

# Educação Médica

## CERTIFICAÇÃO E MANUTENÇÃO DE COMPETÊNCIA NA ÁREA MÉDICA: BREVE REVISÃO

CERTIFICATION AND CONTINUING MEDICAL EDUCATION: BRIEF REVIEWS

BENEDICTUS PHILADELPHO DE SIQUEIRA

### RESUMO

Este artigo apresenta um breve panorama da situação da certificação e da recertificação em Medicina em vários países do mundo, fornecendo comparação rápida entre os sistemas de avaliação de cada um e ensejando discussão sobre o tema tendo como base a realidade do ensino médico no Brasil.

**Palavras-chave:** Educação Médica, Médicos

O objetivo da recertificação em qualquer área deve ser de avaliar o desempenho real na prática e a competência do profissional para continuar a aprender. No entanto,

\*Prof. Emérito da Faculdade de Medicina da UFMG. Membro da Comissão do Exame Nacional de Medicina-INEP/MEC. Membro da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas-INEP/MEC Membro da Comissão do PROMED-MS/MEC

Endereço para correspondência:  
Benedictus Philadelpho de Siqueira  
Rua Artur Itabirano, 45  
Pampulha  
Belo Horizonte – MG  
31275-020

como instrumento de controle social, terá tanto mais impacto quanto mais for capaz de suplantar o aspecto meramente de controle, ou até mesmo punitivo, e de promover medidas de educação continuada.

Esta resenha procura sintetizar as experiências de alguns países que já vêm desenvolvendo programas de recertificação de profissionais médicos, atrelados à educação continuada, no sentido de identificar potencialidades para uso no Brasil.

## ESTADOS UNIDOS

O reconhecimento da disparidade nas habilidades dos médicos e a necessidade de manter padrões standardizados comuns têm sido os fatores fundamentais para o movimento de recertificação nos Estados Unidos. A Educação Médica Continuada surgiu como alternativa casada aos programas de recertificação.

As primeiras menções feitas à Continuing Medical Education (CME) parecem datar de 1947, quando a Academy of General Practice estabeleceu como um de seus critérios de admissão o engajamento em programas de manutenção de conhecimentos. O movimento estabeleceu-se em 1960, quando o American Board of Family Practice passou a emitir certificados por tempo limitado. Embora a certificação seja formalmente um processo voluntário, os médicos devem se recertificar a cada sete anos, se desejam manter o *status* de certificado pelo comitê. No início da década de 70, a American Medical Association (AMA) instituiu uma política de acreditação dos organismos de formação contínua.

Os Estados Unidos são o único país no qual a maioria dos especialistas treinados espera para obter sua autorização profissional. Vinte e dois dos 24 membros do American Board of Medical Specialities (ABMS) concedem certificados por períodos que variam entre sete e dez anos. O objetivo maior é incentivar os médicos a continuarem estudando (aprendendo) e a estarem atualizados, mantendo-se dentro dos padrões dos quadros de especialistas.

O ABMS assessora seus membros na promoção da qualidade e da eficiência do processo de avaliação e certificação dos médicos especialistas. Promove ainda informações ao público, ao governo, a profissionais médicos, por meio de um banco de dados computadorizado, cujas informações biográficas de seus membros estão disponíveis anualmente, em catálogo e em CD-Rom.

No competitivo mercado de cuidados médicos dos USA, os médicos têm de competir com as grandes corporações que possuem seus próprios hospitais e práticas médicas. Essas corporações usam certo número de profissionais especialistas certificados pelos comitês respectivos como indicador de qualidade do serviço que oferecem. A certificação tem sido usada também pelas organizações de consumidores como critério de qualidade de hospitais e

de planos de saúde. São utilizadas até chamadas gratuitas de telefones para determinar as credenciais de certificação dos médicos.

A maioria dos comitês baseia-se em avaliações de conhecimentos, habilidades e desempenho, por meio de provas (exames), com questões de múltipla escolha e avaliações de performance a cada sete ou dez anos. Em 11 deles, exigem-se créditos de educação médica continuada, normalmente 50 horas por ano, nos três anos antes da recertificação. A performance é medida indiretamente por relatórios de *status*, cartas de recomendação dos chefes das organizações de saúde e dos hospitais, dos programas de atendimento de Saúde da Família e avaliações independentes dos pares e outros profissionais de saúde.

Alguns comitês contratam especialistas para selecionar sua própria forma de avaliar. Já existem empresas privadas de consultores tanto para oferta de programas de educação continuada, organizados por especialidades, quanto na preparação dos esquemas de avaliações a serem desenvolvidos pelos comitês ou realizados por eles próprios (CMEweb). A American Health Consultants (AHC) é acreditada pelo Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) para oferecer educação médica contínua (CME) e conceder créditos, na base de um crédito/hora de formação, para recertificação.

A recertificação não é barata. Os comitês membros da ABMS cobram entre US\$ 538 a \$1255 para aplicar uma prova e em torno de \$ 10.500 para dois dias de visita *in loco*. A revisão *in loco* da prática tem sido descontínua e é muito difícil e oneroso introduzir maior rigor na avaliação de habilidades clínicas. Visitas de avaliação *in loco*, usando pacientes standardizados e casos entrevistados têm sido consideradas muito caras ou impossíveis de implementar para um número grande de comitês.

Maiores evidências da validade e da viabilidade de cada um desses métodos exigem pesquisas mais extensas, inclusive sobre os exames escritos.

Em outros países, os programas avaliam a participação documentada em educação continuada como evidência da continuidade da competência como especialista.

São comuns propostas para a recertificação continuada mediante o uso de programa de computador de aprendizagem autodirigida, para monitorar a prática e a performance. Performances fracas podem ser reconhecidas precocemente, dando-se assistência focada e exames periódicos adicionais em centros de testes e, se necessário, os certificados respectivos podem ser rescindidos.

## CANADÁ, NOVA ZELÂNDIA E GRÃ-BRETANHA

A maioria dos cursos superiores fora dos USA não incorpora exames formais nos procedimentos de recertificação. Requerem preferencialmente avaliações de treinamentos, em grande parte baseados em número de horas dos cursos, geralmente 50 por ano.

No Canadá, a certificação dos especialistas pelo Royal College of Physicians and Surgeons (RCPS) vem de longa data. Mas não há planos para introduzir procedimentos de recertificação, centrando-se apenas em programas de aprendizagem autodiretivas. A recertificação é exigida para os membros do Colégio de Médicos de Família.

Recentemente, introduziu-se o sistema de créditos, acreditando que a educação continuada, incluindo *softwares* de treinamento, é mais efetiva que outras práticas. As sessões didáticas tradicionais recebem um crédito por hora, enquanto *workshops* interativos, baseados em auditores de prática com oportunidade de interagir com membros facultativos, recebem dois créditos por hora.

O RCPS assiste a 31.000 membros para manter sua competência por meio de educação continuada e em cooperação com as escolas médicas e as sociedades nacionais de especialistas, do Programa de Manutenção da Certificação (MOCOMP). Colabora ainda em assuntos ligados a políticas públicas de saúde e ética biomédica. Sua reunião anual é o maior e mais relevante evento educacional e científico das especialidades médicas do país. Publica os Anais RCPSC, principal veículo de comunicação com seus membros e instrumento fundamental da educação médica contínua.

Nos últimos dez anos, mais de 13.500 médicos solicitaram certificado de especialistas e os já certificados pelo RCPS representam quase a metade dos médicos em atividade no Canadá. De seus 31 mil membros, dos quais 19% são mulheres, 26.500 residem no Canadá, 4.000 nos Estados Unidos e 1.500 em outros países.

A estratégia, também usada no Canadá, do Peer assessment program consiste na visita de dois avaliadores, também médicos, ao consultório do profissional, durante meia jornada, revisando prontuários e preenchendo um questionário semidirigido. Durante 15 anos, 1.600 médicos dos 17.000 que trabalham em Ontário participaram desse programa e muitos deles foram motivados a seguir atividades de CME.

Mais recentemente, experimenta-se o Physician enhancement program, estabelecendo-se um diagnóstico de competências de cada médico, diversificando-se ao máximo as técnicas de avaliação. Depois desse processo, o médico posiciona-se em um dos seis níveis de competência – de *excelente a impossibilitado de desenvolver uma eventual melhoria*.

A certificação por tempo limitado é legalmente exigida para os especialistas da Austrália e da Nova Zelândia. A experiência de recertificação do Royal Australian College of Physicians é mais centrada na performance do médico que no cumprimento de cursos tradicionais de EC. É exigida a participação nas iniciativas de aumento de qualidade, como as práticas de auditoria. O próprio College tem um programa de avaliação médica no qual os pares, membros da equipe e pacientes classificam os

médicos tanto em seu desempenho clínico quanto em suas habilidades holísticas e pessoais na relação com os pacientes.

Na Inglaterra, as escolas reais e as associações de especialistas desenvolvem sistemas de créditos semelhantes ao modelo australiano, com a diferença de que a participação é voluntária. Desde novembro de 1998, o General Medical Council (GMC) determinou que os especialistas e GPs seriam obrigados a demonstrar regularmente que permanecem atualizados em termos teóricos e práticos. A ficha de avaliação incluiria resultados de auditoria, atividades educacionais e opinião de pacientes, havendo, contudo, a possibilidade de revisão periódica, identificando deficiências e sugerindo correções. Em fevereiro deste ano (2001), o GMC deve ter se reunido para discutir o modelo, que deveria ser implantado em maio de 2001. Existem, contudo, ressalvas de especialistas sobre a viabilidade de um sistema obrigatório de revalidação na Grã-Bretanha, neste momento. Furness<sup>11</sup>, afirmando que não questiona a necessidade do processo, condiciona sua implementação a novos recursos e mais *staff*; o que suporia um estudo da relação de custo/benefício dessa proposta. Já Manning<sup>14</sup>, partindo da relação do retreinamento dos pilotos de avião com a segurança dos vôos, enfatiza também a necessidade de revalidação. No entanto, ressalva que esse programa tem de ser suportado por novas relações de trabalho do médico e por valores culturais que o sustentem.

## FRANÇA E ALEMANHA

As longas conversações entre o Conseil National pour la Formation Médicale Continue e o governo francês, durante 1998 e 1999, concluíram que não seria conveniente institucionalizar uma complexa organização para verificar a assiduidade dos médicos a uma base correspondente a 50 horas de formação médica contínua (FMC) por ano. Consideraram que essa quota de horas não constitui garantia da qualidade da prática dos médicos. Mais importante seria garantir a qualidade da informação transmitida, levando-se em conta as necessidades dos profissionais.

Assim, com base na experiência norte-americana, destaca-se como primeira etapa do processo a acreditação dos agentes da FMC e, depois, dos médicos. Ressalta-se que o programa deve ter sempre finalidade educativa, e não punitiva, encorajando os médicos a seguir suas formações e, em vez de apenas reconhecer uma competência mínima, valorizar uma experiência superior.

Outra recomendação seria apoiar a recertificação em padrões de prática médica, estabelecidos por consenso e largamente difundidos. Os procedimentos de avaliação deverão ser conduzidos pelos pares, com ênfase prospectiva, e não retrospectiva, e serem ofertados vários métodos

de recertificação, previamente validados, para a escolha de cada médico.

No entanto, segundo Chabot<sup>7</sup>, mesmo com todas essas precauções, ainda persistem reservas da parte da maioria das organizações médicas em relação aos programas de recertificação.

Na Alemanha, desde 1985, a Câmara de Médicos de Thüringen introduziu o diploma de educação médica contínua (DCME), adquirível voluntariamente. A partir de 1998, começaram a ser emitidos os diplomas, mas, embora as solicitações sobre condições de acesso sejam expressivas, o número de diplomas requeridos ainda é muito baixo. Preconiza-se mais divulgação do programa, no sentido de aumentar sua cobertura.

Por outro lado, pesquisa realizada com amostra de quase 2.500 médicos de ambulatórios de dois estados alemães concluiu pela necessidade de utilizar *surveys* regionais sobre hábitos, desejos e necessidades dos profissionais para orientar os programas de educação continuada e garantir o envolvimento dos usuários. O estudo encontrou média de 4,6 horas por semana, destinadas pelos médicos à educação contínua. A participação em reuniões científicas foi, em média, de 14 eventos. Entre as experiências consideradas positivas, orientação prática e discussões em pequenos grupos foram as mais citadas. As críticas mais freqüentes referem-se à eficiência e à eficácia dos grandes eventos, como os congressos.

Para Loch & Rieck<sup>13</sup>, ainda existem dúvidas naquele país sobre a necessidade de prova para avaliação da manutenção da competência profissional médica. Segundo os autores, até agora, na Alemanha, os médicos tinham a chance de resolver seus problemas por eles mesmos e de participar voluntariamente da certificação, documentando seus esforços de educação continuada em benefício dos pacientes. A obrigatoriedade de passarem por um sistema comum de avaliação deve ser analisada cuidadosamente, inclusive como subsídio a um sistema compatível para toda a Europa.

A tendência européia parece interligar a recertificação à educação continuada. Permanecem como desafios os métodos mais eficazes nesse processo e os impactos de diferentes tipos de CME sobre diferentes tipos de profissionais.

## MODELOS DE RECERTIFICAÇÃO CONTÍNUA

Bashood & Parboosingh<sup>2</sup> propõem programa baseado numa combinação de auditoria de dados da prática e evidências documentadas de aprendizado contínuo na prática.

Os dados do prontuário dos pacientes, desde o primeiro atendimento, prescrições, outros tratamentos e visitas de acompanhamento do caso, cada vez mais, estão sendo usados como fonte preciosa para avaliação da performance do médico. Quatro comitês de especialistas americanos já usam esses dados, por meio de relatórios computadorizados,

preenchidos pelos médicos. São eles: Medicina de Família, Cirurgia Plástica, Obstetrícia e Ginecologia e Cirurgia Ortopédica. Também as corporações de *managed care* rotineiramente, usam tecnologia computadorizada para monitorar a performance dos médicos, as altas e as percepções dos pacientes sobre as atitudes dos médicos.

Preconizam o uso dos modernos sistemas de informações, via computador, para facilitar a educação continuada dos médicos e a avaliação contínua de seu desempenho como parte do ciclo de recertificação contínua.

É relatada a experiência do Royal Australian College of Pathologists e da Grã-Bretanha, que estão usando um programa de *software* para ajudar seus membros a usar portfólios de aprendizado como parte de sua manutenção de certificação. Ainda segundo os autores, existem programas semelhantes ao redor do mundo, tanto produzidos por companhias privadas quanto por organizações não-lucrativas. Por exemplo, os exames de recertificação da American Board of Pediatrics e do American Board of Pathology são distribuídos em disquetes para serem usados em casa. Em 1997, o American Board of Orthopedic Surgery e o AB of Anesthesiology desenvolveram seus programas de recertificação somente centrados em testes de computador. O AB of Pathology também partiu para isso. Já existem até mesmo simuladores médicos de vôo disponíveis comercialmente. Como maiores obstáculos à implementação desse tipo de programas, citam-se:

- conservadorismo profissional sobre métodos de aprendizagem e sobre as tecnologias computacionais;
- desconhecimento dos estudantes de medicina dos conceitos de aprendizagem de adulto, na medida em que, como médicos, se tornarão aprendizes por toda a vida.

O programa de certificação do American Board of Internal Medicine tem três etapas:

- verificação da competência clínica;
- processo de auto-avaliação (SEP);
- exame final.

A verificação da competência clínica inclui, entre outras exigências, a certificação em *basic life saving* (BLS) ou *advanced cardiac life support* (ACLS).

O processo de auto-avaliação é uma prova em módulos, feita em casa, sobre medicina interna, e visa a motivar e preparar o candidato para o exame final. Seu conteúdo é baseado em princípios bem-estabelecidos sobre cuidados com o paciente, referentes à última década. O candidato pode consultar diferentes fontes, o que lhe permite incorporar conhecimentos de que eventualmente não disponha até então. Para estarem aptos ao exame final, os profissionais devem ser aprovados em três módulos do SEP.

O exame final é um típico teste de conhecimentos clínicos, de 120 perguntas, referendadas por especialistas, com o objetivo de avaliar os aspectos essenciais dos cuidados com o paciente que o médico deve possuir. Para se recertificar, o profissional deve completar, com sucesso, as três etapas.

## AMÉRICA LATINA

O interesse pelos processos de certificação e recertificação na América Latina adquiriu crescente relevância nos últimos anos, principalmente para os países do Mercosul, que deverão regulamentar o trânsito de profissionais entre seus membros, envolvendo normas internacionais.

A certificação nos países latino-americanos é, de maneira geral, competência das próprias Universidades, ao concederem o diploma ou título de habilitação/graduação ao médico. Os passos complementares da certificação possuem algumas particularidades.

No Chile, na Colômbia e no México, o título é precedido da obrigatoriedade do internato rotatório na graduação, sendo que, no México e na Colômbia, há ainda a exigência do Serviço Social Obrigatório para o recebimento do título de médico e seu registro no Ministério da Saúde. No Panamá, o internato rotatório e o serviço rural ocorrem depois da graduação do aluno, mas precedem o certificado de livre exercício, dado pelo Conselho Técnico de Saúde. Na Argentina, uma proposta de reforma do setor saúde inclui o Programa Nacional de Garantia de Qualidade, o que levaria à certificação e à recertificação obrigatória, nacionalmente.

A certificação de especialistas é feita, na maioria dos países, pelas associações/conselhos das especialidades, depois de realizadas as residências médicas.

No Brasil, tanto o título de profissional quanto o de especialista devem ser registrados no Conselho de Medicina, órgão fiscalizador da prática profissional.

Apesar de o tema ser cada vez mais discutido e integrar a pauta de discussão de inúmeras reuniões nacionais e regionais nos últimos anos, a recertificação ainda não está implantada em nenhum dos países latino-americanos.

Todos concordam que o processo deva ser instituído brevemente, mas encontram ainda obstáculos a vencer. No México, a Academia Nacional de Medicina apóia a certificação e a recertificação, participando ativamente do Comitê Nacional dos Conselhos de Especialidades Médicas e do Comitê Normativo Nacional de Medicina Geral, que registra e certifica os médicos gerais.

As dificuldades que se delineiam para a prática da recertificação estão relacionadas às apontadas no item anterior, de modo especial às resistências culturais que se ligam ao paradigma da autonomia profissional.

## SUMMARY

A brief survey of the present picture of the certification and recertification in medicine in different countries is reported. The evaluation systems are compared and a discussion on medical education in Brazil is made.

**Keywords:** Medical, Education, Physicians

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- American Board of Medical Specialties. ABMS Directory of Board Certified Medical Specialists. <http://www.health.gov/abms.org>
- 2- Bashook PG, Parboosingh J. Continuing medical education. *Educator* 1999;545-8.
- 3- Beecham L. GMC to consult on next stage of revalidation. *BMJ* 2000 27; 320:1425.
- 4- Boulay C. Revalidation for doctors in the United Kingdom: the end or the Beginning? *BMJ* 2000; 320(3):1490-1.
- 5- Buckley G. Revalidation is the answer. *BMJ* 1999; 319(30):1145-6.
- 6- Cárdenas M. La Academia Nacional de Medicina, la educación médica continua y la certificación de los médicos. *Gac Méd Méx* 1999; 134(2):123-4.
- 7- Chabot J-M. Formation médicale continue (1990-2000): les étapes (II). *La Rev Prat* 1999; 49:2017-8.
- 8- CMEweb. [http://www.cmeweb.com/egi-bin/cme\\_head.pl](http://www.cmeweb.com/egi-bin/cme_head.pl)
- 9- Dauphinee W. Dale. Revalidation of doctors in Canada. *BMJ* 1999; 319(30):1188-9.
- 10- Ditttrich C, Kasper J-M. Erfahrungen mit dem Fortbildungsdiplom der Landesärztekammer Thüringen. *ZaeFQ* 1999; 93:555-8.
- 11- Furness P. Revalidation in the United Kingdom. *BMJ* 2000; (7235):650.
- 12- Gerlach FM, Beyer M. Ärztliche Fortbildung aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte- repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. *ZaeFQ* 1999; 93:581-9.
- 13- Loch E-G, Rieck G. Ärztliche Fortbildung – eine Notwendigkeit, mit oder ohne Nachweis? *ZaeFQ* 1999; 93:29-32.
- 14- Manning C. Supportive culture must accompany revalidation. *BMJ* 2000; (7235):650.
- 15- Newble D, Paget N, McLaren B. Revalidation in Australia and New Zealand: approach of Royal Australasian College of Physicians. *BMJ* 1999; 319(30):1185-6.
- 16- Orcini JJ, Lipner RS. Learning, change, and practicing physicians. *Acad Med* 1999; 74(10 suppl.): S28-S30.
- 17- Olesen F, Per H. CME in primary care: the way forward. *Scand J Prim Health Care* 1999; (17).
- 18- Parboosingh J. Revalidation for doctors. *BMJ* 1998; 317(24): 1094-5.
- 19- Royal College Of Physicians And Surgeons Of Canada. RCPSC. [http://rcpsc.medical.org/english/public/common/whatitis\\_c.html](http://rcpsc.medical.org/english/public/common/whatitis_c.html)
- 20- THE NATIONAL BOARD OF MEDICAL EXAMINERS. <http://www.nbme.org/nbme/>
- 21- Tracey JM, Arroll B, Richmond DE. Attitudes for recertification measured over time using a validated semantic differential scale. *Med Educ* 1999; 33: 327-33.
- 22- Waxman HS, Kimball HR. Assessing continuing medical Education. *Am J Med* 1999; 107:1-4.