempenho de um interno numa determinada atividade profissional. Deve ser feita a distinção entre 'avaliação para a aprendizagem' (ou avaliação formativa, ou seja, orientar estudos futuros, reafirmar e promover a reflexão) e a avaliação para o *entrustment* (ou avaliação sumativa, ou seja, fazer juízos sobre a competência ou capacidade, para avançar para níveis de responsabilidade superiores).
Os métodos de avaliação incluem avaliações clínicas (tais como OSATS, observação direta na prática clínica), exames, simulação, avaliações de diversas fontes (360º) e autoavaliações reflexivas.

Assessor
A pessoa que faz um juízo sobre o desempenho de um interno numa determinada atividade profissional.

Corpo docente clínico, tutor clínico, formador clínico
O grupo de médicos especialistas (ou médico especialista) que orienta o trabalho clínico de um interno. Um membro do corpo docente clínico pode assumir a função de tutor.

Tronco comum
A parte do currículo que é obrigatória no programa de formação de todos os internos.

Competência
A capacidade de integrar conhecimentos, competências, atitudes e comportamentos, para aplicação em situações específicas (atividades profissionais) no local de trabalho.

Comissão de competências
Grupo de pessoas dentro de uma instituição ou departamento de formação que determina o nível de competência de um interno em relação a uma atividade profissional específica e que garanta o *entrustment* de atividades profissionais. A comissão de competências é composta por pelo menos dois membros do corpo docente que conhecem bem o desempenho do interno e pelo menos dois outros membros do corpo docente clínico.

Currículo de base
O currículo de base é o tronco comum do currículo do EBCOG-PACT que é obrigatório para todos os internos. Descreve os termos finais da formação, que foram determinados por consenso europeu.
Ver também Currículo e Currículo Opcional/Opcional.

Currículo
Programa educacional.

Currículo opcional
O currículo opcional descreve os resultados da formação de áreas de interesse específicas na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia; esses resultados estão a um nível mais aprofundado do que os do currículo opcional. Por isso, a formação de uma área opcional visa um nível de competência superior nessa área de interesse específica.
Ver também Currículo, e Currículo de Base/de Base.

Tutor educacional
Ver: tutor

Educador
Função profissional que visa formar e educar, ou uma pessoa com especial interesse em formação e educação, que desenvolveu conhecimentos e informações sobre educação, através de formação específica.

Certificação de uma atividade profissional, CAP
A atividade profissional (isolada ou geral) pela qual o interno pode atingir o nível de competência de prática independente, formalizado pela comissão de competências.
Ver também entrustment, EPA integrado e atividade profissional.

Entrustment
A aprovação formal de que o interno atingiu o nível de competência de prática independente e pode realizar uma atividade sem supervisão.
Em alguns países, *entrustment* formal apenas é concedido no fim da formação, por questões legislativas.

Corpo docente
O grupo de médicos especialistas de um departamento envolvido na formação.
Ver também corpo docente clínico.

Desenvolvimento do corpo docente
Formação estruturada no domínio educacional do pessoal clínico/tutores/formadores envolvidos na administração de formação médica. Também conhecida como formação de formadores.

Feedback
Reflexão sobre o desempenho identificando os pontos fortes e fracos.

Avaliação formativa
Ver: avaliação

Prática independente
A execução de cuidados médicos no contexto específico com supervisão (direta ou indireta), em que a pessoa que presta os cuidados tem uma responsabilidade acrescida.

*Logbook/*Caderneta do interno
O documento em que o interno mantém o registo das suas atividades durante a noite, tal como o número de procedimentos, *etc*.
Ver também Portefólio.

Modelo tutor-interno
Situação de trabalho em que um médico inexperiente (aprendiz, *ou seja,* interno) está a trabalhar e a ganhar experiência, sob um escrutínio e supervisão rigorosos, por um experiente (sub)especialista, *ou seja,* formador, tutor, tutor clínico), com base nos conceitos de aprendizagem por imitação e orientação.

Médico especialista
Um especialista médico é um médico que concluiu um programa de formação de pós-graduação numa determinada especialidade médica específica.

Tutor
Pessoa que presta apoio, direção e uma visão objetiva sobre como um interno consegue desenvolver-se e progredir no seu ambiente de trabalho, muitas vezes utilizando o interrogatório para ajudar o formando a

encontrar a sua própria solução. Os tutores não precisam de ter conhecimentos especializados sobre a área de prática médica em questão.

Avaliação/*feedback* de diversas fontes (360º):
Ferramenta utilizada para recolher opiniões de colegas sobre o desempenho clínico e a conduta profissional de uma pessoa. Os internos são incentivados a obter opiniões do número máximo de colegas diferentes (*por ex.* especialistas, internos, enfermeiras, secretarias *etc.*).

Atividade profissional integrada, API integrada
Uma atividade especifica, bem definida, descrita através das tarefas e dos aspetos necessários para a sua execução, no âmbito dos cuidados ao paciente, e fazia parte de uma atividade profissional geral (certificada).
Ver também tema.

Portefólio
O documento em que o interno mantém o registo do seu desenvolvimento e progresso ao longo da formação. O portefólio contém documentação sobre a experiência de aprendizagem (entre os quais, o *logbook* e o plano de desenvolvimento pessoal), formulários de avaliação, atas da comissão de competências com descrição das impressões profissionais, e as decisões sobre o *entrustment*.
Ver também livro de registo.

Atividade profissional
Uma atividade específica, descrita por tarefas médicas e competências gerais necessárias para a sua execução, no contexto dos cuidados ao paciente. A atividade profissional como um tema abrangente, descreve um grupo de atividades profissionais especificas mais pequenas, a chamada 'atividade profissional integrada'.
Ver também atividade profissional confiada, atividade profissional integrada.

Diretor do programa
O diretor do programa é responsável pela coordenação, monitorização e avaliação do programa de formação oferecido no respetivo departamento.
Também conhecido como coordenador de programa.

Simulação
Qualquer atividade educacional que utiliza ferramentas para replicar/imitar um cenário clínico. Os exemplos incluem simuladores laparoscópicos, manequins pélvicos ou abdominais e formações de competências obstétricas.

Subespecialidade
Uma área específica dentro da especialidade médica, em que se define um programa de formação normalizado, num centro oficialmente acreditado para o efeito. As atividades profissionais de uma subespecialidade representam as atividades mais complexas e aprofundadas. Os médicos que tenham concluído satisfatoriamente esse programa de formação normalizado, os chamados subespecialistas.

Avaliação sumativa
Ver: avaliação

Tutor ou tutor clínico
Médico especialista que supervisiona o trabalho de um interno.

Supervisão
Supervisão do trabalho de um interno.

Tema

O nome de uma atividade profissional confiada (APC) geral, que descreve assuntos específicos relacionados com os cuidados ao paciente numa área de especialidade médica.

Interno

Um interno é um médico que está envolvido num programa de formação oficial de pós-graduação, de modo a obter uma qualificação como especialista.
Também conhecido como residente.

Instrutor

Pessoa, não necessariamente um médico especializado, que supervisiona um momento específico de ensino do interno.

Reconhecimento da formação

O resultado do processo de auditoria externa à qualidade de um programa de formação médica de um departamento.

Tutor

Médico especialista que orienta o processo de aprendizagem de internos. Um tutor é responsável pela supervisão e gestão geral do progresso educacional de um interno. Um tutor oferece supervisão educacional e aconselhamento de carreira, e dá *feedback* de forma regular e contínua (a cada 3 - 6 meses).
Também chamado de tutor educacional.

Colaboradores

Este projeto foi realizado co a contribuição de muitas partes e indivíduos:

Gestão do projeto
Fedde Scheele
Jessica van der Aa

Direção do projeto
Angelique Goverde
Tahir Mahmood
Jacky Nizard
Anna Aabakke

Competências e conhecimentos
Chiara Benedetto
Annalisa Tancredi
Jaroslav Feyereisl
Petr Velebil

Informações sobre a sociedade
Peter Hornnes
Annette Settnes
Anna Aabakke
Betina Ristorp Andersen
Joyce Hoek-Pula
Britt Myren
Noortje Jonker
Petra Kunkeler
Hans van der Schoot

Estratégia & avaliação educacional
Rudi Campo
Yves van Belle
Helder Ferreira
Jette Led Sørensen
Sibil Tschudin
Juriy Wladimiroff

Exame
Rolf Kirschner

Rede Europeia de Internos em Obstetrícia e Ginecologia
Agnieszka Horała (Polónia)
Goknar Topçu (Turquia)
Laura Spinnewijn (Países Baixos)
Jure Klanjšček (Eslovénia)
Vladimír Dvořák (Eslováquia)
Anna Aabakke (Dinamarca)

Alexandra Krištúfková (Eslováquia)

Membros da Comissão Executiva do EBCOG & UEMS

Presidente
Prof. Jacky Nizard

Secretário-Geral
Dr. Rolf Kirschner

Presidente Eleito
Prof. Basil C. Tarlatzis

Tesoureiro
Prof. Dr. Diethelm Wallwiener

Membros Executivos do EBCOG
Prof. Dr. med. Johannes Bitzer
Prof. Ioannis E. Messinis
Dr. Andrii Tkachenko
Prof. Petr Velebil

Presidente da comissão permanente em formação e avaliação (SCTA)
Dra. Angelique J. Goverde

Presidente do Comissão Permanente sobre o Reconhecimento da Formação (SCTR)
Prof. Juriy Wladimiroff

Presidente do Comissão Permanente de Exames
Dr. Rolf Kirschner

Diretor de Exames
Prof. Ioannis E. Messinis

Documentos de posição
Dr. Tahir Mahmood

Presidente do grupo de trabalho em TTT
Prof. Živa Novak Antolič

Diretor de Financiamento da UE
Prof. André Van Assche

Associação Euopeia de Uroginecologia (EUGA)
Prof. Stefano Salvatore

Associação Euopeia de Medicina Perinatal (EAPM)
Prof. Diogo Ayres-de-Campos

Sociedade Europeia de Oncologia Ginecológica (ESGO)
Prof. René Verheijen

Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE)
Prof. Dr. med. Anis Feki MD, PhD

Rede Europeia de Internos em Obstetrícia e Ginecologia (ENTOG)
Dr. Agnieszka Horala

Webmaster
Prof. Markus Wallwiener

Presidente da Comissão Científica do Congresso de Paris
Dr. Nuno Martins

Administrador-chefe
Charlotte Mercer

Secretariado de Exames
Alexandros Peristeropoulos

Delegados Nacionais da Secção de Ob/Gin do EBCOG & UEMS

Albânia
Dr. Rubena Moisiu

Áustria
Prof. Dr. Uwe Lang
Prof. George Ralph

Bélgica
Dr. Willem Ombelet
Prof. Sophie Alexander

Bulgária
Assoc. Prof.Milko Sirakov
Prof. Blagovest Pehlivanov

Croácia
Prof. Barišić Dubravko

Chipre
Dr. Marios Liassides
Dr. Patroklos A Patroclou
Dr. Galinou Riana

República Checa
Prof. Jaroslav Feyereisl
Prof. Vladimir Dvorak

Dinamarca
Prof. Charlotte Hasselholt Søgaard
Dr. Alexander Laschke

Estónia
Prof. Helle Karro

Finlândia
Prof. Oskari Heikinheimo
Prof. Hannu Martikainen , OYS

França
Prof. Bernard Hédon
Prof. Israël Nisand

Antiga República Jugoslava da Macedónia
Dr. Slavejko Sapunov

Geórgia
Dr. Zaza Sinauridze

Alemanha
Dr. med. Klaus König
Prof. Dr. med. Dr h.c. Frank Louwen

Grécia
Dr. Nicolas Linardos
Prof. Basil Tarlatzis

Hungria
Prof. József Bódis
Dr. Nandor Acs

Islândia
Dr. Alexander Kr Smárason

Irlanda
Dr. Michael Robson

Itália
Prof. Chiara Benedetto
Prof. Yoram Jacob Meir

Kosovo
Dr. Albert Lila
Prof. Asc. Dr Shefqet Lulaj

Letónia
Prof. Dace Rezeberga

Lituânia
Prof. Ruta Nadisauskiene
Prof. Daiva Vaitkiene

Malta
Prof. Mark Brincat
Sr. Mark Formosa

Países Baixos
Prof. Fedde Scheele
Dra. Angelique J. Goverde

Noruega
Prof. Knut Hordnes
Prof. Jone Trovik

Polónia
Prof. Miroslaw Wielgos
Prof. nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugal
Prof. Diogo Ayres-de-Campos
Dr. Maria Fernanda Águas

Rússia
Prof. Gennady Sukhikh

Roménia
Prof. Mircea Onofriescu
Prof. Radu Vladareanu

Sérvia
Prof. Dr. Snezana Rakic

Eslováquia
Prof. Jan Danko
Prof. Pavol Zubor

Eslovénia
Prof. Ksenija Geršak
Prof. Adolf Lukanovic

Espanha
Dr. Carlos Damonte Khoury

Suécia
Prof. Pia Teleman
Dr. Lars Ladfors

Suíça
Prof. Viola Heinzelmann
Prof. Bruno Imthurn, M.D.

Turquia
Prof. Cansun Demir

Reino Unido
Prof. Lesley Regan
Prof. Fionnuala McAuliffe

Ucrânia
Prof. Valerii Zaporozhan