



Desenvolvimento Profissional Contínuo em Cuidados de Saúde Primários

Integração do Desenvolvimento da Qualidade com a Educação Médica Contínua

Documento Normativo EQUIP e EURACT

1. Finalidade

A Educação Médica Contínua (EMC) e o Desenvolvimento da Qualidade (DQ) perseguem definitivamente o mesmo objectivo: proporcionar cuidados optimizados aos doentes. A Educação Médica Contínua e o Desenvolvimento da Qualidade podem apoiar-se mutuamente e reforçar as suas capacidades em todo o processo de melhoria dos cuidados prestados.

Este documento estratégico, preparado em conjunto pelo EURACT e pelo EQUIP, procura informar e apoiar as autoridades nacionais/locais e as Associações nacionais nos seus esforços de melhoria das actividades de Desenvolvimento Profissional Contínuo.

O objectivo básico deste documento é emitir recomendações sobre as características e as condições necessárias para alcançar uma efectiva integração na Educação Médica Contínua de elementos próprios do Desenvolvimento da Qualidade.

Neste documento formulam-se recomendações. Não se descrevem as diversas metodologias do Desenvolvimento Profissional Contínuo, mas aponta-se o lugar ocupado pelas iniciativas de Desenvolvimento da Qualidade no âmbito da mais recente definição de Desenvolvimento Profissional Contínuo.

2. Resumo das recomendações

Princípios básicos.

- As prioridades dos doentes e das comunidades no que diz respeito aos cuidados de saúde devem ocupar uma posição central.
- O desenvolvimento profissional contínuo deve basear-se na prática clínica diária dos formandos.
- Os objectivos devem ser estabelecidos pelo clínico geral/médico de família individualmente e/ou em grupo.
- Interação da Educação Médica Contínua com o Desenvolvimento da Qualidade como processo contínuo.

Criação de um novo modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo.

- O Desenvolvimento Profissional Contínuo deve ser planeado e adaptado a cada indivíduo.
- Deve ser realizada uma avaliação das necessidades.
- As sessões de formação devem incluir informação sobre a filosofia e as técnicas do Desenvolvimento da Qualidade.
- Devem utilizar-se métodos de aprendizagem activa para adultos.
- Devem colher-se dados que permitam analisar o desempenho.
- Começar com procedimentos simples e efectivos.
- Integrar métodos que recorram a normas de orientação baseadas em evidências científicas.
- Incluir estratégias de capacitação e de reforço da prática.
- Promover discussões acerca dos obstáculos à mudança.
- Efectuar a avaliação dos resultados finais dos programas de Educação Médica Contínua

Implementação do novo modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo.

- Devem estar disponíveis incentivos financeiros.
- Integrar tanto a Educação Médica Contínua como o Desenvolvimento da Qualidade nos procedimentos de acreditação.
- Os organizadores de iniciativas de Educação Médica Contínua e de Desenvolvimento da Qualidade devem trabalhar em conjunto.
- Nos procedimentos de Desenvolvimento da Qualidade, a necessidade de Educação Médica Contínua deve ser definida e ligada à rede de Educação Médica Contínua já existente.
- Deve ser promovida a organização de grupos de avaliação inter pares (peer review groups).

- As aptidões de Desenvolvimento da Qualidade e a gestão da aprendizagem ao longo da vida, devem ser incluídas tanto nos programas pré-graduados como nos de formação de especialistas em Medicina Geral e Familiar.
- Os centros nacionais de investigação devem trabalhar em conjunto e no seio de uma rede internacional de avaliação dos métodos e resultados do Desenvolvimento Profissional Contínuo moderno.

3. Antecedentes e historial

Mudanças contextuais.

O campo da Medicina está em mudança constante, requerendo novos conceitos, estratégias e opções no que diz respeito aos serviços prestados, à educação/formação e à qualidade. A ciência e o conhecimento, especialmente o conhecimento médico, mudam rapidamente, tornando qualquer "diploma" de duração limitada. Em todos os países, as alterações das políticas governamentais levaram a uma mudança da "medicina por estatuto" para a "medicina por contrato".

Os cuidados modernos, com recurso às tecnologias de ponta, as variações demográficas, as alterações dos padrões de morbilidade e das necessidades sociais, o aumento das expectativas dos utentes e a exigência de uma abordagem humanística da medicina, para além de muitos outros factores, provocam um grande impacto nas estratégias de educação/formação e na qualidade, e também nas expectativas da classe médica. Maiores mudanças ocorrerão, com a alteração do regime de trabalho dos médicos para tempo parcial, com a comunicação electrónica em expansão progressiva e com o livre movimento das pessoas entre países. A indústria farmacêutica tem também mudado as suas estratégias de *marketing*, recorrendo cada vez mais aos suportes da evidência científica para promover os seus produtos.

As autoridades de saúde expressam a sua preocupação realçando a importância da formação dos profissionais de saúde em conhecimento e aptidões básicas no campo da gestão da qualidade. Dados estatísticos devem ser colhidos a nível local, regional e nacional facilitando assim as avaliações e constituindo suporte para as decisões políticas e de desenvolvimento.

Educação médica contínua e desenvolvimento da qualidade.

Até agora, a maior parte dos programas formais de Educação Médica Contínua têm sido apresentados como uma actividade autónoma. Os programas formais de Educação Médica Contínua, tradicionalmente, colocam a ênfase no "ensinar" em detrimento do "aprender". Têm-se igualmente desenvolvido múltiplas actividades de melhoria da qualidade, as quais são, na maior parte das vezes, também organizadas como actividades autónomas. O Desenvolvimento da Qualidade abrange uma área mais alargada, focalizando na detecção e análise do desempenho na prática clínica e na planificação/implementação de programas para a sua melhoria.

Os requisitos emergentes dos sistemas de saúde centrados nos resultados e na relação custo-eficiência, combinados com os novos paradigmas de aprendizagem centrados nos conhecimentos, competência e desempenho, confluíram como pano de fundo para o Planeamento do Desenvolvimento Profissional Contínuo, o qual envolve a interpenetração das opções mais tradicionais de Educação Médica Contínua e Desenvolvimento da Qualidade.

O desenvolvimento profissional, esforçando-se continuamente por otimizar a competência necessária para ir ao encontro das necessidades dos doentes e das sociedades, constitui uma obrigação ética e legal. A clínica geral deve estar aberta à avaliação. A avaliação da quali-

dade e o desenvolvimento da qualidade são essenciais, independentemente da situação contratual de trabalho dos médicos de família. A Educação Médica Contínua pode ser um importante instrumento de Garantia de Qualidade (OMS, 1998).

O Desenvolvimento da Qualidade é uma disciplina em rápida expansão e utiliza métodos e instrumentos específicos. Existe uma necessidade de formação em metodologias de Desenvolvimento da Qualidade bem como na avaliação da qualidade da Educação Médica Contínua nos moldes actuais.



4. Motivação

Os artigos de revisão de larga escala, demonstram que prelecções didácticas de Educação Médica Contínua não levam a mudanças de desempenho. São necessárias intervenções bem definidas, utilizando estratégias de facilitação e reforço da prática. Estas estratégias melhoram, de forma consistente, o desempenho do médico e, de alguma maneira, os resultados dos cuidados prestados. Existem novas e inspiradoras abordagens da educação médica contínua focalizadas na aprendizagem activa e construídas tendo em conta as necessidades e experiência do formando.

"Quais são as características de uma integração efectiva entre as iniciativas de Educação Médica Contínua e do Desenvolvimento da Qualidade?"

"Que acções poderão apoiar a implementação de intervenções integradas entre a Educação Médica Contínua e o Desenvolvimento da Qualidade?"

Colocámos estas duas perguntas a peritos de 6 países europeus. O presente documento reflecte as opiniões destes peritos, bem como os debates promovidos no seio do EURACT e do EQuiP.

Neste documento, são explanados vários exemplos/experiências a propósito das diferentes questões/problemas levantadas.

5. Princípios básicos

Centralizar os cuidados de saúde nas prioridades dos doentes e da comunidade.

As iniciativas de Desenvolvimento Profissional Contínuo podem desencadear-se a partir de problemas de saúde detectados por doentes individuais ou pela comunidade. Os programas de avaliação da situação dos doentes podem revelar problemas de qualidade. As normas de orientação podem incluir as percepções dos doentes. A capacitação (*empowerment*) dos doentes pode levar a melhorias na prestação de cuidados. (Exemplo 1)

Exemplo 1: Suíça: Quali Doc: Aprendendo com as experiências dos doentes

Método: Utilizou-se um processo faseado para construir um modelo em 4 dimensões: (1) experiências dos doentes relativamente aos cuidados de saúde e cura, (2) satisfação dos profissionais de saúde, incluindo a sua auto-avaliação e sinais de *burn-out*, (3) resultados clínicos finais e (4) desempenho financeiro. Para dar consistência à melhoria contínua do desempenho, o "Quali Doc" mede as actividades em curso de uma organização com um instrumento europeu EuroPEP, em que confronta a auto percepção do desempenho com um modelo que representa uma posição de "excelência".

Resultados: Desenvolveram-se as duas primeiras dimensões. Os resultados são dados em termos de perfil de desempenho, o qual é monitorizado ao longo do tempo e em comparação com pontos de referência padronizados de um grupo de prestadores escolhido para esse efeito. Foram iniciadas "visitas de apoio", padronizadas e efectuadas por pares com formação específica para tal, aos grupos em avaliação. Nessas visitas são fornecidos dados de *feedback* que permitem ponderar os resultados, estabelecer prioridades e implementar mudanças. Usando a informação obtida para testar a implementação de melhorias, a metodologia "Quali Doc" permite aos prestadores aprenderem através de avaliações de cada doente.

O desenvolvimento profissional contínuo deve basear-se na prática clínica diária dos formandos.

As experiências acumuladas dos formandos constituem uma ferramenta poderosa. Essas experiências podem ser usadas intuitivamente através das discussões de casos ou, mais formalmente, recorrendo a dados dos processos clínicos, como, por exemplo, nas discussões sobre perfis de prescrição.

Os objectivos devem ser estabelecidos pelo clínico geral/médico de família individualmente e/ou em grupo.

O planeamento do desenvolvimento profissional pode iniciar-se a partir das necessidades de grupos específicos de clínicos. Os objectivos do plano de desenvolvimento profissional individual ou do grupo são então estabelecidos por um médico ou pela equipa de saúde. Todos os membros da equipa de Cuidados de Saúde Primários devem trabalhar em conjunto. O Desenvolvimento da Qualidade proporciona várias metodologias para a detecção, definição e análise das necessidades acima referidas.

A integração da Educação Médica Contínua com o Desenvolvimento da Qualidade é um processo contínuo.

A Educação Médica Contínua e o Desenvolvimento da Qualidade possuem objectivos comuns e requerem uma integração total num processo contínuo e não numa série de projectos esporádicos. Para que possa ser um instrumento de mudança eficaz, este processo deve fazer parte da rotina da prática clínica, gerando idealmente, em cada participante e de forma duradoura orgulho profissional e motivação para a melhoria.

6. Criação de um novo modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo

O Desenvolvimento Profissional Contínuo deve ser planeado e adaptado a cada indivíduo.

Os planos de desenvolvimento pessoal e os *portfolios* de aprendizagem facilitam a cada profissional o planeamento do seu próprio Desenvolvimento Profissional Contínuo

A elaboração de um plano de desenvolvimento pessoal (PDP) deve resultar de uma reunião de apreciação crítica individual (entrevista) onde as áreas mais adequadas para proporcionar um maior desenvolvimento profissional foram tidas em conta. Este processo cobre as necessidades individuais de cada médico, bem como as necessidades do Serviço. O Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP) tem de ser um documento abrangente que registe os resultados finais da apreciação referida. O PDP descreve as actividades de Desenvolvimento Profissional Contínuo propostas, a forma como as necessidades foram identificadas, como o Desenvolvimento Profissional Contínuo será reforçado ou disseminado e como se demonstrará a sua efectividade.

Um *portfolio de aprendizagem* é um registo abrangente de eventos de aprendizagem, juntamente com os respectivos resultados finais. Pode conter um diário, dados de investigação clínica e propostas, dados clínicos, "anotações" (ideias, pensamentos, *insights*, desafios), bem como comentários de reflexão crítica em que o indivíduo identifica o que foi aprendido. O *portfolio* constitui uma forma de avaliação do desenvolvimento profissional pessoal.

Deve ser realizada uma avaliação das necessidades.

Existem diversas formas para definir as necessidades de Desenvolvimento Profissional Contínuo. Um dos principais desafios que os profissionais de saúde têm que enfrentar consiste em saber se a sua prática clínica actual está ou não actualizada. Sackett *et coll.* (*Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*, 1985) refere-se a isto como a "chave para a manutenção da eficácia clínica". As técnicas de avaliação das necessidades podem ser subjectivas (necessidades percebidas) e/ou objectivas (necessidades reflectidas). Existem múltiplos instrumentos para facilitar a combinação dos métodos reflexivos ou subjectivos de avaliação de necessidades com métodos mais objectivos, como a medição de competências e de desempenho (por exemplo, as auditorias externas), os problemas de gestão dos doentes e os resultados finais em saúde. A avaliação ou a auditoria aos registos clínicos é um método útil para se determinar até que ponto a prática actual é consistente com princípios baseados na evidência

Os profissionais precisam ser formados e motivados para iniciarem procedimentos exequíveis para a detecção daquelas necessidades

As sessões de formação devem incluir informação sobre a filosofia e as técnicas do Desenvolvimento da Qualidade

É essencial que as mais actuais noções básicas de Desenvolvimento da Qualidade, no que diz respeito à sua filosofia, métodos e técnicas, sejam integradas no Desenvolvimento Profissional Contínuo numa perspectiva de planeamento a longo prazo.

Exemplo 2: Alemanha: programa de formação para moderadores de grupos de avaliação inter pares.

Método: Em cursos de dois dias, os clínicos gerais recebem formação sobre como liderar pequenos grupos de trabalho. São-lhes apresentadas técnicas de detecção de problemas, de comunicação em grupo e de resolução de conflitos. Além disso, os participantes aprendem a documentar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados com fichas escritas e gravações de vídeo. Foram desenvolvidos materiais de formação e um manual de instruções (em alemão).

Resultados: Independentemente das diversas áreas de especialização médica, actualmente cerca de 1100 médicos com prática ambulatoria receberam já formação (bem como cerca de 1500 outros médicos por outros prestadores). Calcula-se que se tenham estabelecido na Alemanha 2500 círculos de qualidade (= grupos de avaliação inter pares) em diferentes especialidades médicas. As experiências e as avaliações feitas mostram que as formações em aptidões de comunicação e técnicas de melhoria da qualidade são de particular importância para que os clínicos gerais possam lidar com os problemas da qualidade na prática clínica diária.

Deve utilizar-se métodos de aprendizagem activa para adultos.

Não é o ensino, mas sim a aprendizagem que leva os médicos a mudarem a sua prática clínica. Esta mudança de paradigma conduziu a uma situação em que a formação é agora encarada mais como uma facilitação da aprendizagem do que como instrução. A partir de agora, os programas de Educação Médica Contínua devem basear-se nos princípios da aprendizagem de adultos: facilitação da aprendizagem, utilização de métodos de aprendizagem directa, auto-orientada e baseada na experiência prática. Segundo Knowles, a aprendizagem de adultos é motivada pela necessidade de conhecimentos (comportamento de prossecução de uma finalidade), pelo conceito que o formando tem de si próprio (auto-orientação), pela experiência do formando (o que ele traz para a aprendizagem), pela sua prontidão para aprender (adequação ao desenvolvimento), pelo enfoque na aprendizagem (aprendizagem centrada em tarefas ou baseada em problemas) e pela motivação.

A aprendizagem decorre de forma mais eficaz quando tem lugar num contexto de resolução de um problema, ou de descoberta de uma solução para uma situação que tenha relevância imediata para as necessidades e interesses do formando. A aquisição de novos conhecimentos está associada à activação de conhecimentos previamente aprendidos, baseando-se igualmente na construção activa de novos conhecimentos. Estes factos básicos devem ser tidos em mente na organização de actividades de Educação Médica Contínua para que se obtenham melhores resultados em termos do desempenho pretendido.

Exemplo 3: Países Baixos: O grupo de pares de Clínica Geral: Um bom método para aprender cuidados paliativos.

Método: A concepção deste projecto teve origem em condições prévias para uma aprendizagem efectiva. O essencial do projecto é que os clínicos gerais se consultem uns aos outros, numa base de diálogo entre dois, seguindo um procedimento estritamente controlado, o qual se desenrola durante uma reunião do grupo de pares. O projecto tem uma duração de dois anos. O programa consiste numa parte de formação em sala de 2x dois dias e sete reuniões de duas horas cada em que se juntam grupos de pares de Clínica Geral. Um grupo de pares consiste em pessoas com o mesmo nível de educação e experiência, apoiando-se mutuamente a partir do que têm em comum. A cada grupo de pares junta-se um perito em cuidados paliativos. Cada grupo de pares inclui cinco ou seis clínicos gerais. Os membros do grupo de pares reúnem-se com intervalos de seis a oito semanas. Durante a reunião, um dos participantes apresenta um doente, em cuidados paliativos, da sua lista que lhe tenha levantado uma questão em particular. Desta forma, cada membro do grupo de pares contacta com mais doentes do que se estivesse isolado. Através da aprendizagem reflexiva facilitada, os clínicos gerais consultam-se uns aos outros em situações de diálogo entre dois. Inicialmente, a consulta tem lugar entre dois participantes (o clínico geral "interrogador" e o clínico geral consultor), mas no seio do grupo. Tal difere das situações de supervisão em que um perito actua como líder do grupo e os participantes contribuem de uma forma igualitária. A tarefa do clínico geral consultor consiste em clarificar a questão e o problema e em facilitar a introspecção. O "interrogador" prepara a reunião de forma a poder apresentar o caso clínico e a formular uma pergunta concreta. Os restantes participantes do grupo assumem o papel de "presidentes da mesa" ou de observadores. Este procedimento rigidamente estruturado permite que as questões sejam sistematicamente aprofundadas. O clínico geral que coloca a questão recebe várias perspectivas sobre o problema, o que lhe permite manter o acompanhamento do doente. Se tal não acontecer, os restantes participantes podem ser consultados para obtenção de aconselhamento e sugestões adicionais. Finalmente, o perito em cuidados paliativos tem a oportunidade de esclarecer questões que tenham ficado por responder. Este perito participa no grupo de pares para garantir que a consultoria constitua uma parte evidente de todo o processo.

Resultados: Os benefícios deste projecto foram muito bem classificados. Oitenta e três por cento dos participantes sentem um grande aumento, ou mesmo um muito grande aumento dos seus conhecimentos, enquanto 75% estão certos de que a sua satisfação na prestação de cuidados paliativos cresceu na mesma medida. Dois terços afirmam que a sua participação no projecto também teve um impacto positivo neles próprios enquanto pessoas. O desenho do projecto é grandemente apreciado por quase todos os participantes. Os elementos que foram igualmente apreciados com percentagens entre os 76% e os 85% incluem: aprendizagem através da repetição, aplicação de conhecimentos e aptidões em "situações reais" no seio do grupo de pares, sopesando os assuntos de várias perspectivas e integrando diversos aspectos da prestação de cuidados. Os participantes consideraram que a facilitação da aprendizagem reflexiva teve um impacto positivo no seu funcionamento como grupo de pares e na profundidade do processo de aprendizagem. Noventa e dois por cento sentem que o projecto vale o investimento de tempo, enquanto 90% continuarão a trabalhar no seio do grupo uma vez terminado o projecto. As mudanças visíveis são, sobretudo uma maior segurança ou sensação de à-vontade com a situação. A melhoria das aptidões de comunicação dá lugar a uma maior audição e discussão dos pro-

blemas. Alguns dos participantes mencionaram que esta melhoria na comunicação resultou num adiamento de pedidos de eutanásia ou mesmo na sua desistência.

Deve colher-se dados que permitam analisar o desempenho.

A colheita de dados tende a ser a parte mais consumidora de tempo; é, no entanto, essencial. Para avaliarmos o nosso desempenho, é sempre útil comparar os nossos resultados com os dos outros. Os resultados finais desta comparação podem ajudar a estabelecer os objectivos dos programas de Educação Médica Contínua.

Alguns métodos de avaliação de resultados são demonstrados no manual EQuiP sobre "Instrumentos e Métodos de Melhoria da Qualidade em Clínica Geral", como por exemplo as experiências com círculos de qualidade em cuidados primários, na Alemanha e na Suíça. Algumas das fontes de dados utilizadas são relatos de casos, avaliação de fichas clínicas, registos informáticos, fichas de documentação e análise de gravações em vídeo.

A análise qualitativa e quantitativa é de especial importância. Os métodos de análise de dados e de processos poderão ajudar os clínicos gerais a escolherem as decisões mais certas ou a melhorarem os planos de acção. Alguns bons exemplos de análise de dados incluem: a técnica de *brainstorming* estruturada, a técnica de grupos nominais, a análise de causa-efeito de Ishikawa, os fluxogramas, etc.

Exemplo 4: Finlândia: ROHTO: Mudando as práticas de prescrição através da formação.

Na Finlândia, na década de 90, dois grupos de trabalho nacionais consecutivos recomendaram a implementação de um programa de formação em prescrição racional. O programa ROHTO foi um programa de largo alcance (1998-2001) apoiado por todas as associações médicas e pelas autoridades nacionais. Tinha como objectivo orientar os padrões de prescrição dos médicos numa direcção mais racional. Os clínicos gerais, o principal grupo-alvo, foram encorajados a rever, de forma crítica, as suas próprias práticas de prescrição. Os principais instrumentos utilizados foram o trabalho de equipa e as actividades de informação. Disponibilizaram-se dados estatísticos das práticas terapêuticas. O trabalho em pequenos grupos foi realizado em equipas locais lideradas por elementos regionais formados para esta tarefa através de métodos de aprendizagem activa. Além disso, as questões da prescrição foram discutidas nas revistas médicas, as normas de orientação actuais foram avaliadas, organizaram-se conferências sobre prescrição racional e reorganizaram-se até partes do currículo médico pré-graduado.

A avaliação externa foi organizada especificamente para o projecto, mas os seus resultados práticos (ou seja, a mudança das práticas de prescrição) ainda não foram suficientemente estudados. A finalidade e o objectivo do projecto foram amplamente aceites e o programa adquiriu uma imagem positiva entre todos os médicos e participantes. As suas actividades tiveram visibilidade e eram geralmente conhecidas em todo o país. Os participantes dos pequenos grupos ficaram satisfeitos e a auto-orientação das equipas aumentou o seu empenho, moldando as suas atitudes. O grupo de avaliação recomendou a continuação das actividades e a ligação do programa ROHTO às organizações regionais de formação. A aprendizagem e as mudanças no desempenho beneficiariam ao máximo do feedback individual e da intervenção ao nível da prática real dos próprios participantes.

Começar com procedimentos simples e efectivos.

A análise de incidentes clínicos, a auditoria aos padrões de prescrição, os cuidados a grupos específicos de doentes e a avaliação de aspectos organizacionais da prática clínica, constituem habitualmente bons pontos de partida.

Integrar métodos que recorram a normas de orientação baseadas na evidência.

O desenvolvimento, divulgação e implementação de normas de orientação úteis constitui um grande desafio para os médicos de família e suas organizações. A simples divulgação de normas de orientação não garante qualquer mudança na prática. Os métodos combinados que recorrem à análise crítica académica, ao *feedback* pessoal e a mensagens de líderes de opinião baseadas em mensagens chave das próprias normas de orientação, têm maior probabilidade de êxito. Nos Países Baixos, as normas de orientação a implementar são combinadas com pacotes de Educação Médica Contínua.

A rede nacional Irlandesa de tutores de Educação Médica Contínua dá formação a indivíduos-chave para que estes actuem como facilitadores de pequenos grupos na realização de diversos métodos de Desenvolvimento da Qualidade (Exemplo 5).

Exemplo 5: Irlanda: Grupos de Educação Médica Contínua com ênfase na melhoria da qualidade.

Método: Educação Médica Contínua em pequenos grupos envolvidos na avaliação interpares, na implementação e na auditoria de normas de orientação. Os grupos são liderados por tutores de Clínica Geral. Estes tutores são clínicos gerais locais que receberam formação em liderança e educação de grupos. Aos tutores é pago o equivalente a dois meios-dias de consulta por semana para lhes permitir ter tempo protegido para estas actividades.

Resultados: Existem 120 pequenos grupos disseminados pelo país, com uma média de 10 membros, os quais se reúnem mensalmente em instalações locais. Os grupos de Educação Médica Contínua são promovidos pelo Colégio Irlandês de Clínica Geral (ICGP) e, a nível local, pelos próprios tutores de Educação Médica Contínua. O ICGP publicou um manual sobre facilitação e organização de pequenos grupos. Os tutores de Educação Médica Contínua frequentam três *workshops* educacionais residenciais por ano para manterem e melhorarem as suas aptidões. Noventa por cento dos clínicos gerais irlandeses são membros do ICGP e 60% frequentam regularmente pequenos grupos de Educação Médica Contínua. A melhoria das aptidões e dos conhecimentos (ex.: protocolos terapêuticos) são consensuais, existe um ambiente de suporte que promove a interajuda, e a inter-referenciação entre clínicos gerais é encorajada (ex.: pequena cirurgia, planeamento familiar). Os tutores de Educação Médica Contínua são visitados oficialmente pelo ICGP a cada três anos para avaliação de todos os aspectos do seu trabalho. Foi recentemente concluído um estudo qualitativo focando a questão "Educação Médica Contínua em pequenos grupos marca a diferença?" cujos resultados preliminares sugerem que os participantes mudaram a sua prática clínica como resultado da Educação Médica Contínua.

Incluir estratégias de capacitação e de reforço da prática.

Dados sobre o desempenho relacionado com a Educação Médica Contínua e as estratégias de reforço positivo poderão ter um impacto considerável na implementação de normas de orientação. Técnicas bem estruturadas de feedback poderão melhorar a qualidade de certos procedimentos clínicos (colpocitologias, pedidos de exames complementares).

Exemplo 6: Países Baixos: Efeito do feedback individual de rotina aos clínicos gerais, durante nove anos, sobre os pedidos de exames complementares

Métodos: O Centro de Coordenação de Diagnósticos de Maastricht tem dado *feedback* contínuo do seu trabalho desde 1985, resultando uma utilização mais racional dos exames complementares e uma diminuição do número de pedidos daqueles. Aquele centro produziu um relatório sobre os nove anos da sua actividade, tendo investigado os seus efeitos nos pedidos de exames que não eram aconselhados, mas, para os quais havia uma alternativa recomendada. Duas vezes por ano é dado *feedback* por escrito, incluindo comentários acerca de pedidos inadequados e sugestões para uma maior racionalização dos exames. A racionalidade pode ser avaliada porque os formulários de requisição de exames contêm os dados clínicos dos doentes.

Resultados: Analisaram-se os dados anuais para cada exame e para cada médico, entre 1983 e 1993. Os efeitos do *feedback* foram analisados comparando as tendências, em termos de número de pedidos, de 44 exames comuns na região em estudo e numa região-controle. Entre 1984 e 1993, a diminuição anual média no número de pedidos na região de Maastricht foi de 3,5%, com uma redução total de 29% desde 1984 até 1993. Ocorreu um aumento transitório em 1989. Os pedidos de exames individuais diminuíram em até 98%. O número de pedidos para os 44 exames mais comuns diminuiu em 45% entre 1984 e 1993 (diminuição anual média de 6%) na região de Maastricht, enquanto aumentava continuamente na região-controle (aumento anual médio de 3,2%) ($P < 0,001$, teste de Mann-Whitney). Se a tendência na região de Maastricht tivesse sido a mesma que na região-controle, o número de pedidos em 1993 teria sido de aproximadamente o dobro.

Organizar debates acerca dos obstáculos à mudança.

Um debate acerca dos obstáculos à mudança pode revelar dificuldades potenciais na implementação de cuidados optimizados, bem como facilitar a aceitação da mudança proposta.

Os obstáculos potenciais a uma prática efectiva podem incluir barreiras:

- **estruturais** (ex.: desincentivos financeiros, limitações de tempo)
- **organizacionais** (ex.: contexto dos cuidados de saúde, como sejam políticas de saúde que promovam actividades ineficazes ou não comprovadas)
- **individuais** (ex.: conhecimentos, atitudes, aptidões)
- **relacionadas com líderes de opinião ou grupos de pares** (ex.: quando os padrões locais não estão em linha com a prática pretendida)
- **relacionadas com factores inerentes aos doentes** (ex.: exigências de cuidados, percepções/crenças culturais acerca do que são cuidados de saúde apropriados).

Organizar a avaliação dos resultados finais dos programas de Educação Médica Contínua.

Existem muitos trabalhos de revisão acerca da efectividade da Educação Médica Contínua. Davis *et al.* (1995) concluíram que os eventos de CME de curta duração (1 dia ou menos) produzem geralmente poucas mudanças. Wensing *et al.* (1998) confirmaram a efectividade das intervenções multifacetadas. Davis *et al.* (1994) concluíram a sua avaliação sobre a efectividade das intervenções de Educação Médica Contínua, enfatizando a intensidade e a complexidade das intervenções com resultados finais positivos e a natureza multifacetada do processo de mudança.

Os procedimentos de avaliação devem incluir tanto o processo de Desenvolvimento Profissional Contínuo como os seus resultados ao nível da prática clínica. Já se dispõe de indicadores de desempenho concebidos de forma fiável, os quais podem ser usados para medir o processo e os resultados dos cuidados clínicos. (Exemplo 7)

Exemplo 7: Reino Unido: Indicadores de qualidade para a Clínica Geral.

Método: No Reino Unido, desenvolveu-se um conjunto fiável de indicadores para todas as grandes áreas clínicas, segundo um procedimento faseado de revisão e avaliação crítica da literatura por painéis de peritos, numa análise de dados em duas rondas.

Resultados: Definiram-se indicadores de qualidade em 19 grandes áreas clínicas. Aqueles indicadores permitem comparar a prática ao longo do tempo ou contra padrões-ouro (gold standards), facilitando uma avaliação objectiva das iniciativas de melhoria da qualidade.

A auditoria pode ter um papel fundamental na avaliação do trabalho dos grupos de avaliação inter pares.

Quando se envolvem os grupos de médicos nas auditorias clínicas, parece lógico abordar algumas das falhas detectadas estabelecendo um elo entre os programas de formação e a auditoria. Um exemplo de um programa em que esse elo foi criado é o Australian QA and CME Programme (PITERMAN 1995), em que a aprendizagem é avaliada através da repetição da auditoria para se verificar se o desempenho realmente mudou. (Exemplo 8)

Exemplo 8: Austrália: Auditoria clínica – interligando a educação médica contínua e a avaliação da prática clínica (APC).

Método: O Programa de Garantia de Qualidade do Real Colégio Australiano de Clínica Geral requer que os médicos se envolvam em actividades de avaliação da prática clínica. A auditoria clínica constitui uma dessas actividades, tendo sido usada como instrumento de avaliação no Diploma Pré-Graduado em Medicina Familiar da Monash University para avaliação do impacto dos programas educacionais, tendo sido igualmente uma forma de colectar dados de morbilidade para fins de investigação e de avaliação inter pares.

Resultados: Os médicos que participaram nestas actividades de auditoria quase sempre as descreveram como um valioso exercício formativo de reflexão, tendo ocorrido em vários casos mudanças na prática clínica após a auditoria.

7. Implementação do novo modelo de Desenvolvimento Profissional Contínuo

Devem estar disponíveis incentivos financeiros.

São necessários recursos para implementar um sistema efectivo de Desenvolvimento Profissional Contínuo.

Integrar tanto a Educação Médica Contínua como o Desenvolvimento da Qualidade nos procedimentos de acreditação.

Os procedimentos de acreditação devem integrar iniciativas tanto de Educação Médica Contínua como de Desenvolvimento da Qualidade. Deverá ser incluída a frequência de cursos de Educação Médica Contínua, bem como a prossecução de objectivos específicos em Desenvolvimento da Qualidade. O tempo despendido em Desenvolvimento Profissional Contínuo deve, portanto ser usado tanto para programas de Desenvolvimento da Qualidade como de Educação Médica Contínua.

É necessário um sistema flexível de acreditação que cubra a recertificação (avaliação da competência) e a acreditação dos locais de trabalho e dos médicos (avaliação do desempenho). Este sistema deve ser concebido para incluir toda a diversidade da aprendizagem de adultos, com especial ênfase no médico enquanto formando auto-orientado (self-directed learner).

Um sistema de acreditação tem de ser um sistema de suporte, ser transparente e supervisionado pelas autoridades e pelas organizações profissionais e científicas a nível nacional. A transparência promove a confiança do público. O Desenvolvimento Profissional Contínuo deve ser constantemente avaliado, priorizado e orientado a nível nacional em termos de eficiência, potencialidades, aceitabilidade, etc.

Qualquer sistema de pontuação que use créditos terá de incluir a vasta gama de intervenções de Desenvolvimento Profissional Contínuo, de forma a que os organizadores de Educação Médica Contínua/Desenvolvimento Profissional Contínuo possam se concentrar nas necessidades reais de formação e nas formas através das quais aquelas podem ser supridas.

As consequências legais de vários sistemas de recertificação obrigatória para todos os especialistas necessitam de ser clarificadas antes de serem introduzidas.

Exemplo 9: Real Colégio de Clínica Geral (Reino Unido): O Programa de Acreditação do Desenvolvimento Profissional.

Conceito: Este programa constitui uma estrutura de base flexível através da qual os clínicos gerais (CG) podem direccionar o seu desenvolvimento profissional contínuo, procurando ser o Clínico Geral "de excelência" descrito nas Boas Práticas Médicas para Clínicos Gerais. O programa ajuda os Clínicos Gerais a organizar informação e evidência colhidas durante um período de cinco anos para sua avaliação anual e revalidação. O processo pode ser apoiado por um facilitador. O programa incorpora um módulo de actualização contínua e 5 módulos rotativos ao longo do ciclo quinquen-

nal. Os CG decidem quando e com que frequência se deterão em cada módulo, desde que todos sejam abordados uma vez em cada cinco anos. Os restantes módulos são os seguintes: aptidões de comunicação; registos clínicos; acessibilidade e trabalho de equipa; referênciação e prescrição; queixas e saídas da lista de utentes. O programa adapta-se a qualquer contexto de cuidados primários em qualquer lugar do mundo.

Os organizadores de iniciativas de Educação Médica Contínua e de Desenvolvimento da Qualidade devem trabalhar em conjunto.

Os Colégios, universidades, autoridades locais, entre outros, que se encontram envolvidos na organização de reuniões de Educação Médica Contínua e aqueles que organizam projectos na área da Qualidade devem combinar os seus esforços para uma efectiva integração das iniciativas da Qualidade no Desenvolvimento Profissional Contínuo. A organização de intervenções integradas efectivas a este nível tem de ser estimulada pelos conhecimentos e por um planeamento faseado. O estabelecimento de um grupo clínico de trabalho (clinical task force) com numerosas áreas de competência para a produção de conhecimentos teóricos, práticos e adaptados à situação local, constitui uma forma de alcançar tal desiderato.

Os médicos têm de assumir a liderança, recorrendo à orientação metodológica proporcionada pelos peritos.

Exemplo 10: Israel: Cuidados aos diabéticos e garantia de qualidade: Diabetes na Comunidade.

Historial: Em 1996, os Serviços de Saúde Clalit, a maior HMO israelita com 3.600.000 membros, iniciaram um programa de garantia de qualidade para melhorar os cuidados aos doentes diabéticos em cuidados primários. Um dos métodos de implementação consistia em sessões de Educação Médica Contínua em pequenos grupos interdisciplinares de médicos e enfermeiros. Estas sessões concentravam-se na mudança de atitudes, na melhoria dos conhecimentos e no ensino de novas aptidões no campo da diabetes. O trabalho em pequenos grupos melhorou a comunicação entre os membros da equipa de cuidados primários e influenciou positivamente os cuidados diários prestados aos diabéticos.

Método: O programa "Diabetes na Comunidade" usa intervenções multifacetadas:

1. Estruturais, tais como:
 - equipa de orientação interdisciplinar
 - acesso dos cuidados primários a vários exames complementares
 - melhoria dos serviços prestados por nutricionistas
2. Promoção do trabalho de equipa e da partilha de cuidados:
 - equipa de orientação interdisciplinar
 - estabelecimento de canais, na comunidade, para a prestação de cuidados interdisciplinares aos doentes diabéticos
 - promoção da partilha de cuidados pelos prestadores de cuidados primários através da partilha de fichas de seguimento electrónicas
3. Métodos de Garantia de Qualidade, tais como:
 - estabelecimento de normas de orientação baseadas em recomendações internacionais e adaptadas ao contexto israelita

- divulgação das normas de orientação
 - estabelecimento de indicadores dos cuidados prestados aos diabéticos
 - seguimento e *feedback* contínuos sobre o desempenho aos prestadores de cuidados primários
 - *feedback* anual sobre o desempenho aos serviços responsáveis do bairro/região.
4. Parceria com os doentes:
- capacitação (empowerment) dos doentes
 - educação dos doentes, mudando as atitudes da sociedade em relação à diabetes (população árabe)

Nos procedimentos de Desenvolvimento da Qualidade, a necessidade de Educação Médica Contínua deve ser definida e ligada à rede de EMC já existente.

As definições das iniciativas de Desenvolvimento da Qualidade devem incluir com precisão as necessidades de Educação Médica Contínua e, vice-versa. Os programas de auditoria podem ser usados para definir as necessidades formativas de um programa de Educação Médica Contínua. O método de auditoria APO define claramente o lugar da Educação Médica Contínua de forma adaptada e intensiva (Exemplo 11).

Exemplo 11: Dinamarca: o método APO:

Método: A metodologia *Audit (A) Project (P) Odense (O)* combina uma colheita prospectiva de dados com discussões em grupos interapres de avaliação e a apresentação e discussão de normas de orientação em sessões de Educação Médica Contínua, registando-se e avaliando-se as mudanças ocorridas. O método APO é um método integrado de desenvolvimento da qualidade que segue um ciclo de auditoria apropriado para esclarecer questões mais frequentemente levantadas pelos profissionais dos cuidados primários de saúde. Uma auditoria, de acordo com o método APO, inclui:

- 1) Registo prospectivo numa tabela especialmente concebida para esse efeito e adequada à colheita de dados para estudo da própria prática.
- 2) Actividades de seguimento, incluindo a análise dos resultados do próprio registo, a identificação dos problemas de qualidade e, seguidamente, cursos de formação tendo em vista a melhoria da qualidade.
- 3) Avaliação dos registos do 1º e/ou 2º ano após o início dos mesmos, para se verificar se o alvo do projecto foi atingido. Conforme foi aumentando a familiaridade com o projecto, este foi-se desenvolvendo no sentido de otimizar a sua capacidade de implementação da mudança. Integraram-se actividades intensivas e especialmente desenhadas de Educação Médica Contínua e, numa fase posterior, os registos APO são combinados com outras fontes de dados, tais como os registos administrativos. Os pontos de vista dos doentes são levados em conta através de um questionário.

Resultados: Este Projecto encontra-se bem consolidado na Dinamarca, sendo hoje em dia uma fonte de recursos para o desenvolvimento da qualidade e para a formação pós-graduada em Clínica Geral, e também importante para outros grupos profissionais da área dos cuidados de saúde primários. O APO desenvolve e realiza projectos de desenvolvimento da qualidade, conduz investigação em métodos de desenvolvimento da qualidade, bem como outros tipos de investigação baseados em projectos de audi-

toria. Além disso, o APO tem estado envolvido no desenvolvimento e implementação de normas de orientação clínica. O trabalho de auditoria encontra-se bem disseminado por toda a Dinamarca através de uma rede de supervisores com formação específica para o efeito. De forma semelhante, estabeleceram-se projectos de auditoria independentes em todos os países nórdicos. O APO tem realizado todos os anos uma auditoria sobre o diagnóstico e tratamento de infecções, tendo demonstrado em múltiplos projectos uma redução significativa do número de prescrições de antibióticos, bem como uma mudança significativa no padrão de prescrição na direcção dos antibióticos de espectro mais estreito. Além disso, o APO tem realizado auditorias no campo da Alergologia (de que resultou a produção de normas de orientação sobre essa temática) e na área das doenças músculo-esqueléticas, tendo sido demonstrados problemas de qualidade em relação ao diagnóstico radiológico e ao uso de AINE. Nos últimos anos, o método APO foi também usado na implementação das normas de orientação clínica sobre prevenção da cardiopatia isquémica do Colégio Dinamarquês de Clínica Geral. Mais de 2/3 dos clínicos gerais dinamarqueses já participaram pelo menos uma vez num projecto de auditoria. O método APO tem vindo a desenvolver-se visando a combinação do auto-registo com uma estratégia de intervenção multifacetada, concebida para proporcionar as melhores condições possíveis para a mudança.

Deve ser promovida a organização de grupos de avaliação interpares.

A organização de grupos de avaliação interpares deve ser promovida como estrutura útil, desde que seja num ambiente seguro e aberto para a aprendizagem de adultos. O trabalho em pequenos grupos proporciona uma oportunidade para uma formação interactiva num ambiente de confiança. O estabelecimento de uma rede de avaliação interpares facilita aquelas acções. Um programa de formação de tutores/formadores optimiza as potencialidades dos grupos individuais.

Exemplo 12: Noruega: A aprendizagem em grupos interpares baseada nos dados de desempenho melhora a prática.

Método: Entre 1995 e 1998, a Ordem dos Médicos Norueguesa realizou um projecto de desenvolvimento e avaliação de um instrumento de melhoria da qualidade para uso em Clínica Geral (SATS). Este método combina a aprendizagem autodirigida, a documentação da prática e o apoio aos grupos de pares. O SATS define indicadores de desempenho para a prática clínica em formato electrónico. Grupos de 4-10 clínicos gerais usaram os dados das suas próprias consultas como base para os ciclos de aprendizagem. Os participantes viram na possibilidade de compararem a sua prática com a dos outros uma boa fonte de aprendizagem. As discussões de grupo proporcionaram suporte e crítica construtiva, ambos importantes para o processo de aprendizagem. Os participantes discutiam aquilo que realmente estavam a fazer com os doentes e não aquilo que partiam do princípio estar a fazer. O ponto forte deste método parece ser o facto de estar relacionado com os próprios dados, ser decorrente da prática clínica diária, ser discutido entre colegas e ser relativamente simples de usar. Os participantes fornecem os dados, independentemente de qualquer apoio externo. O método pressupõe uma abertura total acerca dos dados no seio do grupo, mas protege contra a observação a partir do exterior. Pensa-se ser crucial que os par-

participantes "sejam donos" dos seus dados e que se mantenham confiantes de que o objectivo é o desenvolvimento profissional e não o controlo externo.

Resultados: As avaliações da prática apontam para uma melhoria significativa no trabalho clínico. O confronto com os próprios registos da prática num ambiente inter pares de suporte parece ser a principal força impulsionadora de mudança. Os participantes referiram satisfação com o método e exprimiram interesse em tentar novos temas. O projecto demonstrou ainda a necessidade de se simplificar a terminologia, desenvolver ainda mais as metodologias dos processos grupais, bem como o *software* informático. Existe ainda a necessidade de um forte apoio local aos grupos de avaliação inter pares.

As aptidões de Desenvolvimento da Qualidade e a gestão da aprendizagem ao longo da vida devem ser incluídas tanto nos programas pré-graduados como nos programas de formação de especialistas em Medicina Geral e Familiar.

As aptidões necessárias para que se faça um planeamento óptimo do Desenvolvimento Profissional Contínuo devem ser adquiridas no ensino pré-graduado e durante a especialização. Uma atitude positiva para como a aprendizagem ao longo da vida, a prática clínica baseada na evidência e os currículos pré-graduado e de especialização devem promover uma orientação que valorize os resultados em termos de custo-benefício.

Os centros nacionais de investigação devem trabalhar em conjunto e no seio de uma rede internacional de avaliação dos actuais métodos e resultados do Desenvolvimento Profissional Contínuo.

Os centros nacionais de investigação em Desenvolvimento Profissional Contínuo existentes, integrados numa rede internacional, devem apoiar a investigação sobre programas efectivos de Desenvolvimento Profissional Contínuo. Os resultados intermédios e finais do Desenvolvimento Profissional Contínuo devem ser registados e analisados.

O enfoque do Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC, www.abdn.ac.uk/hsru/epoc/) recai sobre as revisões de intervenções concebidas para melhorar a prática profissional e o fornecimento de serviços de saúde efectivos. Incluem-se aqui várias formas de Educação Médica Contínua, de Desenvolvimento da Qualidade e de desenvolvimento informático e financeiro, bem como intervenções organizacionais e regulamentadoras que possam influenciar a capacidade dos profissionais em prestar serviços de forma mais efectiva e eficiente.

A Educação Médica Contínua e o Desenvolvimento da Qualidade são os aspectos mais importantes do desenvolvimento profissional contínuo dos médicos, mas não podem existir isoladamente um do outro. Aos médicos deve ser facilitada a participação no Desenvolvimento Profissional Contínuo através de estruturas de apoio dos seus sistemas de saúde, através de fóruns de discussão aberta, através do acesso às organizações científicas e profissionais, do envolvimento activo nos diferentes estádios da formação dos clínicos gerais e na investigação e, finalmente, através da cooperação a nível internacional.

8. Terminologia

CME: "toda e qualquer forma através da qual os médicos aprendem e mudam a sua prática."

Desenvolvimento da qualidade: "processo contínuo de actividades planeadas e baseadas na avaliação do desempenho e no estabelecimento de objectivos explícitos para uma boa prática clínica, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados actualmente prestados aos doentes".

Desenvolvimento profissional contínuo: "processo de aprendizagem na prática clínica ao longo da vida. O objectivo final do Desenvolvimento Profissional Contínuo deve ser a qualidade dos cuidados prestados. O Desenvolvimento Profissional Contínuo deve ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, deve procurar demonstrar a sua própria efectividade, e tornar-se numa actividade adequadamente gerida tanto pelo médico como pela classe profissional no seu todo".

9. Bibliografia

Pesquisa bibliográfica

Método:

- Selecção Medline 1996-2000, palavras-chave: *Education, -Medical, -Continuing AND Quality of Health Care*. Foram seleccionados apenas artigos de revisão.
- Pesquisa na Cochrane Library (12/11/1999)

Artigos seleccionados

1. D. Davis: Impact of formal Continuing Medical Education. JAMA, sept 1 1999.
2. A. D. Oxman: No magic bullets: a systematic review of 120 trials of interventions to improve professional practice. Can. Med Assoc J, Nov 15, 1995.
3. Frank Smith, ea. General Practitioners' continuing education: a review of policies, strategies and effectiveness, and their implications for the future. Brit Journal of General Practice, October 1998.
4. D. Davis: Evidence for the effectiveness of CME. JAMA sept 2, 1992.
5. D. Davis: Translating guidelines into Practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. CMAJ 1997 aug 15 (ABSTR).
6. Wensing M, Grol R; Single and combined strategies for implementing change in primary care: a literature review. Int j Quality Health Care, 6, 115, 1998.
7. D. Davis Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA Vol 274 n°9 (ABSTR).
8. Thomson M A Audit and feedback to improve health professional practice and health care outcomes (part I and II). The Cochrane collaboration. November 1997.

9. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB: Changing physician performance. *JAMA*, 274,700-5, 1995.
10. Davis D, Thomson o' Brien MA, Freemantle N, et al. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *JAMA* 1999 sep 1; 282:867-74.
11. Holm HA. Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 1998; 316:621-4.
12. Cathy Peck, Martha Mc Call, Belinda Mc Laren, Tai Rotem. Continuing medical education and professional development: international comparisons. *BMJ* 2000:320; 432-35.
13. Jarvinen, A. and Kohonen, V: Promoting Professional Development in higher education through portfolio assessment. *Assessment and evaluation in higher education*, 20,1, 25-36.
13. Forker JE, Mc Donald ME. Methodological trends in the healthcare professions: portfolio assessment. *Nurse Educ* 1996 sep-Oct; 21(5): 9-10.
14. Piterman L, Nelson M. Clinical audit-linking continuing medical education (CME) and practice assessment (PA). *Aust Fam Physician* 1997 Jul; 26 Suppl 2:591-5.
15. Hansen DG, Munck AP, Ulso M, Nielsen B, Bjorn, Kragstrup J. General practitioners want continuing education. Audit registrations among 369 physicians in Copenhagen. *Ugeskr Laeger* 1999 Jan 11; 161.
16. Bentzen N Medical Audit – The APO –method in general practice. *Scand J Prim Health Care Suppl* 1993; 1:13-8.
17. Munck AP, Gahrn-Hansen B, Sogaard P, Sogaard J. Long-lasting improvement in general practitioners' prescribing of antibiotics by means of medical audit. *Scand J Prim Health Care* 1999 Sep; 17 (3): 185-90.
18. Melander E, Bjorgell A, Bjorgell P, Ohved I, Molstad S. Medical audit changes physicians' prescribing of antibiotics for respiratory tract infections. *Scand J Prim Health care* 1999 Sep 17 (3): 180-4.
19. O'Riordan M. Continuing medical education in Irish general practice. *Scand J Prim Health Care* 2000 Sep; 18:137-8.
20. Winkens R, Pop P, Grol R, et al. Effect of routine individual feedback, over nine years general practitioners requests for tests *BMJ* 1996; 312:490.
21. Winkens R, Ament A ea; Routine individual feedback on requests for diagnostic tests: an economic evaluation. *Med Decis Making*. 1996 Oct-Dec; 16(4): 309-14.
22. Nikkarinen T, Huvinen S, Brommels M. National consensus and local considerations. Changing the prescription practices by means of training. Evaluation report of the Rohto project. Helsinki, 2002, 203 p (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115;2002:1 (Finnish, English Summary))
23. Helin-Salmivaara A, Sairanen S. From a Project to A Process, Programme on rational prescribing. Keili, Vantaa 2001, 74 p (Finnish, English summary)

Relatórios seleccionados

Hans Asbjørn HOLM Md PhD Recertification – Auto-Evaluation. Consequences of recertification in Norway; paper presented at the EAMF Conference, London 22-23 October 1999.

D Davis Effective Continuing Medical Education, Presentation on the EAMF conference, London, 1999.

The good CPD guide; a practical guide to managed CPD; J.Grant PhD, Elly Chambers MA.

Quality Management in Social Welfare and Health care for the 21st century. Ministry of Social Affairs and Health; 2000; Finland.

M.Mäkela et.al. - Family Doctor's Journey to Quality, The WONCA Working Party on Quality in Family Medicine, 2001, Stakes, Finland.

Evidence Based Practice in Primary Care ed. Ch.Silagy, A.Haines, BMJ Books, London, 1998.

Tools and methods for Quality Improvement in General Practice, V.Alles et.al, 1998, Stakes, Finland.

Quality Indicators for General Practice, Martin Marshall, Stephen Campbell, Jenny Hacker, Martin Roland, The Nuffield Trust; Sept 2001.

Entrevistas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas: na Bélgica, com Peter Dielman e Piet Van den Bussche; na Noruega, com Tor Carlsen e Dag Hofoss; em Israel, com o Prof. Hava Tabenkin e o Dr. Samuel Reis; na República Checa, com Vaclav Benes e Bohumil Seiffert; nos Países Baixos, com Harry Geboers; na Irlanda, com Michael Boland e Henry Finnegan; e na Itália, com o Prof. Vettore e o Dr. Gadaleta.

Preparado para o EURACT e o EQuIP 2002

Os autores principais do presente documento foram Luc Seuntjens (EQuIP) e Paula Vainiomäki (EURACT).

Membros do grupo de trabalho do EQuIP:

Dr. Luc Seuntjens, Dr^a Margaret O'Riordan, Dr. Niklaus Egli, Dr^a Margalit Goldfracht, Dr. Angelo Campanini, Dr. Kees in' t Veld, Dr^a Libuse Valkova, Dr. Tomasz Tomasik, Dr. Bohumil Seiffert, Prof. Dr. Per Hjortdahl.

Membros do grupo de trabalho do EURACT:

Dr^a Paula Vainiomäki, Prof. Dr. Jan Heyrman, Dr. Jonah Yaphe, Dr^a Mladenka Vrcic-Keglevic, Dr. Dag Søvik, Dr^a Eva Jurgova, Dr. Anasthios Simeonidis, Dr^a Juliana Popa e Dr^a Bernardina Wanrooij.

Índice

Finalidade	p 1
Resumo das recomendações	p2
Antecedentes e historial	p4
Motivação	p6
Princípios básicos	p7
Criação de um novo modelo de DPC	p9
Implementação do novo modelo de DPC	p16
Terminologia	p21
Bibliografia	p21

(Notas de rodapé)

EQUIP = European association for quality in general practice/family medicine
(Associação Europeia para a Qualidade em Clínica Geral/Medicina Familiar)

Contacto: Prof. Dr. med. Dipl. Spz. Joachim Szecsenyi
Universidade de Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 374
D-69120 Heidelberg
Tel.: +49 (0)6221-56-4745
Fax: +49 (0)6221-56-1972
www.equip.ch

EURACT = European Academy of Teachers in General Practice
(Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral)

