

Educação Médica Continuada e o CILAD

Continuing Medical Education and CILAD

"The educational needs of practicing physicians have escalated dramatically. The mandate of lifelong learning is particularly strong, driven by the acceleration of researches advances, the development and application of new technology, evolution of practices styles, and reorganization of health care delivery" (Abrahamson et al., 1999)[1].

Passados 10 anos, essas observações soam ainda mais verdadeiras, e acredito que os médicos das diferentes áreas e especialidades têm a clara percepção que seus conhecimentos, suas habilidades e suas atitudes na prática profissional tornam-se rapidamente ultrapassadas e que a vida-média do conhecimento médico continua a se reduzir em velocidades crescentes. A título de exemplo, estudos mostram que 20% a 50% dos médicos generalistas nos Estados Unidos da América, não estão a par ou não usam novos conhecimentos aplicáveis à sua prática[2-4].

Portanto, sem querer se estender na justificativa, há suficientes argumentos para que se pratique e se estimule a educação médica continuada (EMC), particularmente em área que cresce e se transforma a todo instante, como a Dermatologia. Porém, existe variedade de estratégias a serem utilizadas na busca da ampliação dos conhecimentos e de habilidades, que podem ser simplificadas na afirmação de que "EMC corresponde a qualquer tipo e a todos os meios pelos quais médicos aprendem após o período formal de graduação e residência médica"[5].

Os métodos e intervenções disponíveis para que se alcancem aqueles objetivos podem ser summarizadas em:

1. Material teórico educacional: impresso, audiotapes, videotapes ou atividades on-line, artigos em periódico.
2. Cursos formais tradicionais, como: aulas, conferências, simpósios, teleconferência.
3. Discussão de casos sob supervisão, cursos práticos com supervisão, atividades interativas (workshops).
4. Busca individual de informações, contacto com colegas mais experientes.
5. Auditorias com feedback.
6. Textos curtos como lembretes periódicos.
7. Combinação de diversas atividades.

Enfim, os meios e as estratégias são múltiplos. Mas, quais são mais efetivas? O que melhor cumpre com seus objetivos?

Antes de voltarmos nosso olhar a essas questões, há que estabelecer uma premissa, talvez primordial: médicos são motivados a procurar aprendizado, teórico ou prático, que atenda as suas necessidades específicas ou gerais. Ou seja, "a percepção do que me falta para melhorar minha prática médica, ou melhorar meu rendimento econômico, me motiva à busca do conhecimento ou da habilidade, segundo a ordem de prioridade possível". Ou ainda, a prática do "self-directed learning", em que o indivíduo toma a iniciativa, direcionado por sua percepção das necessidades[6]. Exemplo, talvez diário, é o estudo objetivo ou busca de resposta para problemas ou dúvidas relacionadas ao (s) paciente (s) da rotina do hospital ou da prática privada.

E, das diferentes opções incluídas no arsenal da EMC, qual melhor cumpre seus objetivos, quais têm impacto nos indicadores de qualidade da saúde? Quais têm conexão com os princípios da medicina baseada em evidências? E ainda, quem deve prover oportunidades de EMC? E, das conclusões: a primeira em suporte aos princípios da educação do indivíduo adulto: a necessidade e o interesse pessoal pelo aprendizado é pré-requisito. Portanto, para melhor ter clareza sobre o que oferecer, aqueles que produzem EMC devem promover consulta prévia entre aqueles a quem deseja atender, com vistas a identificar quais são as necessidades e interesses da comunidade[7]. Desnecessário dizer que poucos põem em prática essa premissa.

E, o que melhor funciona? Vários são artigos que abordam essa questão, com conclusões às vezes conflitantes[8-11]. Recentemente, Forstlund et al. (2009), promoveram revisão sistemática sobre o tema e avaliaram 81 publicações, onde os resultados de procedimentos em EMC foram o objeto de interesse. E, utilizaram como pergunta básica se as atividades didáticas tradicionais (aulas, conferencias, seminários, simpósios) e workshops (oficinas de trabalho com participação interativa, funcionam em termos de acúmulo de conhecimento e em melhoria para a atenção ao paciente. Concluíram que

atividades didáticas tradicionais isoladamente ou em combinação com outras atividades resultam em melhoria da prática médica junto aos pacientes. E que a presença regular às atividades de EMC parece produzir resultados mais consistentes. E ainda, que a combinação de atividades: tradicionais com atividades interativas combinadas produzem melhores resultados que qualquer das estratégias utilizadas isoladamente. E que, em geral, independente da estratégia, os resultados são mais pobres quando se procura incorporar procedimentos mais complexos quando comparados com procedimentos menos complexos. E que, quando o assunto em foco está relacionado a questões mais graves ou sérias para o paciente os resultados em termos de aprendizado e cuidados futuros com os pacientes são melhores. Os autores finalizam com necessidade de que se desenvolvam estratégias para se aumentar a presença e participação nas atividades de EMC, e sugerem a utilização de atividades combinadas, tradicionais e interativas.

*O CILAD através de seus congressos, cursos, simpósios e através de seu periódico (*Medicina Cutânea*) e suas publicações, buscam cumprir o sua missão. Ou seja, contribuir ao esforço de aumentar a motivação e o compromisso, tanto com a finalidade de ampliação de conhecimentos clínico-dermatológicos, quanto de incorporar habilidades. Sempre, em atenção ao objetivo maior que é melhor servir e melhor atender às necessidades dos pacientes.*

Há algo mais a fazer? Sem dúvida sim, e das sugestões e dos debates pode-se avançar com mais qualidade.

Silvio Alencar Marques

Departamento de Dermatologia e Radioterapia
Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista
São Paulo - Brasil

Bibliografía

1. Abrahamson S, Baron J, Elstein AS, Hammond WP, Holzman GB, Marlow B, et al. Continuing medical education for life: eight principles. *Acad Med* 1999; 74: 1288-94.
2. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F 3rd. Health science information management and continuing education of physicians: a survey of US primary care practitioners and their opinion leaders. *Ann Intern Med* 1989; 110: 151-60.
3. Ramsay PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerto JP, Noccini JJ, Wenrich MD. Changes over time in the knowledge base of practicing internists. *J Am Med Assoc* 1991; 266: 1103-7.
4. Van Leeuwen YD, Mol SSL, Pollemans MC, Drop MJ, Grol R, van de Vrienten CP. Change in knowledge of general practitioners during their professional careers. *Fam Pract* 1995; 12: 313-7.
5. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *Br Med J* 1999; 318: 1276-9.
6. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Needs assessment of targeted learner. In: Curriculum development for Medical Education. A six-step approach. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. Cap. 3, pp. 20-28. 1998.
7. Slotenick HB. How doctors learn: physicians self-directed learning episodes. *Acad Med* 1999; 74: 1106-17.
8. Haynes RB, Davis AD, McKibbon A, Tugwell P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *J Am Med Assoc* 1984; 251: 61-4.
9. Davis D, Thomsom MA, Freemantle N, et al. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing educational activities change behavior or health care outcomes? *J Am Med Assoc* 1999; 282: 867-74.
10. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass EB. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. *J Am Soc Assoc* 2007; 298: 1023-37.
11. Fernández-Mondejar E, Alía I. Formación médica continuada. Una obligación compartida. *Med Intensiva* 2008; 32: 1-2.
12. Forsetlund L, Björndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 2: CD003030.

Respuestas del cuestionario del número 4 de 2009: 1b 2c 3e 4e 5d 6a 7b 8c 9b 10b 11c 12a 13e 14b 15b 16c 17d 18e 19e 20e