

Programa de educação permanente para médicos de família

Permanent Education Program for Family Doctors

João Batista Silvério¹

RESUMO

O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família é uma intervenção educacional da Secretaria de Estado da Saúde para lidar com a educação permanente dos médicos de família que atuam nas equipes de Saúde da Família no estado de Minas Gerais. Este trabalho descreve os fundamentos teóricos, objetivos, metodologia, metas, monitoramento, avaliação, dificuldades e resultados do programa. O modelo baseia-se nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura internacional e articula estratégias educacionais para aprendizagem individual, em pequenos grupos, grandes grupos e de habilidades clínicas. O programa é implementado em parceria com escolas de Medicina locais. Os recursos financeiros são providos integralmente pelo estado. No momento, 465 médicos estão participando do programa e as metas futuras são de 1.500 médicos em 2009 e 3.500 médicos em 2010.

Palavras-chave: Educação Médica/Métodos; Educação Médica Continuada; Médicos de Família/Educação.

ABSTRACT

The Permanent Education Program for Family Doctors is an educational intervention from the Healthcare State Secretary for dealing with the permanent education of family doctors that participate in the Family Healthcare teams in the State of Minas Gerais. This paper describes the theoretical foundations, objectives, methodology, goals, monitoring, evaluation, difficulties and the program results. The model is based on the adult learning principle and on the best scientific evidences available in the international literature and articulates educational strategies for individual learning, in small groups, large groups and clinical skills. The program is implemented in partnership with local Medicine schools. The financial resources are integrally provided by the State. Currently, 465 physicians participate in the program and the future goals are 1.500 physicians in 2009 and 3.500 physicians in 2010.

Key words: Education, Medical/Methods; Education, Medical, Continuing; Physicians, Family/Education

INTRODUÇÃO

A educação permanente dos médicos ao longo de toda a sua vida profissional é um problema em todos os países do mundo.^{1,2} A questão torna-se mais complexa em razão de a pesquisa no campo da saúde estar crescendo de forma exponencial e de o complexo industrial transformar as novas informações em insumos, processos, equipamentos ou tecnologias em tempo cada vez menor.

¹Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia/Berkeley. Professor Titular da Universidade Estadual de Montes Claros; Coordenador Estadual do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família – PEP/SES/MG da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Instituição:
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Avenida Juarez Nunes, 354
Bairro: Jardim São Luiz
Montes Claros – MG
CEP: 39401–057
E-mail: jbsilver@uai.com.br

Como resultado, novas evidências científicas estão sendo geradas a cada dia e disponibilizadas para as instituições e profissionais de saúde, em tempo real, a partir dos potentes sistemas de comunicação e difusão de informações, especialmente a rede mundial de computadores.

Quando os médicos tomam conhecimento e compreendem as novas evidências, eles podem mudar sua prática e melhorar o cuidado aos seus pacientes. Embora necessitem dessas novas evidências diariamente, os médicos, usualmente, fracassam em obtê-las. Em conseqüência, ambos, o conhecimento atualizado e o desempenho clínico do médico, deterioram com o tempo. Os médicos se tornam desatualizados e, ambos, a sociedade e os pacientes, pagam o preço por essa obsolescência.³ Bilhões de dólares vêm sendo gastos a cada ano pelos profissionais e pelas instituições em programas de educação médica continuada. Entretanto, os programas tradicionais fortemente centrados na transmissão de informações não melhoram o desempenho clínico dos médicos.

Nos últimos anos, novas estratégias educacionais e gerenciais para lidar com a educação permanente dos médicos são concebidas e implantadas. São bons exemplos de iniciativas internacionais em movimento nos nossos dias: a prática da Medicina baseada em evidências; a recertificação de especialistas; a exigência de comprovação de educação permanente para permanência no corpo clínico de grandes hospitais ou manter-se credenciado por planos de saúde; a governança clínica e a exigência legal de implantação de diretrizes clínicas e protocolos nos serviços de saúde.

Verifica-se também progressivo aumento dos investimentos mundiais em pesquisa no campo da educação médica, não na pesquisa biomédica clássica: diagnóstico/terapêutica/ prognóstico, mas especialmente em pesquisa nos campos da educação, da neurofisiologia e da psicologia cognitiva. Tais pesquisas contribuem para melhor compreensão sobre como o médico aprende, faz um raciocínio clínico, acerta ou erra um diagnóstico ou uma conduta terapêutica; como um calouro de Medicina se transforma em um médico iniciante ou em um *expert*⁴. Esses estudos acumulam novas evidências, cada vez mais robustas, sobre princípios, diretrizes e estratégias educacionais que devem orientar as intervenções educacionais efetivas

para mudança de prática e melhoria de desempenho dos médicos.

Os médicos são adultos e sua aprendizagem se faz segundo os princípios da andragogia. Como adulto, o médico aprende o que “precisa”, o que tem sentido e significado para sua vida e para seu trabalho: a *aprendizagem significativa*. A reflexão sobre a sua prática, na ação e após a ação, a prática reflexiva⁵, é o ponto de partida para aprendizagem. A aprendizagem a partir da experiência induz o desenvolvimento da *metacognição*⁶, habilidade de conhecer o próprio conhecimento e de como ele é adquirido, habilidade de monitorar o próprio raciocínio na ação.

A necessidade de aprendizagem do médico é diária. Para cada grupo de pacientes atendidos surge um conjunto de dúvidas que, se sanadas antes da tomada de decisão, traz benefícios para o médico e para o paciente. A educação dos médicos, ao longo da vida profissional, é um processo cotidiano, não se faz a partir de eventos periódicos; é uma educação permanente.

Algumas diretrizes educacionais devem orientar o desenho de intervenções educacionais destinadas a mudar a prática e melhorar o desempenho clínico dos médicos. Nenhuma estratégia educacional isolada é capaz de mudar sua prática. Há que se conceber intervenções multifacetadas que combinam várias estratégias articuladas e convergentes que se somam e se reforçam. As novas informações, recomendações e competências devem ser vinculadas à melhoria do desempenho e confrontadas com a prática diária de cada profissional, considerando a implementação de mudanças orientadas para a qualidade da atenção.

Freqüentemente, a deficiência do médico não está no campo cognitivo e os conteúdos de comportamentos e atitudes precisam ser contemplados, além do conhecimento científico factual. O desenvolvimento de habilidades, especialmente as habilidades de comunicação, precisam ser enfatizadas, tendo como objetivo qualificar a relação médico-paciente. Desenvolver o hábito da aprendizagem autodirigida de longo prazo e de avaliação da prática profissional com mensuração de desfechos e induzir uma cultura de mudança e renovação também são aspectos centrais nas intervenções de educação permanente para médicos. A aprendizagem colaborativa em pequenos grupos de médicos respeitados, centrada em dados da re-

alidade dos pares, é um cenário potente para mudar a prática profissional e deve ser realçada.

Mudar a prática profissional de um médico não é simples. É um processo complexo. Na maioria das vezes, a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes não é suficiente para empreender nova prática. A aquisição de competências, capacidade de fazer, é um *fator predisponente*. A efetivação da mudança na prática depende muito de *fatores facilitadores* que se encontram no contexto de trabalho, seja de estrutura física, material e logística, seja no contexto social de organização, motivação e postura da equipe de saúde. Quando o médico adquire nova competência e encontra ambiente favorável no trabalho, ele pode mudar sua prática. Entretanto, a sustentação da mudança ao longo do tempo vai depender de *fatores reforçadores* inerentes à cultura institucional: as crenças, valores e tradições da instituição. Na ausência de fatores reforçadores, há tendência de retorno à prática anterior.⁷

Estudos realizados na Inglaterra demonstram que os médicos de atenção primária à saúde naquele país preferem atividade educacional porque: é próxima do local de trabalho; é em pequenos grupos de colegas respeitados; é com contato pessoal e participação ativa; consome pouco tempo; proporciona reflexão e revisão da performance pessoal; oferece novas informações e habilidades; busca reduzir as incertezas e elevar o *status* de seu trabalho; utiliza métodos práticos.⁸

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG, desde 2003, vem priorizando a universalização e a qualificação da atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A intervenção do gestor estadual está sistematizada no chamado Projeto Estruturador Saúde em Casa. O projeto Saúde em Casa foi concebido a partir de um minucioso diagnóstico da situação da atenção primária à saúde em Minas Gerais e contempla um elenco de intervenções articuladas, sistêmicas, dirigidas a enfrentar os principais problemas detectados no diagnóstico.

O projeto Saúde em Casa está sendo implantado por meio de duas estratégias: o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) e o Programa de Educação Permanente pra Médicos de Família (PEP). O Plano Diretor articula intervenções para enfrentamento dos problemas localizados nos contextos de trabalho e na cultura das instituições de serviços de saúde; e o Programa de Educação permanente é intervenção específica para lidar com

os médicos que trabalham nas equipes da estratégia de saúde da família.

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA - PEP _____

Descrição geral do programa

O PEP é a intervenção educacional implantada pela SES/MG para lidar com a grande heterogeneidade de competências e a educação permanente dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) em Minas Gerais. Está fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências disponíveis na literatura internacional. É uma intervenção presencial, multifacetada, que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço de habilidades clínicas.

Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, é reforçado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes importantes na atenção primária à saúde. A aprendizagem colaborativa em pequenos grupos, o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa.

O PEP é implementado a partir de parceria com as escolas regionais de Medicina cujos professores, após treinamento específico, assumem as atividades docentes do programa nas suas áreas de abrangência. Nos municípios onde as atividades serão desenvolvidas é instalada uma Sala de Educação Permanente, espaço exclusivo com características físicas, equipamentos e de acervo apropriados para o desenvolvimento das atividades de ensino e de aprendizagem propostas. O programa é financiado integralmente com recursos do tesouro estadual, sem custos financeiros para os municípios, escolas de Medicina e médicos participantes.

Objetivo geral

O propósito do programa é induzir cultura de mudança e renovação da prática do profissional

e criar um sistema de melhoria permanente da performance clínica em busca da excelência dos cuidados ao paciente.

Objetivos específicos

Melhorar o nível de resolubilidade da atenção primária; aumentar a auto-estima profissional do médico de família; criar um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional; romper o isolamento profissional; reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias; reduzir as prescrições incorretas de medicamentos; reduzir a variabilidade da prática profissional; reduzir a rotatividade dos médicos no PSF.

O Modelo do PEP

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP). Cada grupo é integrado por oito a 12 médicos que trabalham no PSF de uma mesma microrregião de saúde. Os médicos de cada GAP dedicam 16 horas mensais às atividades de aprendizagem, no horário de trabalho, com tempo protegido para esse fim. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro grandes estratégias educacionais: o *Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional* – CAPP, o *Plano de Desenvolvimento Pessoal* – PDP, os *Módulos de Capacitação* e o *Treinamento em Serviço de Habilidades Clínicas*. (Figura 1)

Os GAPs destinam quatro horas mensais a cada uma das estratégias propostas (CAPP, PDP, Módulos de Capacitação e Treinamento de Habilidades Clínicas). Entretanto, a distribuição de carga horária é flexível e deve ser adaptada às necessidades momentâneas de cada grupo.

O modelo do PEP está representado na Figura 1.⁹

O Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional

A proposta do PEP elege a consulta médica centrada no paciente¹⁰⁻¹⁶ como o centro gravitacional do ciclo, com o objetivo de promover a aprendizagem integrada das diversas competências clínicas. Em torno da consulta médica devem girar todos

os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos, bem como o conjunto dos processos de melhoria da qualidade da atenção primária à saúde. O Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) é a abordagem educacional primordial do PEP.

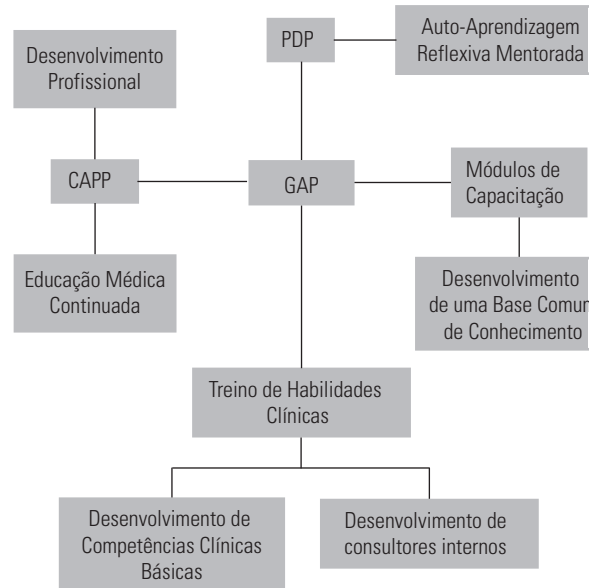


Figura 1 - Estrutura do Programa de Educação Permanente

O CAPP é uma atividade educacional para aprendizagem em pequenos grupos. Esse modelo é conhecido na literatura de língua inglesa como “revisão entre pares” (*peer review*).¹⁷ É definido como um processo permanente e sistemático de reflexão crítica e avaliação da prática profissional, conduzido por um grupo de médicos que se organizam com o intuito de obterem contínuo aprimoramento na qualidade da atenção ao paciente. O modelo da revisão entre pares tem se destacado por sua efetividade como um instrumento para modificar a prática dos profissionais, e não apenas possibilitar-lhes a aquisição de novos conhecimentos.

Nessa atividade, os oito a 12 médicos participantes de um GAP assumem o compromisso de continuamente avaliar e aprimorar sua prática, com o suporte de seus pares e de um supervisor externo. O grupo identifica os principais problemas que devem ser enfrentados para a melhoria de sua prática, define periodicamente suas prioridades de aprendizagem e estabelece linhas de conduta, padrões e critérios de qualidade que os membros do grupo consideram aceitáveis para o seu desem-

penho na abordagem das prioridades selecionadas. A prática de cada profissional é comparada com os padrões estabelecidos como desejáveis e são selecionadas as principais necessidades de aprimoramento de suas competências. As ações específicas para suprir as necessidades dos profissionais, a partir de um processo de auto-aprendizagem e metodologias educacionais adequadas, são, então, planejadas e implementadas. Uma nova avaliação da prática dos profissionais analisa se os padrões e critérios estabelecidos como aceitáveis foram efetivamente alcançados e, dependendo do resultado, o ciclo é encerrado e abre-se um novo ciclo dirigido à prioridade seguinte.

O CAPP é efetivo para elevar o padrão de performance dos profissionais, promover o desenvolvimento de um comportamento de auto-aprendizagem por toda a vida e implantar um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Nessa atividade, o grupo deve fazer uso de diferentes estratégias educacionais, dependendo do objeto de aprendizagem, sempre seguidas da provisão de *feedback*^{9,18} construtivo: análise de consultas, reais ou simuladas – em observação direta ou filmada; revisão de prontuários; análise de eventos críticos; auditoria clínica de processos e resultados; discussão de casos clínicos; adequação e pactuação de protocolos externos e construção de protocolos internos.

As atividades são desenvolvidas em encontros mensais do grupo, com supervisão externa de um professor da faculdade de Medicina parceira que domina a metodologia, o supervisor de GAP, que é um “gestor da metodologia” e tem a grande responsabilidade de zelar para que o ciclo não se transforme em grupo de discussão não-sistemático ou em um espaço para aulas expositivas.

Plano de Desenvolvimento Pessoal - PDP¹⁹

É um instrumento utilizado para estimular a auto-aprendizagem contínua e identificar áreas de necessidade de desenvolvimento individual, colocando o médico no controle de seu próprio crescimento profissional. Conduz o profissional a identificar suas necessidades de educação e treinamento, dando-lhe a oportunidade de visualizar novas formas de aprendizagem e de monitorar sua própria evolução. Ao formular um plano, o médi-

co, além de identificar, prioriza suas necessidades individuais de aprendizagem, explicita as metas educacionais, define as estratégias de aprendizagem, determina os recursos necessários, prevê as evidências de aprendizagem e especifica um cronograma individual de estudos. A formulação de um PDP possibilita a ele olhar criticamente para suas lacunas individuais de conhecimentos e habilidades e visualizar aonde deseja chegar com seu esforço educacional.

A formulação e a implementação do Plano são orientadas e monitoradas pelo supervisor do GAP atuando no papel de mentor. Cada PDP deve gerar um diário de aprendizagem, um portfólio²⁰, instrumento importante para demonstrar o compromisso do profissional com seu próprio aperfeiçoamento.

Módulos de Capacitação

São blocos temáticos definidos a partir de prioridades estabelecidas pelos gestores do sistema de saúde ou das necessidades detectadas entre os profissionais. É uma estratégia educacional para aprendizagem cognitiva de grandes grupos, destinada ao desenvolvimento de uma base comum de conhecimentos.

Os módulos de capacitação são ministrados para vários grupos de médicos (os GAPs) por consultores especialistas convidados, por meio de seminários, conferências e palestras presenciais ou atividades de educação a distância.

Treinamento de Habilidades Clínicas

Compreende o processo de ensino e aprendizagem a ser processado em serviços ambulatoriais de atenção primária, incluindo, especialmente: “Saúde da Criança”; “Saúde da Mulher”; “Saúde do Adulto”; “Saúde do Idoso” e “Saúde Mental”. Visa ao desenvolvimento de competências clínicas em áreas relevantes para a atenção primária, objetivando dotar os médicos de família das habilidades requeridas para uma prática clínica efetiva.

Esse treinamento em serviço é necessário porque os médicos, atualmente inseridos na Estratégia de Saúde da Família, apresentam grande heterogeneidade de competências. A maioria deles

não passou por uma residência em Medicina de Família e Comunidade. Muitos são recém-formados oriundos de diferentes escolas de Medicina, outros passaram por Residência médica em especialidades distintas ou são médicos experientes em outros contextos de trabalho. Por outro lado, não é possível desenvolver tais habilidades clínicas básicas por meio das três outras estratégias educacionais praticadas no PEP.

O treinamento é supervisionado por um preceptor, professor da escola médica parceira, especialista na área e instrumentalizado com a metodologia para treinamento de habilidades. O preceptor observa o atendimento dos médicos, participa da discussão dos casos, dá *feedback* e estimula a avaliação entre os pares.

Essa estratégia pode ser usada também para o treinamento de habilidades clínicas especiais, no sentido de desenvolver consultores internos, médicos de família com performance diferenciada em determinada área de interesse e que dão suporte aos pares naquela área específica.

Metas físicas e financeiras

O PEP já está implantado em sete microrregiões de saúde, com 45 GAPs, 21 Salas de Educação Permanente e cinco escolas de medicina parceiras – Estadual de Montes Claros, Federais de Juiz de Fora e Uberlândia, Ciências Médicas de Minas Gerais e Faculdade de Medicina de Barbacena, cobrindo 102 municípios e 465 médicos das equipes do PSF.

A meta futura é expandir o PEP para incluir 1.500 médicos, 176 GAPs e 88 Salas de Educação Permanente em 2009. Em 2010 serão 3.500 médicos, 350 GAPs e 175 salas de Educação Permanente, beneficiando todos os médicos do PSF de Minas Gerais. Os investimentos médios estimados são da ordem de R\$ 4.000,00/GAP/mês no primeiro ano de implantação.

Monitoramento e Avaliação

Encontra-se em desenvolvimento um sistema de monitoramento a ser implementado em 2009. Está em discussão com instituições de pesquisa a elaboração de projetos de pesquisa avaliativa para conhecer o impacto do PEP na prática dos médicos participantes. Está também em negociação uma

parceria com a Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade-SMMFC. A proposta é que a Sociedade faça o acompanhamento longitudinal dos GAPs. Os grupos com funcionamento dentro dos critérios estabelecidos serão acreditados e os estudos dos seus médicos poderão ser validados para fins de certificação ou recertificação.

Avaliação do PEP pelos médicos participantes

O Quadro 1 descreve os resultados em relação à percepção dos médicos.

Quadro 1 - Percepção dos médicos participantes do PEP nas microrregiões de Montes Claros/Bocaiúva, Janaúba/Monte Azul e Barbacena – Março/2008

Variável	Resposta	%
1. Interesse em participar do PEP	Grande e Muito Grande	97
2. Satisfação pessoal com o PEP	Grande e Muito Grande	86
1. Auto-avaliação da sua participação	Boa e Excelente	77
2. Potencial do PEP para mudar a prática	Grande e Muito Grande	95
3. Interesse pela busca de novos conhecimentos após o PEP	Aumentou Muito	88
4. Interesse em continuar participando do PEP	Grande e Muito Grande	90
5. Oportunidade para crescimento pessoal e profissional	Grande e Muito Grande	98

(1) Metodologia: Questionário Estruturado (2); N=120 médicos participantes

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem dificuldades para a implantação e consolidação do PEP. O perfil profissional trazido da graduação pelos médicos participantes se mostra, muitas vezes, inadequado para a atenção primária. O repertório de competências técnicas dos médicos do PSF é muito heterogêneo. Quase sempre os participantes levam para o GAP uma visão tradicional de educação médica continuada com demandas para cursos, aulas expositivas e outras atividades educacionais centradas na transmissão de conhecimentos.

Há grande rotatividade dos médicos entre municípios e microrregiões. Alguns gestores não valorizam, na prática, a educação permanente. Carências físicas e materiais no contexto de trabalho e aspectos de cultura institucional freqüentemente dificultam ou impedem a implantação das melhorias aprendidas nas atividades educacionais. A maioria dos professores das escolas médicas não está sensível para a atenção primária à saúde e não se interessa por engajar-se nas atividades docentes do PEP. Acrescentem-se as barreiras inerentes à transposição de experiências internacionais para uma realidade local.

Apesar das dificuldades levantadas, o PEP é uma proposta educacional inovadora sem precedentes no estado de Minas Gerais. O programa tem potencial de efetividade para mudar a prática, melhorar a performance e organizar os serviços e, em consequência, qualificar o cuidado e impactar positivamente os índices de saúde dos usuários. É aplicável a grupos de médicos de outras especialidades ou de outras categorias profissionais. É uma intervenção barata. Pode ser estendida para toda a equipe de saúde do PSF, com custos adicionais baixos.

REFERÊNCIAS

1. Davis AD, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*. 1992; 268(9):1111-7.
2. Davis AD, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995 Set 06; 274 (9):700-5.
3. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice & teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
4. Soares SMS. Reflective practice in medicine [tesis]. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora; 2006.
5. Schön DA. The reflective practitioner: how professional think in action. Burlington, VT: Ashgate; 1983.
6. Quirk M. Intuition and metacognition in medical education: keys to developing expertise. New York: Springer; 2006.
7. Adelson R, Vanloy WJ, Hepburn K. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. *J Contin Educ Health Prof*. 1997; 17:69-80.
8. Instituto Innovare. Concepção e estruturação de um Programa de Educação Permanente para os médicos de Saúde da Família de Minas Gerais. Fortaleza: Instituto Innovare; 1993.
9. Pennaforte JC. Programa de Educação Permanente: reflexões críticas sobre cinco anos de experiência e proposta para um novo desenho do Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional. Fortaleza: Instituto Innovare; set. 2007.
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine transforming the clinical method. 2a. ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2007.
11. Lipkin Jr M, Putnam SM, Lazare A. The medical interview clinical care. Education and Research. New York: Springer; 1995.
12. Cole SA, Bird J. The medical interview. The Three-Function Approach. 2a ed. St. Louis: Mosby; 2000.
13. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2a. ed. Abingdon: Radcliffe Publishing; 2005.
14. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 2a. ed. Radcliffe Publishing, 2005.
15. Coulehan JL, Block MR. The medical interview: mastering skills for clinical practice. 5a ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2006.
16. Lang G, Molen H. Personal conversations: roles and skills for counsellors. New York: Routledge; 1990.
17. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press; 1995. Oxford General Practice Series, 32.
18. Westberg J, Jason H. Fostering reflection and providing feedback. New York: Springer; 2001.
19. Rughani A. The GP's guide to personal development plans. 2a. ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002.
20. Mathers N, Challis MC, Howe AC, Field N. Portfolios in continuing medical education - effective and efficient? *Med Educ*. 1999; 33:521-30.