

ISSN:0872-4644

# BOLETIM

Setembro • Outubro • Novembro • Dezembro

Vol. 15 • Nº 3 • 2005 • Publicação Quadrimestral



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE EDUCAÇÃO MÉDICA

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION



WORLD FEDERATION FOR  
MEDICAL EDUCATION

Desenvolvimento Profissional  
Contínuo (DPC) dos Médicos

Standards Globais da WFME

para o

Desenvolvimento da Qualidade

WFME Office: University of Copenhagen · Denmark · 2003

## **WFME Executive Council**

*Chairman:*

**Dr. Hans Katie**, President, WFME, Denmark

*Members:*

**Mr. Orvill Adams**, Director, WHO, Geneva, Switzerland

**Professor Jasbir Bajaj**, President, South East Asia Regional Association for Medical Education (SEARAME), India

**Professor Margarita Baron-Maldonado**, President, Association for Medical Education in Europe (AMEE), Spain

**Professor Alejandro Cravioto**, President, Panamerican Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS), Mexico

**Dr. Mario Dal Poz**, Coordinator, Human Resources for Health, WHO, Geneva, Switzerland  
**Professor Laurie Geffen**, President, Association for Medical Education in the Western Pacific Region (AMEWPR), Australia

**Professor Laurie Geffen**, President, Association for Medical Education in the Western Pacific Region (AMEWPR), Australia

**Professor Sa'ad Hijazi**, President, Association for Medical Education in the Eastern Mediterranean Region (AMEEMR), Jordan

**Dr. Delon Human**, Secretary General, World Medical Association (WMA), France

**Özgür Onur**, International Federation of Medical Students' Association (IFMSA), Germany

**Dr. Pablo A. Pulido**, Executive Director, Panamerican Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS), Venezuela

**Professor J.P. de V. van Niekerk**, President, Association of Medical Schools in Africa (AMSA), South Africa

**Professor Henry Walton**, Past President, WFME, United Kingdom

---

## SUMÁRIO

### EDITORIAL

#### MENSAGEM DO PRESIDENTE DA WFME

Impacto of the WFME Global Standards Programme .....	3
---------------------------------------------------------	---

<b>PREFÁCIO</b> .....	5
-----------------------	---

#### INTRODUÇÃO

História .....	7
O Projecto dos Standards WFME no DPC .....	7
Fundamentos do Desenvolvimento Profissional Contínuo .....	8
Conceito, Finalidade e Quadro de Referência dos Standards Globais .....	11
A Utilização dos Standards .....	12

#### OS STANDARDS GLOBAIS DA WFME

Definições .....	14
1. Missão e Resultados .....	15
2. Métodos de Aprendizagem .....	17
3. Planeamento e Documentação .....	19
4. O Médico Individual .....	19
5. Prestadores de DPC .....	21
6. Recursos e Contextos Educacionais .....	22
7. Avaliação de Métodos e Competências .....	23
8. Organização .....	24
9. Renovação Contínua .....	25

<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	26
---------------------------	----

#### ANEXO

Membros das Comissões do Projecto Standards Globais da WFME .....	27
Nota do Tradutor .....	31

## EDITORIAL

Uma das características mais marcantes da educação médica dos nossos dias é a uniformização dos seus *curricula*, quer ao nível do docente individual, quer ao nível das escolas de Medicina quer ainda ao nível de países ou de regiões geograficamente próximas.

De facto, esta tendência parece inteiramente justificada por estudos demonstrando que quer o processo de ensino-aprendizagem quer as metodologias de avaliação (por ex.) são passíveis de serem realizadas em ambientes culturais e sociais diversos, com resultados semelhantes. Por exemplo, a tendência para uma cada vez maior importância do lado prático do ensino – consubstanciada na adopção generalizada da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (PBL) – confirma a ideia de que as transformações pedagógicas são universalmente adoptáveis, ainda que com variações locais.

A *World Federation of Medical Education* publicou recentemente um conjunto de documentos a que chamou “standards”, nos quais procura descrever um conjunto de dados que poderão servir de padrões para os diversos estádios da educação médica. Pela sua importância, achou a Sociedade Portuguesa de Educação Médica que os devia divulgar, traduzindo-os e – através deste boletim – disseminando-os entre a comunidade médica docente e discente portuguesas.

Queremos que estes documentos constituam um contributo fundamental para a melhoria da educação médica no nosso país através da sua divulgação o mais alargada possível.

Para a Dr.<sup>a</sup> Madalena Patrício, que foi a autora das traduções integrais dos “standards”, vão os agradecimentos especiais da SPEM.

*António Vaz Carneiro*  
Presidente da SPEM

---

## IMPACT OF THE WFME GLOBAL STANDARDS PROGRAMME

*Hans Karle, President*

The World Federation for Medical Education

The increasing globalisation of the medical profession raises the question of safeguarding the practice of medicine and the use of the medical workforce.

Indication of the globalisation process in medicine and medical education can be found in the migration traffic of medical doctors, in the common trends in curricula and management of medical education, and in the increasing cross-border education.

The need for definition of global standards in medical education arises from the implications of this globalisation process, but also as an attempt to meet national problems and challenges due to changes in the health care delivery service, institutional conservatism and insufficient management and leadership.

New medical schools have mushroomed at a rate of about 100 per year over the last 10 years. This development has serious consequences due to lack of clear missions, insufficient resources, lack of clinical settings, lack of research attainment, “for-profit”-purposes and lack of accreditation procedures in many cases.

The World Federation for Medical Education (WFME) launched its ambitious programme on Global Standards in Medical Education in 1997. The programme was presented in a WFME Executive Council position paper published in *Medical Education* in 1998<sup>1</sup>.

The Trilogy of Global Standards for Quality Improvement of Medical Education throughout its continuum was published in 2003<sup>2-4</sup> and was the essential background material for the 2003 WFME World Conference in Medical Education entitled: *Global Standards in Medical Education for Better*

*Health Care*. The conference resulted in worldwide adoption of the standards programme<sup>5-6</sup> and gave WFME a renewed mandate. The implementation of the WFME global standards programme has been ongoing since 2001, and has now resulted in a large number of publications and presentations at international meetings and conferences, translations, impact on reform programmes in more than 200 medical schools and impact on national standard setting and accreditation systems in more than 45 countries.

The interface between medical education and health care delivery systems is again experiencing a great interest shown by growing awareness of social accountability of medical schools and an increasing understanding by many stakeholders of the importance of medical education. This is illustrated by recent co-ordination of the activities of the World Health Organization (WHO) and WFME. As a result, a new WHO/WFME strategic partnership<sup>7</sup> was established to pursue a long-term work plan designed to have decisive impact on medical education in particular and ultimately on health professions education in general.

In 2004, the WHO/WFME partnership decided to set up principles to be used in accreditation of medical schools and their programmes. An International Task Force of experts reached consensus about the role of WHO and WFME. The two organisations will generally not be accrediting bodies themselves, but should promote formulation of and review regional and national standards, promote institutional self-evaluation and external reviews, define guidelines for and promote and support accreditation systems, and work for a worldwide register of accredited medical schools.

---

A practical result was the definition of WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education<sup>8</sup>, and within the framework of the WHO/WFME strategic partnership, WFME recently formulated a programme for promotion of accreditation based on a package for assistance<sup>9</sup>. Essential in this development was the definition by another international task force of a WFME advisor function<sup>10</sup>.

WHO has now decided to replace the WHO *World Directory of Medical Schools*<sup>11</sup> with a new *Database for Health Professions Education Institutions* (HPEI) with the objective to establish and strengthen national accreditation. It is the intention to add quality related information, e.g. about ac-

creditation status, such as the operating agency, the criteria used, type of procedure, etc.

In this connection, it is of great interest that the WHO/WFME Guidelines for Accreditation recommend the use of either the WFME Global Standards or standards consistent with the WFME Standards as criteria for accreditation.

Translation of the Trilogy Global Standards to other languages is of course of paramount significance for the implementation process. WFME would like to take this opportunity to thank the Boletim of Sociedade Portuguesa de Educação Médica for publishing the Portuguese translation of the Trilogy.

March 2006

## REFERENCES

1. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper, *Medical Education*, 1998, 32, 549-558.
2. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
3. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
4. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, March 2003. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
5. J.P. de V. van Niekerk. Commentary "WFME Global Standards Receive Ringing Endorsement". *Medical Education*, 2003, 37, 585-586.
6. J.P. de V. van Niekerk, Leif Christensen, Hans Karle, Stefan Lindgren and Jørgen Nystrup. Report: WFME Global Standards in Medical Education: Status and Perspectives following the 2003 WFME World Conference. *Medical Education*, 2003;37:1050-1054.
7. WHO/WFME strategic partnership to improve medical education, [www.who.int/hrh/links/partnerships/en/print.html](http://www.who.int/hrh/links/partnerships/en/print.html) and [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
8. WHO/WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education. WFME Website [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
9. Promotion of Accreditation of Basic Medical Education - A Programme within the Framework of the WHO/WFME Strategic Partnership to Improve Medical Education. WFME Website: [www.wfme.org](http://www.wfme.org).
10. Manual for WFME Advisors. WFME Office, University of Copenhagen, 2005.
11. WHO World Directory of Medical Schools. WHO Website: [www.who.int](http://www.who.int).

---

## PREFÁCIO

*Conselho Executivo*

*Federação Mundial para a Educação Médica (WFME<sup>a</sup>)*

**Prefácio à trilogia dos documentos da WFME**

**Standards Globais em Educação Médica**

A principal finalidade da educação médica é a melhoria da saúde de todas as populações. É também a missão genérica da Federação Mundial para a Educação Médica (WFME). De acordo com a sua constituição, na qualidade de órgão internacional representativo de todos os docentes e instituições de ensino médico, a WFME esforça-se por promover em educação médica os mais altos standards científicos e éticos, iniciando novos métodos de aprendizagem, novas ferramentas de instrução e uma gestão inovadora da educação médica.

Conforme o seu mandato, a WFME lançou, em 1998, na sua declaração de princípios, o programa ***Standards Internacionais em Educação Médica***. O objectivo era fornecer um mecanismo para a melhoria da qualidade em educação médica, num contexto global, para ser aplicado pelas instituições por ela responsáveis e nos programas de desenvolvimento contínuo nesta área.

Tornou-se claro, desde a primeira fase do desenvolvimento dos ***Standards em Educação Médica Pré-graduada***, que especificar standards globais num sentido restrito teria sempre um impacto insuficiente nas escolas médicas e seus currículos, podendo mesmo levar a um decréscimo da qualidade da educação médica. Tornou-se lugar-comum criticar a educação médica por não ter conseguido ajustar-se adequadamente não só à mudança das condições no sistema de prestação de cuidados mas também às necessidades e expectativas das sociedades. Tornava-se, portanto, essencial incorporar nos standards um motor de mudança e uma alavanca de reforma. Isto levou a que o conceito dos standards da WFME fosse planeado para especificar a realização a dois níveis diferentes: a) standards

básicos ou requisitos mínimos e b) standards para o desenvolvimento da qualidade.

Considerou-se desde o início que os ***Standards*** da WFME teriam o estatuto de um instrumento de acreditação. Depois de deliberar, a WFME decidiu que apenas as agências nomeadas a nível nacional podiam ser directamente responsáveis pelos processos de acreditação. No entanto, a WFME poderia ter um papel apoiando o processo de acreditação quando da sua introdução. Quando adoptados, os Standards Globais podem funcionar como matriz de referência para as agências designadas para implementar o reconhecimento / acreditação. Seria também apropriado que a WFME desenvolvesse directrizes e procedimentos para a utilização dos seus standards com fins de acreditação.

São componentes indispensáveis na melhoria da educação médica a auto-avaliação institucional, a avaliação externa e a consulta / aconselhamento. Tanto a estrutura como a função da WFME levam a Federação a participar na constituição de equipas de consulta em todas as Regiões do mundo.

Em princípio, os médicos são globalmente móveis e os ***Standards*** da WFME desempenham um papel na salvaguarda de uma formação de base adequada dos médicos que migram. Contudo, são igualmente essenciais os incentivos para reter os médicos localmente formados para que exerçam funções nas suas próprias regiões. Os ***Standards*** da WFME não devem ser vistos como encorajando a mobilidade médica ou como incentivo à fuga dos quadros médicos dos países em desenvolvimento. O mundo caracteriza-se por uma internacionalização cada vez maior, à qual os que trabalham em Medicina não estão imunes. Os ***Standards*** devem servir como credenciais necessárias à garantia de qualidade dos médicos, qualquer que seja o local onde estejam baseados.

---

<sup>a</sup> World Federation for Medical Education (WFME)

---

Para assegurar que as competências dos médicos sejam globalmente aplicáveis, transferíveis, prontamente acessíveis e transparentes é essencial que os níveis de qualidade das instituições responsáveis pela educação e pelos seus programas estejam devidamente documentados. O *Directório Mundial das Escolas Médicas*<sup>a</sup>, publicado pela Organização Mundial de Saúde<sup>b</sup>, nunca teve outra finalidade senão a de constituir uma listagem na qual as considerações qualitativas fossem explicitamente excluídas. Já em 1998 a WFME sugeriu na sua declaração de princípios que se organizasse um *Registo Mundial das Escolas Médicas*<sup>c</sup>, com a finalidade de constituir uma grelha de garantia da qualidade nas instituições de educação médica, indicando especificamente se as instituições incluídas tinham atingido os standards globalmente aceites e aprovados relativamente aos seus programas de educação médica.

Os *Standards Globais* da WFME presentes na sua trilogia cobrem as três fases da educação médica: **Educação Médica Pré-graduada; Educação Médica Pós-graduada e Desenvolvimento Profissional Contínuo**. Os três documentos fornecem o material de base essencial para a Conferência Mundial em Educação Médica: *Standards Globais em Educação Médica para Melhores Cuidados de Saúde*<sup>d</sup>, Copenhaga, 15-19 de Março de 2003.

Durante a elaboração dos *Standards* a WFME designou três Comissões, cada uma constituída por um Grupo de Trabalho, que reuniram em local isolado, e por um Painel de Peritos com quem a comunicação era feita sobretudo electronicamente. Os membros das Comissões foram seleccionados de acordo com critérios de competência e cobertura geográfica, sendo este um importante factor levado em consideração. Em todo o mundo as versões preliminares dos *Standards* foram discutidas em múltiplas ocasiões e diversos locais, sendo acrescentados e incorporados os inúmeros comentários recebidos.

Os três conjuntos dos *Global Standards* estão em diferentes fases de implementação, mas o Conselho Executivo da WFME adoptou-os formalmente a todos. O documento relativo aos *Stan-*

*dards na Educação Médica Pré-graduada* foi traduzido em mais de dez línguas, validado por estudos-piloto em algumas escolas médicas e exerce, desde já, a sua influência nos sistemas de equivalência e acreditação das escolas médicas tanto a nível nacional como regional.

A WFME está profundamente grata a todos os que contribuíram para este complexo processo de formulação dos standards globais. O entusiasmo e prontidão para reunir em todas as regiões ultrapassou as expectativas, provando assim que os *Standards* são simultaneamente desejados e implementáveis.

No limiar da Conferência Mundial de 2003, a Federação recomenda à comunidade da educação médica, em conjunto com os responsáveis por assegurar médicos e serviços de saúde nos diferentes países do mundo, que contribuam para o trabalho em progresso e para a definição e utilização dos conteúdos desta trilogia. Deste modo validam e suportam desde já os *Standards Globais em Educação Médica* da WFME.

---

<sup>a</sup> World Directory of Medical Schools

<sup>b</sup> World Health Organization

<sup>c</sup> World Register of Medical Schools

<sup>d</sup> World Conference in Medical Education: *Global Standards in Medical Education for Better Health Care*

## INTRODUÇÃO

### HISTÓRIA

A Federação Mundial de Educação Médica (WFME<sup>a</sup>) foi, desde 1984, responsável pelo Programa de Colaboração Internacional para a Reorientação da Educação Médica<sup>b</sup>. Pilares fundamentais deste processo foram a *Declaração de Edimburgo*<sup>c</sup>, 1988 (1), que foi adoptada pela Assembleia Mundial de Saúde (WHA<sup>d</sup>), Resolução da WHA<sup>e</sup> 42.38, 1989 (2) e as *Recomendações da Cimeira Mundial em Educação Médica*<sup>f</sup>, 1993 (3), que se reflectem na Resolução da WHA 48.8, *Reorientação da Educação e Prática Médicas para a Saúde para Todos*<sup>g</sup>, 1995 (4).

Para continuar a promover a mudança e a inovação em Educação Médica a WFME decidiu alargar a implementação da sua política educacional ao nível institucional tal como está descrito na Declaração de Princípios da WFME<sup>h</sup> (1998) (5). O primeiro objectivo foi a Educação Médica Pré-graduada nas escolas médicas (6,7), a que se seguiu a Educação Médica Pós-graduada (8).

O projecto da WFME “Standards Internacionais em Educação Médica” (5), aprovado pela Organização Mundial de Saúde (WHO<sup>i</sup>) e pela Associação Médica Mundial (WMA<sup>j</sup>), tem três finalidades principais:

- estimular as autoridades, organizações e instituições com responsabilidade na formação médica a formularem os seus próprios planos para a mudança e melhoria da qualidade de acordo com as recomendações internacionais;

- estabelecer um sistema nacional e/ou internacional de avaliação e reconhecimento das escolas médicas para garantir standards mínimos de qualidade nos seus programas;
- salvaguardar a prática em Medicina bem como a utilização de recursos humanos, em condições de crescente internacionalização, a partir de standards internacionais bem definidos em educação médica.

Na declaração de princípios a WFME indicou desde logo que semelhantes disposições podiam ser feitas a propósito da Educação Médica Contínua.

### O PROJECTO DOS STANDARDS DA WFME NO DPC

Para desenvolver o projecto *Standards Internacionais em Educação Médica* de modo a abranger também a área da Educação Médica Contínua (EMC) e do Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC), a WFME decidiu, em Dezembro de 2001, criar um Grupo de Trabalho Internacional, constituído por um pequeno Grupo de Trabalho e um Painel Internacional de Conselheiros encarregues da definição dos standards globais para esta fase da educação médica. O termo DPC foi posteriormente escolhido pelo Grupo de Trabalho para ser utilizado neste documento (ver Página 14: Definições).

O Grupo de Trabalho reuniu em Oslo em Janeiro de 2002. As deliberações do Grupo de Trabalho basearam-se em material proveniente de diversas fontes (9-14). No Relatório do Grupo de Trabalho foi definido um conjunto de standards globais a nível do DPC, de modo a permitir aos médicos, à profissão médica e às instituições de formação relevantes com diferentes condições educacionais, socioeconómicas e tradições culturais a utilização do sistema de standards a um nível apropriado. Foi dada ênfase ao facto de os standards deverem funcionar como instrumento de mudança e de reforma.

O Relatório do Grupo de Trabalho foi revisto pelo Painel Internacional de Conselheiros que reuniu

<sup>a</sup> WFME - World Federation for Medical Education

<sup>b</sup> International Collaborative Programme for the Reorientation of Medical Education

<sup>c</sup> Edinburgh Declaration

<sup>d</sup> WHA - World Health Assembly

<sup>e</sup> WHA Resolution

<sup>f</sup> Recommendations of the World Summit on Medical Education

<sup>g</sup> Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All

<sup>h</sup> WFME Position Paper

<sup>i</sup> World Health Organisation

<sup>j</sup> World Medical Association

---

em Copenhaga em Outubro de 2002. Os vários princípios e definições de DPC foram debatidos e da revisão exaustiva resultou o presente documento.

O Relatório do Grupo de Trabalho (versão inicial) foi adoptado pelo Conselho Executivo da WFME em Setembro de 2002, tendo a versão final sido adoptada em Dezembro de 2002.

Comparativamente aos dois documentos da WFME relativos às fases anteriores da Educação Médica – standards globais na Educação Médica Pré- e Pós-graduada –, a formulação do documento relativo aos standards em DPC foi fortemente influenciada por duas características da educação médica: (a) Quando se definem standards globais em DPC, habitualmente não se pode fazer uma referência clara a instituições específicas, tais como as escolas médicas no caso da formação pré-graduada e institutos de pós-graduação ou outros órgãos responsáveis pela formação pós-graduada; (b) A prestação e utilização de DPC envolve um número de agentes, que vão desde o médico individual aos prestadores multinacionais de DPC. As suas responsabilidades e interacções estão sujeitas a grandes variações em todo o mundo e, normalmente, os seus papéis e competências não estão bem definidos.

É por essa razão que a WFME atribui às organizações profissionais médicas o estatuto de órgãos detentores da principal responsabilidade pelo planeamento e coordenação geral do DPC, incluindo o registo (registration) e documentação das actividades do DPC. A profissão médica tem de exercer uma forte influência na organização e implementação do DPC, o que de forma alguma pode negar os claros interesses e papéis para garantir a qualidade do DPC por parte de outras organizações, instituições, agências e autoridades da saúde e sociedade.

## FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTÍNUO

### *Definição*

O Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) designa o período relativo à educação e formação dos médicos que se inicia após o fim da Educação Médica Pré- e Pós-graduada, ou seja, a que se prolonga ao longo da vida de trabalho profissional de cada médico. No entanto, o DPC é de longe uma actividade de grande alcance ao longo do *continuum* da educação médica.

É, pois, por essa razão que o DPC surge para cada médico como um imperativo profissional e, simultaneamente, como um pré-requisito para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. Em princípio, o DPC distingue-se das duas fases de educação médica precedentes: Educação Médica Pré-graduada e Formação Médica Pós-graduada sistemática. Enquanto as duas últimas são orientadas de acordo com regras e regulamentos específicos, o DPC implica sobretudo actividades de aprendizagem autodirigidas e baseadas na prática mais do que uma formação sob supervisão. Para além de promover o desenvolvimento profissional pessoal, o DPC tem como finalidade desenvolver e manter competências (conhecimentos, aptidões e atitudes) do médico individual, essenciais para dar resposta às necessidades sempre em mutação dos doentes e do sistema de prestação de cuidados de saúde, bem como dar resposta aos novos desafios do desenvolvimento científico em Medicina e ir ao encontro dos requisitos em evolução por parte dos órgãos de certificação e da sociedade.

A primeira designação de Educação Médica Contínua (EMC) foi substituída por Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC). A nova designação reflecte simultaneamente o contexto alargado em que esta fase da educação médica ocorre e significa que a responsabilidade para conduzir o DPC assenta na profissão e no médico individual. A lei e o poder jurídico raramente regulamentam o DPC. Quando existem regulamentos, estes são flexíveis mesmo nos países que exigem recertificação (*re-licensure* or *re-regulation*) dos médicos na prática.

---

### ***Quadro de Referência Educacional***

Os médicos têm de se actualizar para poderem exercer uma prática apropriada ao longo da vida profissional, o que implica aderirem a alguma forma de educação contínua. Para conseguir prestar cuidados de saúde da mais alta qualidade, o conteúdo do DPC tem de estar dirigido para a melhoria dos papéis e das competências (tanto das aptidões clínicas como dos conhecimentos teóricos), para a organização do trabalho (construção da equipa e liderança), para a comunicação, para a ética médica, para o ensino, investigação e administração.

O novo conhecimento fundamental em Medicina transforma conceitos e métodos. A profissão médica tem de incorporar esses novos conhecimentos mediante um DPC adequado. Do mesmo modo, as novas exigências éticas e os desenvolvimentos socioeconómicos confrontam continuamente a profissão médica e desafiam o médico individual a assumir novos papéis. O papel do DPC em garantir e desenvolver a qualidade dos sistemas de prestação de cuidados de saúde tem aumentado significativamente.

Na perspectiva do médico individual, a motivação para o DPC resulta de três fontes principais:

- O impulso profissional para prestar cuidados da mais alta qualidade ao doente individual;
- A obrigação de honrar os pedidos dos empregadores e da sociedade;
- A necessidade de preservar a satisfação no trabalho e prevenir a exaustão.

A motivação para a aprendizagem ao longo da vida deveria ser critério de selecção de estudantes quando da admissão às escolas médicas e deveria ser cultivada ao longo de todas as fases da educação médica.

A melhor evidência disponível (15) sugere que o DPC efectivo se caracteriza pela presença de três factores: o aparecimento de uma clara necessidade ou motivo para levar a cabo um DPC específico; a aprendizagem ser baseada no referido motivo ou necessidade; e a prestação de um seguimento ter por objectivo reforçar a aprendizagem realizada.

A avaliação das necessidades, na maioria dos casos, é uma componente essencial do DPC de sucesso. Os métodos para identificar as dificuldades de aprendizagem vão desde as avaliações da aprendi-

zagem formais (usando testes de conhecimento, aptidões ou atitudes, avaliação por pares, avaliação sistemática da prática, por exemplo uma auditoria ou outra análise significativa) até aos processos mais comuns e igualmente efectivos que fazem parte da prática clínica diária: pensar sobre os erros, reflectir sobre a prática, receber críticas e *feedback*, interagir com a equipa, etc.

As necessidades específicas identificadas devem, sempre que possível, ser o objectivo primeiro do DPC; no entanto, a aprendizagem profissional deve também preparar os médicos para lidarem no futuro com necessidades clínicas imprevisíveis e assim abranger uma base mais alargada de conhecimentos e experiência, compensando as deficiências da prática clínica. Parte do DPC deve basear-se na necessidade geral da profissão de explorar, desenvolver e considerar novas áreas de competência.

Dependendo de a necessidade identificada ser específica ou geral, assim as actividades de aprendizagem devem ser planeadas de modo adequado, devendo existir equilíbrio entre DPC geral e específico. O método de aprendizagem é menos importante do que a sua relevância em relação à necessidade, e pode variar, em diferentes circunstâncias, desde a leitura, assistir a uma aula ou um curso, ter um encontro com um grupo de pares ou participar numa visita a uma instituição.

O seguimento de qualquer aprendizagem realizada reforça essa mesma aprendizagem e oferece oportunidades de disseminação e partilha dessa aprendizagem com outros; seguem-se alterações benéficas nos métodos da prática e pode avaliar-se a extensão da eficácia do DPC realizado, tendo por referência a necessidade ou motivo originais.

Embora a prática médica seja por vezes descrita como previsível e rotineira, de facto, actualmente, os médicos são permanentemente chamados a emitir juízos em situações complexas e imprevisíveis, onde são habituais altos níveis de incerteza e situações paradoxais. O contrato implícito entre os médicos e a população que servem exige a capacidade para saber o que é “melhor”, em cada circunstância particular, em vez de saber o que está “certo” em sentido absoluto. Perspectivas generalistas,

---

improvisos, juízos profissionais são essenciais à prática médica.

As várias formas de conhecimento que permitem aos médicos o exercício do seu juízo profissional incluem: conhecimento formal ou factual; conhecimento técnico dos procedimentos; e conhecimento intuitivo. A sabedoria prática deriva de uma complicada amálgama destas várias formas de conhecimento. A articulação entre o conhecimento dos médicos e a sua prática está longe de ser linear. O novo conhecimento nem sempre é directamente aplicável na prática.

Habitualmente os médicos desenvolvem e mudam a sua prática com base em conversas profissionais e diálogos com os colegas mais do que como resultado de processos educativos formais. Assim, o processo educacional necessário a uma prática clínica eficaz passa muito mais pelo desenvolvimento contínuo do que por acções dirigidas e intermitentes. Os médicos têm de aprender sobre e a partir da sua prática, mediante a reflexão e decisão sobre a própria prática e a dos outros. É através deste tipo de processo dialéctico de “ida e volta” que identificam e clarificam as suas necessidades educacionais.

Muito deste desenvolvimento contínuo é informal e muitas vezes inconsciente. O DPC é assim, até certo ponto, parte integrante da prática dos médicos em todo o mundo, mesmo nos locais mais remotos sem acesso à tecnologia de informação ou a actividades planeadas de DPC.

A importância das conversas, tanto informais como em contexto mais formal (avaliação por pares, apresentação de casos, reuniões de auditoria), deve reflectir-se nas condições de trabalho disponibilizadas aos médicos, para além da sua acessibilidade a actividades formais de DPC, tais como cursos.

Salientar a importância do DPC informal não minimiza, de modo algum, a essência de elementos sistematicamente formalizados, tais como cursos, conferências, etc. Um sistema multifacetado de DPC é o que melhor responde a todas as necessidades dos médicos, respeitando as diferenças dos papéis profissionais, necessidades e prioridades de aprendizagem.

### **Organização e Métodos**

A organização do DPC varia grandemente de país para país. Uma premissa básica é a de que a maior responsabilidade pelo DPC pertence à própria profissão, cabendo às associações médicas e outras organizações profissionais o papel de grandes impulsionadores, prestadores e promotores de DPC em muitos países.

Existem também muitos prestadores de DPC não directamente imputáveis à profissão médica, incluindo as companhias de prestação de cuidados com fins lucrativos, a indústria tecnológica farmacêutica/médica, organizações de consumidores e prestadores de DPC com fins lucrativos.

As actividades formais de DPC, que tradicionalmente eram dirigidas pelo docente, são geralmente prestadas e suportadas por instituições tais como escolas médicas/universidades ou institutos de pós-graduação, organizações profissionais, organizações científicas nacionais ou internacionais, autoridades de saúde locais ou nacionais ou a indústria farmacêutica/tecnologia médica.

Em alguns países existem grandes institutos de DPC; alguns são geridos de modo privado assente numa base comercial, mostrando que o mercado da educação, tal como qualquer outro produto que se compra, está a crescer. Outros institutos são geridos pelo governo e oferecem frequentemente, para além dos cursos de DPC, treino especialista sistemático (pós-graduado). Os conselhos médicos nacionais ou academias são ainda um outro modelo de fornecer e desenvolver o DPC. Em alguns países, por exemplo em França, os elementos da legislação do mercado de trabalho são usados para garantir o acesso de um grande número de médicos ao DPC.

As oportunidades para beneficiar diariamente de DPC dependem em grande parte do ambiente de trabalho. Contrastes extremos estão presentes.

Trabalhar num ambiente de investigação clínica de sucesso, possibilitando contactos estimulantes com os colegas, com recursos alargados para participar em *workshops* internacionais, conferências, etc. é muito diferente de trabalhar numa área rural, isolado ou com uma prática reduzida na comunidade. Enquanto a tecnologia da informação pode colmatar

---

algun inconveniente do isolamento, o estímulo das relações pessoais e a comunicação com os colegas aumenta a participação no DPC.

Os conceitos de tecnologia da informação e de aprendizagem à distância estão a influenciar enormemente o mercado do DPC.

A variação organizacional na prestação de DPC em todo o mundo reflecte-se também em enormes diferenças de métodos de financiamento do DPC; os recursos financeiros necessários ao DPC têm de ser sempre entendidos como parte dos custos operacionais do sector de cuidados de saúde.

### ***Avaliação e Reconhecimento***

Os resultados educacionais do DPC são raramente palpáveis e mensuráveis em si mesmo. O DPC nem sempre se relaciona directamente com a prática corrente, mas irá aumentar a capacidade de os médicos estabelecerem avaliações mais ajuizadas em situações de incerteza que certamente vão encontrar no seu futuro profissional.

Têm sido desenvolvidos sistemas diferenciados que especificam o nível de comprometimento aceitável no que se refere ao DPC. As organizações profissionais médicas ou órgãos de licenciamento desenvolveram mecanismos de controlo, muitas vezes legalmente aplicados, especificando os números de cursos de DPC acreditados ou actividades nas quais é requerida a participação dos médicos, obtendo o médico individual pontos de DPC.

A crescente preocupação de que o DPC dos médicos devia ser apropriado levou a pedidos de *recertificação* sistemática em alguns países, levando ao desenvolvimento de sistemas de avaliação ou outros tipos de reavaliação.

Um novo desenvolvimento em DPC centra a atenção na monitorização das actividades de aprendizagem diárias individuais. Pelo uso de *portfolio* pessoal ou *log-book* (caderneta/diário) para registo das actividades de DPC, e pela comparação com resultados semelhantes de colegas, é fornecido um instrumento para o planeamento de aprendizagem individual autodirigida para a gestão do desenvolvimento individual. Os médicos responsáveis perante a sociedade têm assim de encontrar os meios – tais como a monitorização e documentação de

actividades de DPC – para provar de que são capazes de uma prática eficaz.

### **CONCEITO, FINALIDADE E QUADRO DE REFERÊNCIA DOS STANDARDS GLOBAIS**

Na Educação Médica Pré-graduada podem definir-se standards internacionais de grande aplicabilidade (5). Estes contemplam a variabilidade de conteúdo e processo da educação médica nos diferentes países devida às diferenças na tradição docente, à cultura, condições socioeconómicas, ao espectro da saúde e da doença e aos diferentes formatos dos sistemas de prestação de cuidados. Diferenças semelhantes podem também ocorrer dentro do mesmo país. Contudo, a base científica da Medicina e a necessidade de basear a prática clínica na evidência é universal; o objectivo da educação médica, ao longo do seu *continuum*, seja onde for, é a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Não obstante as diferenças, verifica-se, em todo o mundo, uma equivalência acrescida no que respeita à estrutura, processo e produto da educação médica.

Os standards globais em DPC, tal como em outras fases da educação médica, têm de ser modificados ou complementados de acordo com as necessidades e prioridades a nível regional, nacional e institucional. A WFME tem deixado bem claro que a uniformização dos programas educacionais e das actividades de aprendizagem não traria quaisquer benefícios (5). Para além disto, a garantia de qualidade dos programas das escolas médicas tem de dar ênfase ao *aperfeiçoamento* e promover a orientação para a melhoria em vez de advogar, como objectivo último, o ‘cumprimento dos standards’.

Um aspecto central da estratégia da WFME é dar prioridade ao desenvolvimento de standards internacionais e de directrizes para a educação médica, que apoiem as instituições envolvidas, os seus programas educacionais, a profissão médica, o estudante individual e o médico. Estes standards internacionais constituirão um *quadro de referência novo*, servindo como padrão para que os responsáveis pelo DPC possam avaliar as suas acti-

---

vidades e organizações. Além disto, os standards internacionalmente aceites podem ser usados como base para o processo de reconhecimento e acreditação nacional e regional dos programas educacionais. A um nível individual, os standards globais reconhecidos poderiam guiar e ajudar os médicos a planearem os seus próprios programas de DPC.

Ao estabelecer o documento de trabalho para o DPC, o Grupo de Trabalho da WFME aplicou os princípios usados no desenvolvimento dos standards para a Educação Médica Pré- e Pós-graduada. Foi dada atenção à aplicação geral das directrizes sobre o desenvolvimento da qualidade da educação médica. No entanto, para que os standards internacionais em DPC sejam globalmente aceites, foram adoptadas as seguintes premissas:

- Só devem ser incluídos os aspectos gerais do DPC.
- Os standards devem apenas estabelecer amplas categorias relativas ao conteúdo, processo, ambiente educacional e resultados do DPC.
- Os standards devem funcionar como um instrumento de mudança e de reforma.
- O cumprimento dos standards tem de ser uma preocupação de cada comunidade, país ou região.
- Os standards têm de ser formulados de modo a levar em consideração diferenças regionais e nacionais do programa de formação, permitindo perfis e desenvolvimentos distintos a nível local, nacional e regional.
- A utilização de um conjunto comum de standards internacionais não implica, ou requer, a completa equivalência do conteúdo programático e dos resultados do DPC.
- Os standards devem reconhecer a natureza dinâmica do desenvolvimento programático.
- Os standards estão formulados como uma ferramenta que o médico individual, a profissão médica e as autoridades, organizações e instituições responsáveis pelo DPC possam utilizar como base e modelo para o seu próprio desenvolvimento programático.
- Os standards não devem ser usados para estabelecer a hierarquia dos programas de formação.

- Embora seja útil definir os requisitos mínimos, o conjunto dos standards deve dar ênfase à necessidade de uma abordagem dinâmica envolvendo um programa para o desenvolvimento contínuo da qualidade.
- Os standards devem ser posteriormente desenvolvidos através de uma discussão alargada e do estabelecimento de consenso a nível internacional.
- O seu valor tem de ser testado com estudos de avaliação em cada região.

Para além de fazerem sentido, os standards têm de ser claramente definidos, apropriados, relevantes, mensuráveis, concretizáveis e aceites pelos utilizadores. Têm de ter utilidade prática, reconhecer a diversidade e promover um desenvolvimento adequado.

A avaliação baseada em standards geralmente aceites é um incentivo importante para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade da educação médica, quer quando se perspectiva a reorientação e a reforma quer quando se promove o desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuos.

Partilhar os standards globais em educação médica a que adiram as instituições e organizações a elas ligadas poderá facilitar a mobilidade dos médicos e a aceitação dos médicos em outros países que não aqueles onde a respectiva formação de base teve lugar.

Finalmente, os programas de formação sub-standard podem ser substancialmente melhorados se usarmos um sistema de avaliação e de acreditação baseado em standards internacionalmente aceites, permitindo assim o aumento da qualidade do sistema de saúde tanto a nível nacional como internacional.

## **A UTILIZAÇÃO DOS STANDARDS**

É opinião da WFME que o conjunto de standards internacionais apresentados pode ser usado globalmente como uma ferramenta para a garantia da qualidade e do desenvolvimento do DPC. Isto pode ser conseguido da seguinte forma:

---

- **Participantes no DPC**

Os standards fornecem um novo quadro de referências relativamente ao qual os médicos individuais e a profissão médica se podem auto-avaliar num processo voluntário de auto-avaliação e automelhoria.

- **Prestadores de DPC**

Os standards devem constituir a base para os prestadores de DPC desenharem as actividades do DPC.

- **Monitorização do DPC**

Dependendo das necessidades locais e tradições, os standards podem também ser usados pelas agências nacionais ou regionais envolvidas na monitorização, reconhecimento e acreditação do DPC.

## OS STANDARDS GLOBAIS DA WFME

### DEFINIÇÕES

O DPC inclui todas as actividades desempenhadas pelos médicos, formal e informalmente, para manter, actualizar, desenvolver e promover o seu conhecimento, aptidões e atitudes em resposta às necessidades dos seus doentes. Os médicos são autónomos e independentes, *i.e.* actuam no sentido do interesse do doente sem influência externa indevida. A implicação no DPC é uma obrigação profissional mas também um pré-requisito para a promoção da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. O factor mais decisivo para esta motivação por uma aprendizagem contínua ao longo da vida é a vontade e o desejo de manter a qualidade profissional.

A EMC descreve a educação contínua em termos de conhecimentos e aptidões da prática médica; DPC, um conceito mais alargado, refere-se ao desenvolvimento contínuo das competências multifacetadas inerentes à prática médica, cobrindo áreas mais amplas do profissionalismo da profissionalização (por exemplo, os aspectos médicos, de gestão, sociais e pessoais) exigidas para um desempenho profissional de alta qualidade. Embora o DPC designe o período que começa após o termo da formação pós-graduada, o DPC tem ramificações muito mais vastas. As actividades do DPC baseiam-se no processo contínuo ao longo da vida, começando quando o estudante é admitido na escola médica e continuando enquanto o médico estiver a exercer a sua profissão. A modelação, remodelação e desenvolvimento de um médico implica responder às necessidades individuais e da sociedade, no contexto da evolução da ciência médica e da prestação de cuidados de saúde. A independência também está presente, sendo as actividades de DPC caracterizadas pela aprendizagem autodirigida, raramente envolvendo períodos de formação com supervisão com duração prolongada.

Neste documento, o termo DPC, mais abrangente e do qual a tradicional EMC é uma componente, foi adoptado na formulação dos standards.

A WFME recomenda o seguinte conjunto de standards globais em DPC, estruturado em **9 áreas** e **36 subáreas**.<sup>a</sup>

As **ÁREAS**, definidas como amplas componentes da estrutura, do processo e dos resultados do DPC, compreendem:

1. Missão e Resultados da Aprendizagem
2. Métodos de Aprendizagem
3. Planeamento e Documentação
4. O Médico Individual
5. Prestadores de DPC
6. Contexto e Recursos Educacionais
7. Avaliação de Métodos e Competências
8. Organização
9. Actualização Contínua

As **SUBÁREAS** são definidas como aspectos específicos de cada área, correspondendo aos indicadores de desempenho.

Os **STANDARDS** são especificados para cada subárea com base em dois níveis de concretização:

- **Standard básico.** Significa que o standard tem de ser alcançado e a sua concretização demonstrada durante a avaliação do programa de formação.

*Os standards básicos são expressos pela forma verbal “ter de”.*

- **Standard para o desenvolvimento da qualidade.** Significa que o standard está de acordo com o consenso internacional no que respeita às melhores práticas do DPC. A concretização – ou as iniciativas levadas a cabo neste sentido – de um ou de todos estes standards deve ser documentada. A concretização destes standards vai variar com a fase de desenvolvimento das actividades do DPC, com os seus recursos, com a política educacional e com outras condições

<sup>a</sup> A WFME está ciente das ligações e interacções complexas entre as várias áreas e subáreas.

---

locais que influenciam as prioridades de aprendizagem. Mesmo os programas mais avançados podem não cumprir todos os standards.

*Os standards para o desenvolvimento da qualidade são expressos pela forma verbal “deve”.*

As **ANOTAÇÕES** são usadas para clarificar, amplificar ou exemplificar as expressões utilizadas nos standards.

## 1. MISSÃO E RESULTADOS

### 1.1 DECLARAÇÃO DA MISSÃO E DOS RESULTADOS

#### **Standard básico:**

A profissão médica, após discussão com as autoridades relevantes e empregadores, **tem de** definir a missão e resultados esperados com o DPC e torná-los conhecidos do público.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A missão **deve** encorajar e apoiar os médicos a melhorarem o seu desempenho prático e **deve** contemplar a obrigação da profissão médica para melhorar as condições para um efectivo DPC.

#### **Anotações:**

- *A declaração da missão e dos resultados esperados* incluiria as questões gerais e específicas relevantes para a política institucional, nacional e regional e deveria descrever o que se espera dos médicos relativamente à sua actualização e desenvolvimento de competências.
- Com a devida atenção às tradições nacionais, *a profissão médica* agiria habitualmente através das suas organizações profissionais tais como as associações médicas, sociedades científicas, colégios médicos, academias médicas, etc.
- *As autoridades relevantes* incluiriam órgãos locais e nacionais envolvidos na regulação da prática médica.

### 1.2 PARTICIPAÇÃO NA FORMULAÇÃO DA MISSÃO E RESULTADOS

#### **Standard básico:**

A declaração da missão e dos resultados esperados do DPC **tem de** ser definida pelos seus principais parceiros relevantes e influentes.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A formulação da declaração da missão e dos resultados **deve** ser baseada no contributo de um leque alargado de parceiros relevantes e influentes.

#### **Anotações:**

- *Os parceiros relevantes e influentes principais* incluiriam médicos individuais, associações ou organizações profissionais, sociedades científicas médicas, escolas médicas /universidades, institutos de pós-graduação, empregadores,

---

prestadores relevantes de DPC e autoridades governamentais.

- Um *leque alargado de parceiros relevantes e influentes* incluiria os representantes dos supervisores, formadores, professores e outros profissionais de saúde, doentes, a comunidade, organizações voluntárias na área da saúde e autoridades a nível da prestação de cuidados de saúde.

### 1.3 PROFISSIONALISMO E AUTONOMIA

#### Standard básico:

O DPC **tem de** satisfazer o objectivo de promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos médicos.

#### Desenvolvimento da qualidade:

O processo do DPC **deve** promover o reforço do profissionalismo dos médicos e permitir-lhes uma autonomia profissional capaz de os levar a agir no melhor interesse dos doentes e da sociedade.

#### Anotações:

- O profissionalismo refere-se aos conhecimentos, aptidões, atitudes, valores e comportamentos que se esperam dos indivíduos no exercício da sua profissão. Inclui conceitos tais como a manutenção das competências, capacidade a nível da tecnologia da informação, o comportamento ético, integridade, honestidade, altruísmo, serviço pelos outros, adesão aos códigos profissionais, justiça e respeito pelo próximo.
- A *autonomia* na relação médico-doente irá assegurar aos médicos que sempre tomaram as decisões correctas no melhor interesse dos doentes, baseadas na melhor evidência disponível, considerando que a autonomia relativa à aprendizagem dos médicos implica ser deles a última palavra na decisão sobre o que vão aprender e como planear e realizar as actividades de aprendizagem. Implica também o acesso ao conhecimento e aptidões que o médico em treino necessita de ter presentes e que correspondem às necessidades dos seus doentes, tornando-se assim ciente de que as fontes do conhecimento são independentes e imparciais.
- Neste contexto, o *desenvolvimento pessoal* é limitado ao que é relevante para a prática e para a profissão.

### 1.4 RESULTADOS DO DPC

#### Standard básico:

Os médicos **têm de** se assegurar de que as actividades contempladas pelo DPC são adequadas a manter e desenvolver as competências necessárias para irem ao encontro das necessidades dos seus doentes e da sociedade.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Os médicos, após consulta aos seus pares e organizações profissionais, **devem** definir as competências ou benefícios a serem obtidos enquanto resultado do DPC. A aprendizagem com as actividades do DPC **deve** ser partilhada com os pares.

#### Anotações:

- As *competências podem ser definidas* tanto em termos profissionais gerais como específicos no que respeita ao conhecimento, aptidões, atitudes e comportamentos. As competências relevantes para o DPC incluiriam, dependendo do ramo da Medicina escolhido, as seguintes áreas:
  - Tratamento adequado do doente, eficaz e humanizado, de modo a poder lidar com os problemas e promoção da saúde.
  - Conhecimento médico das ciências básicas, biomédica, clínica e comportamental bem como da ciência clínica, da ética médica e da Medicina Legal, para além da aplicação destes conhecimentos no tratamento do doente.
  - Aptidões interpessoais e de comunicação que garantam uma troca de informação eficiente com doentes e suas famílias, com a equipa de trabalho, incluindo outros profissionais de saúde, com a comunidade científica e com o público.
  - Avaliação e utilização dos novos conhecimentos científicos para uma actualização contínua e aperfeiçoamento da prática clínica.
  - Acção como supervisor, formador e docente em relação aos colegas, aos estudantes de Medicina e de outras profissões na área da saúde.
  - Capacidade para ser um académico contribuindo para o desenvolvimento e investigação no ramo da Medicina escolhido.
  - Profissionalismo.
  - Interesse e aptidão para agir como defensor do doente.
  - Conhecimentos de saúde pública, das questões ligadas à política de saúde bem como à consciencialização e capacidade de resposta num contexto mais amplo do sistema de prestação de cuidados de saúde. Tal incluiria, por exemplo, as organizações de prestação de cuidados, as parcerias com organizações que prestam e gerem os cuidados de saúde, a prática de cuidados atendendo à relação custo-eficácia, à economia da saúde e alocação de recursos.
  - Aptidão para a compreensão do significado da prestação de cuidados de saúde na sua abrangência e para identificar/conduzir uma melhoria de cuidados baseada no sistema.
- O *desenvolvimento de competências* incluiria o alargar e aprofundar quer do conhecimento existente quer das aptidões que estão para além das actividades desenvolvidas para colmatar estritamente os objectivos e necessidades de uma aprendizagem mais vasta.

---

## 2. MÉTODOS DE APRENDIZAGEM

### 2.1 ABORDAGENS AO DPC

#### Standard básico:

O DPC **tem de** ser ajustado às necessidades do médico individual e prosseguir numa base contínua. A aprendizagem **tem de** integrar componentes de ordem prática e teórica para facilitar a prática médica.

#### Desenvolvimento da qualidade:

O DPC **deve** tirar partido de uma variedade de modalidades de aprendizagem. Os médicos **devem** articular-se com colegas em redes de aprendizagem para partilharem experiências e tirarem partido de uma aprendizagem colaborante.

#### Anotações:

- A *integração da prática e da teoria* pode ocorrer em sessões de aprendizagem didácticas, experiências supervisionadas de cuidados a doentes ou através de aprendizagem activa e autodirigida.
- As *modalidades de aprendizagem* incluiriam cursos, prelecções, seminários, participação em conferências e leituras individuais, auto-avaliação teórica e prática, projectos de investigação ou visitas de estudo e experiências clínicas.
- As *redes temáticas* deveriam incluir encontros com colegas e troca de informação baseada na *Internet*, discussões e aconselhamento. Incluiriam também outros profissionais de saúde e outros grupos/pessoas relevantes.

### 2.2 MÉTODOS CIENTÍFICOS

#### Standard básico:

O conteúdo do DPC **tem de** basear-se firmemente, sempre que possível, na ciência e evidência prática.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Através do DPC os médicos **devem** ser capazes de melhorar a sua prática, assentes em dados provenientes da evidência científica. Os médicos **devem** ser capazes de aceder e receber evidência actualizada, baseada em conhecimento clínico, aptidões e atitudes. No processo de aprendizagem, os médicos **devem** conhecer métodos científicos

apropriados para melhorarem as suas aptidões de avaliação crítica.

### 2.3 CONTEÚDOS DO DPC

#### Standard básico:

Os conteúdos do DPC **têm de** ser diversos e flexíveis de forma a permitirem que os médicos desenvolvam a sua prática.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Os médicos **devem** seleccionar os conteúdos do DPC baseados em planos autodirigidos para a aprendizagem, consistentes com os seus diversos papéis profissionais.

#### Anotações:

- Um DPC *diverso* refere-se à maior ou menor amplitude das necessidades dos médicos, dependendo da natureza da sua prática e permitindo também os interesses pessoais e o desenvolvimento.
- *Flexível* implica o confronto, tão precoce e tão vasto quanto possível, das necessidades emergentes.
- O *conteúdo* incluiria:
  - As *ciências biomédicas básicas* – dependendo das necessidades locais, interesses e tradições – incluiriam geralmente a anatomia, a bioquímica, a fisiologia, a biofísica, a biologia molecular, a biologia celular, a genética, a microbiologia, a imunologia, a farmacologia, a patologia, etc.
  - As *ciências clínicas* incluiriam as disciplinas clínicas ou laboratoriais escolhidas para além de outras disciplinas clínicas ou laboratoriais relevantes.
  - As *ciências comportamentais e sociais* – dependendo das necessidades locais, interesses e tradições – incluiriam geralmente a psicologia e sociologia médicas, a bio-estatística, a epidemiologia, a higiene e saúde pública, para além da Medicina comunitária, etc.
  - As *ciências comportamentais e sociais bem como a ética médica* devem ministrar conhecimentos, conceitos, métodos, aptidões e atitudes necessárias à compreensão dos determinantes causais socioeconómicos, demográficos e culturais, distribuição e consequências dos problemas em saúde bem como da organização de sistemas de prestação de cuidados de saúde.
  - *Papéis diversos dos médicos* incluiria funções como a de perito médico, advogado de saúde, comunicador, colaborador, académico, administrador e gestor.

---

## 2.4 O PROCESSO DO DPC

### **Standard básico:**

A profissão médica **tem de** descrever, numa base nacional e sob consulta aos outros parceiros relevantes e influentes, as expectativas para o DPC enquanto processo de aprendizagem ao longo da vida, sendo a aprendizagem autodirigida informal a pedra angular do DPC.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

A profissão médica **deve** estabelecer colaboração formal com outros parceiros relevantes e influentes de modo a obter um largo espectro de possibilidades de aprendizagem.

## 2.5 A RELAÇÃO ENTRE O DPC E O SERVIÇO

### **Standard básico:**

O DPC **tem de** ser reconhecido como parte integrante da prática médica, reflectida nos orçamentos, alocações de recursos e planificação horária, e não estar subordinado a exigências do serviço.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

O DPC **deve** ser formatado de modo a preencher lacunas no conhecimento, aptidões, atitudes e gestão, identificado com a avaliação do serviço ou reflexão individual sobre a prática e interesses pessoais. O DPC **deve** ser usado para promover desenvolvimentos científicos e melhorias na organização e prática do sector da saúde.

### **Anotações:**

- O reconhecimento como uma *parte integrante da prática médica* refere-se à optimização do uso de diferentes contextos clínicos, doentes e problemas clínicos com objectivos de treino, mesmo que aparentemente sem ligação às funções do serviço globalmente integradas.
- Para que não haja dúvidas de que as *lacunas no conhecimento, aptidões, atitudes e gestão* estão identificadas e tomadas as devidas acções para as colmatar, recomenda-se a avaliação das necessidades por pares e/ou auto-avaliação.

## 2.6 GESTÃO DO DPC

### **Standard básico:**

Os médicos **têm de** ter a responsabilidade final pelo planeamento e implementação do DPC de acordo com as suas necessidades individuais.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

A profissão médica, em colaboração com parceiros relevantes e influentes, **deve** organizar actividades de DPC e estabelecer sistemas que viabilizem e encorajem o DPC a dar resposta às necessidades identificadas pelos seus membros.

### **Anotação:**

- *Outros parceiros relevantes e influentes no processo* incluiriam outros participantes no programa de formação, representantes de outras profissões e autoridades na área da saúde.

---

### 3. PLANEAMENTO E DOCUMENTAÇÃO

#### 3.1 DOCUMENTAÇÃO DE NECESSIDADES PARA PLANEAR O DPC

**Standard básico:**

A base fundamental para o planeamento das actividades do DPC **tem de** ter como alvo a prática clínica e as necessidades de saúde pública. A profissão médica **tem de** determinar as necessidades sentidas pelos médicos e publicitá-las para o planeamento do DPC.

**Desenvolvimento da qualidade:**

**Devem** ser desenvolvidos sistemas que forneçam dados documentados para alertar os médicos e os parceiros relevantes e influentes sobre a qualidade da prática, os resultados de percurso e comparação com grupos de pares.

#### 3.2 DOCUMENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES DO DPC

**Standard básico:**

Os sistemas **têm de** ser estabelecidos para documentar as actividades do DPC de forma sistemática e transparente. A documentação do DPC **tem de** ser usada como uma ferramenta de aprendizagem formativa e fornecer o *feedback* sobre a relevância e qualidade para o planeamento do DPC.

**Desenvolvimento da qualidade:**

O objectivo de qualquer sistema de documentação do DPC **deve** revelar uma aprendizagem efectiva e, sendo apropriado, competência acrescida, e não mera participação nas actividades do DPC. Os médicos **devem** criar *portfolios* de aprendizagem pessoal que possam ser partilhados com os pares.

### 4. O MÉDICO INDIVIDUAL

#### 4.1 MOTIVAÇÃO

**Standard básico:**

A prestação de cuidados de alta qualidade **tem de** ser a força impulsionadora dos médicos que participam nas actividades do DPC. Ao seleccionarem as actividades do DPC os médicos **têm de** avaliar o seu valor educacional e seleccionar actividades de elevada qualidade e adequada às suas necessidades de aprendizagem.

**Desenvolvimento da qualidade:**

As actividades do DPC **devem** promover a motivação para a aprendizagem e aperfeiçoamento e ser reconhecidas como uma actividade profissional meritória.

**Anotações:**

- Por *cuidados de alta qualidade* entende-se a prestação de cuidados de saúde concordantes com os princípios geralmente aceites, fixados, por exemplo, por sociedades científicas médicas ou conselhos de saúde nacionais e internacionais.
- A *motivação* e aptidões para a aprendizagem ao longo da vida são desenvolvidas ao longo da Educação Médica Pré-graduada e promovida como parte da formação médica pós-graduada.
- O reconhecimento *da actividade profissional meritória* seria estabelecido pelo aumento da satisfação pessoal, recompensas, promoção e/ou remuneração.

#### 4.2 ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

**Standard básico:**

Os médicos, assistidos pelas suas organizações profissionais, **têm de** desenvolver, sistematicamente, a sua aptidão para planear, executar e documentar a aprendizagem baseada na prática como resposta às necessidades de aprendizagem definidas. As ferramentas para auto-avaliação **têm de** ser desenvolvidas para ajudar os médicos a identificar as suas necessidades de aprendizagem.

**Desenvolvimento da qualidade:**

As actividades de DPC dos médicos **devem** basear-se em estratégias de aprendizagem, que

---

levam à promoção da qualidade dos cuidados e incluem, quando apropriado, uma aprendizagem de grupo interdisciplinar.

**Anotação:**

- A *aprendizagem baseada na prática* implicaria um uso sistemático de dados provenientes da própria prática capazes de estimularem a aprendizagem e o aperfeiçoamento, por exemplo, análise da experiência resultante da prática e desenvolvimento/realização de actividades usando métodos sistemáticos, e localizar, avaliar e assimilar a evidência baseada em estudos científicos relativos à população de doentes.

- O envolvimento com o processo de *planeamento e implementação* deve incluir a participação em grupos ou comités responsáveis pelo programa de planeamento ao nível local ou nacional.

### 4.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO

**Standard básico:**

As condições de trabalho no exercício da Medicina e no emprego dos médicos **têm de** fornecer o tempo e outros recursos do DPC.

**Desenvolvimento da qualidade:**

Os sistemas de remuneração dos médicos **devem** permitir a sua participação num vasto leque de actividades do DPC relevantes para as suas necessidades.

### 4.4 INFLUÊNCIA DOS MÉDICOS NO DPC

**Standard básico:**

Aos médicos **tem de** ser dada a oportunidade para discutir com os prestadores de DPC as suas necessidades de aprendizagem.

**Desenvolvimento da qualidade:**

Os sistemas **devem** ser desenvolvidos de forma a implicar os médicos no planeamento e implementação das suas actividades de DPC.

**Anotações:**

- Os *prestadores de DPC* devem incluir primariamente as associações e organizações profissionais, sociedades científicas médicas nacionais e internacionais, escolas/universidades médicas, institutos pós-graduados, empregadores no sistema de cuidados de saúde e outros fornecedores, tais como autoridades de saúde, indústria de tecnologia farmacêuticos e médicos, companhias de tecnologia de informação, associações de consumidores, etc.

---

## 5. PRESTADORES DE DPC

### 5.1 POLÍTICA DE RECONHECIMENTO

#### Standard básico:

**Tem de** existir um sistema de reconhecimento dos prestadores de DPC e/ou das actividades individuais de DPC.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Todos os prestadores de DPC **devem ser** capazes de descrever a base educacional das suas actividades, incluindo o acesso à sua perícia educacional. Quaisquer conflitos de interesses entre prestadores de DPC devem ser assumidos.

#### Anotação:

- Os *conflitos de interesses* poderiam incluir actividades promocionais desadequadas.

### 5.2 OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES

#### Standard básico:

Os prestadores de actividades de DPC **têm de** convergir na qualidade dos requisitos educacionais.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Os prestadores, ao planearem e conduzirem as suas actividades, **devem** demonstrar o uso de métodos e tecnologia educacional apropriados.

### 5.3 FEEDBACK AOS PRESTADORES

#### Standard básico:

O *feedback* construtivo aos prestadores de DPC quanto à *performance* e necessidades educativas dos médicos **tem de** ser fornecido numa base contínua.

#### Desenvolvimento da qualidade:

**Devem** ser estabelecidas e obter a adesão de todos os prestadores normas aceitáveis para o fornecimento do DPC. **Devem** ser desenvolvidos sistemas para *feedback* sistemático aos organizadores e corpos responsáveis pelo DPC.

#### Anotações:

- O *feedback* incluiria a comunicação entre formandos e formadores/supervisores com o objectivo de assegurar as medidas necessárias à promoção do desenvolvimento da competência.
- Os *sistemas para feedback sistemático* poderiam ser dados sobre a programação, execução e resultados do DPC para um certo número de médicos.

### 5.4 PAPEL DAS ESCOLAS MÉDICAS

#### Standard básico:

As escolas médicas **têm de** assumir a liderança na promoção do aperfeiçoamento do DPC. As escolas médicas, por intermédio do currículo da Educação Médica Pré-graduada, **têm de** iniciar a motivação e a disponibilidade para a integração no DPC, preparando os estudantes para uma aprendizagem ao longo de vida.

#### Desenvolvimento da qualidade:

As escolas médicas **devem**, sempre que apropriado, prestar actividades de DPC. As escolas médicas, em cooperação com outros parceiros relevantes e influentes, **devem** garantir investigação em actividades de DPC.

---

## 6. RECURSOS E CONTEXTOS EDUCACIONAIS

### 6.1 ESTRUTURA DA FORMAÇÃO

#### Standard básico:

As actividades do DPC **têm de** ser fornecidas em contextos e circunstâncias que conduzam a uma aprendizagem efectiva.

#### Desenvolvimento da qualidade:

O DPC **deve** incluir uma avaliação periódica externa do ambiente de aprendizagem da prática baseada em auto-avaliação interna.

#### Anotação:

- A *estrutura da formação* refere-se à sequência contínua da ligação aos contextos de formação do cargo do médico e não aos detalhes das experiências de formação.

### 6.2 CONDIÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTO

#### Standard básico:

Para prosseguirem o DPC, os médicos **têm de** dispor de tempo protegido e de oportunidades para reflectirem sobre a prática de estudos aprofundados, com acesso a literatura profissional adequada e oportunidades para treino de aptidões.

#### Desenvolvimento da qualidade:

As condições físicas, equipamento de treino de aptidões e escala de trabalho **devem** ser regularmente avaliados e actualizados relativamente à sua adequação à promoção de contexto e condições para o DPC.

### 6.3 INTERACÇÃO COM COLEGAS

#### Standard básico:

O DPC **tem de** incluir a experiência de colaboração com colegas e outros profissionais de saúde.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Para intensificar o DPC, os médicos **devem**

aderir a redes temáticas no âmbito da educação. Os médicos **devem** implicar-se no desenvolvimento da competência dos seus colegas, incluindo médicos em formação, estudantes, pessoal de saúde afim, etc.

#### Anotação:

- *As redes temáticas* incluiriam encontros com colegas e troca de informação com base na Internet, discussões e aconselhamento.

### 6.4 TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

#### Standard básico:

O uso relevante de tecnologia de informação e comunicação **tem de** funcionar como parte integrante do processo de DPC.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Os médicos **devem** ter acesso e ser competentes no uso de tecnologia da informação e comunicação para efeitos de auto-aprendizagem, para comunicarem com os colegas, pesquisa de informação e gestão do doente e da prática.

### 6.5 ACTIVIDADES FORMAIS DO DPC

#### Standard básico:

A profissão médica, em colaboração com outros parceiros relevantes e influentes, **tem de** desenvolver sistemas que encorajem e reconheçam a participação em cursos de DPC locais, nacionais e internacionais, encontros científicos e outras actividades formais. Os médicos **têm de** ter oportunidades para assistir a essas actividades de DPC.

#### Desenvolvimento da qualidade:

Os médicos **devem** ter oportunidades para planear e executar actividades de DPC tais como estudos aprofundados quando necessários à obtenção de um nível superior de competência de forma efectiva.

### 6.6 PERÍCIA EDUCACIONAL

#### Standard básico:

A profissão médica **tem de** formular uma política sobre o uso de uma perícia educacional relevante

para o planeamento, implementação e avaliação do DPC.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

O acesso à perícia educacional **deve** estar disponível e ser usada nas actividades do DPC.

#### **Anotações:**

- *A formulação de uma política* incluiria a consulta de parceiros relevantes e influentes.
- *A perícia em educação* ocupar-se-ia dos problemas, processos e práticas da formação e avaliação médica e incluiria médicos com experiência em educação médica, psicólogos e sociólogos educacionais.

### **6.7 EXPERIÊNCIAS EM OUTROS LOCAIS E NO ESTRANGEIRO**

#### **Standard básico:**

A profissão médica **tem de** formular uma política que assegure liberdade de movimentos de forma a promover a capacidade de os médicos obterem experiência ao visitar outros locais dentro ou fora do país.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A profissão médica, em colaboração com outros parceiros relevantes e influentes, **deve** facilitar aos médicos visitas de estudo nacionais e internacionais. As autoridades relevantes **devem** estabelecer relações com os correspondentes órgãos nacionais e internacionais com o objectivo de facilitar o fornecimento e o reconhecimento mútuo das actividades do DPC.

#### **Anotação:**

- *A formulação de uma política* incluiria a consulta de parceiros relevantes e influentes.

## **7. AVALIAÇÃO DE MÉTODOS E COMPETÊNCIAS**

### **7.1 MECANISMOS PARA A AVALIAÇÃO**

#### **Standard básico:**

A profissão médica **tem de** instituir mecanismos para a avaliação das actividades do DPC e avaliação apropriada da aprendizagem subsequente.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A avaliação do DPC **deve** integrar peritos da educação médica e contemplar o contexto do processo de aprendizagem, a estrutura e as componentes específicas do DPC e os resultados da aprendizagem.

#### **Anotações:**

- *Os mecanismos para a avaliação do programa* implicariam o uso de métodos válidos e fiáveis e a exigência de que os dados básicos estejam acessíveis. A avaliação asseguraria que as questões relevantes estivessem identificadas e fossem contempladas pela monitorização dos recursos disponíveis, dos processos de aprendizagem, resultados e benefícios.
- *A avaliação* pode incluir vários instrumentos para auto-avaliação, o uso de juízos referenciados ou à norma ou ao critério, bem como o uso de *portfolios* e tipos especiais de avaliações, por exemplo visitas locais por pares com base num protocolo acordado.
- *O envolvimento de peritos* em educação médica facilitaria, posteriormente, o aumento da base da evidência quanto à qualidade. Este facto deve assegurar a monitorização dos recursos disponíveis, os resultados da aprendizagem e os benefícios obtidos pelo médico individual.
- *O contexto do processo educacional* incluiria a organização e os recursos bem como o ambiente de aprendizagem.
- *As componentes específicas do DPC* incluiriam a descrição do programa e os resultados esperados.

### **7.2 FEEDBACK DAS ACTIVIDADES DO DPC**

#### **Standard básico:**

O *feedback* dos participantes nas actividades do DPC **tem de** ser sistematicamente procurado, analisado e reflectir-se na prática, devendo a respectiva informação ser disponibilizada aos parceiros relevantes e influentes.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

Os participantes do DPC **devem** estar activamente envolvidos na avaliação do DPC, utilizando os resultados para o seu posterior planeamento.

### **7.3 ACTIVIDADES BASEADAS NO DESEMPENHO DOS MÉDICOS**

#### **Standard básico:**

Os prestadores de actividades de DPC **têm de** procurar informação junto do público-alvo do médico como base para o planeamento.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

O benefício da participação nas actividades de DPC **deve** ser analisado em relação às necessidades dos médicos usado para dar *feedback* às organizações profissionais e prestadores de DPC.

### **7.4 MONITORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO DO DPC**

#### **Standard básico:**

A estrutura formal das actividades do DPC **tem de** ser autorizada pela profissão médica após consulta das autoridades relevantes baseada nos critérios acordados.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A documentação de actividades relevantes de DPC, tal como definidas pelo participante, **deve** ter um papel significativo nos sistemas de avaliação de competência, independentemente do sistema em uso para o reconhecimento do médico em exercício.

#### **Anotações:**

- Os *critérios acordados* para a autorização das actividades de DPC referem-se ao valor educacional e considerariam o número de participantes, os dados clínicos, equipamento, biblioteca, equipamentos de TI (relativos às Tecnologias da Informação), corpo de formadores e programa.
- O *reconhecimento do médico em exercício* incluiria – consoante as regras e regulamentos nacionais – a manutenção da cédula profissional.

## **8. ORGANIZAÇÃO**

### **8.1 QUADROS DE REFERÊNCIA**

#### **Standard básico:**

O DPC **tem de** ser conduzido de acordo com as políticas das organizações profissionais representativas, incluindo o reconhecimento de actividades e sua avaliação.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A colaboração e o reconhecimento mútuo **devem** ser encorajados através de quadros de referência apropriados, nacionais e internacionais.

### **8.2 LIDERANÇA PROFISSIONAL**

#### **Standard básico:**

As organizações profissionais médicas **têm de** assumir a responsabilidade em termos de liderança e organização das actividades do DPC.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

A liderança profissional **deve** ser regularmente avaliada relativamente à realização da missão e resultados das actividades do DPC.

### **8.3 FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS**

#### **Standard básico:**

O financiamento das actividades do DPC **tem de** ser incluído nas despesas do sistema de cuidados de saúde. As condições de trabalho dos médicos **têm de** lhes permitir escolher e participar nas actividades do DPC.

#### **Desenvolvimento da qualidade:**

O financiamento dos sistemas para o DPC **deve** assegurar a independência dos médicos nas suas escolhas de actividades do DPC.

---

## 8.4 GESTÃO

### **Standard básico:**

As actividades do DPC **têm de** ser apropriadamente geridas e viabilizadas em termos de recursos.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

As estruturas administrativas do DPC **devem** incluir garantia de qualidade e aperfeiçoamento.

## 9. RENOVAÇÃO CONTÍNUA

### **Standard básico:**

A profissão médica **tem de** iniciar procedimentos para uma avaliação periódica e para a actualização da estrutura, função e qualidade das actividades do DPC, para além de rectificar as deficiências.

### **Desenvolvimento da qualidade:**

O processo de renovação **deve** ser baseado em investigação. Agindo assim, **deve** contemplar os seguintes aspectos:

- *Adaptação da missão e dos resultados do DPC ao desenvolvimento científico, socioeconómico e cultural da sociedade.*
- *Reavaliação e definição das competências requeridas de modo a integrar o progresso científico médico no atendimento das necessidades da população em constante mutação.*
- *Adaptação das estratégias de aprendizagem e dos métodos de formação de modo a garantir a sua adequação e relevância.*
- *Desenvolvimento dos princípios e métodos de (auto) avaliação e de aprendizagem baseada na prática, de modo a facilitar a aprendizagem dos médicos ao longo da vida.*
- *Desenvolvimento de estruturas organizacionais e de princípios de gestão de modo a ajudar os médicos a responder às necessidades emergentes dos seus doentes e a prestar cuidados de alta qualidade.*
- *Reflexão e aperfeiçoamento contínuo dos conteúdos e metodologia do DPC.*

---

## BIBLIOGRAFIA

1. World Federation for Medical Education. Edinburgh Declaration. *Lancet* 1988, 8068, 464.
2. World Health Assembly. *WHA Resolution 42.38*. WHO, Geneva.
3. World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical Education. *Medical Education* 1994, 28, (Suppl.1).
4. World Health Assembly. *Reorientation of Medical Education and Medical Practice for Health for All. WHA Resolution 48.8*. WHO, Geneva, 1995.
5. The Executive Council, The World Federation for Medical Education. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. *Medical Education* 1998, 32, 549-58.
6. WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education. Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Medical Education*, 2000, 34, 665-675.
7. World Federation for Medical Education. *Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement*. WFME, Copenhagen 2003. WFME website: <http://www.wfme.org>
8. World Federation for Medical Education. *Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement*. WFME, Copenhagen 2003. WFME website: <http://www.wfme.org>
9. Accreditation Council for Continuing Medical Education. *Standards*. ACCME, USA, 2002.
10. European Union of Medical Specialists. *Charter on Continuing Medical Education in the European Union*. UEMS, 1994.
11. Advisory Committee on Medical Training of European Commission. *Report and Recommendations on Continuing Medical Education*. ACMT Document XV/E/8414/94. Brussels, 1994.
12. Standing Committee of European Doctors. *Policy Statement on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD)*. CP 2001/083.
13. European Union of Medical Specialists. *Basal Declaration. UEMS Policy on Continuing Professional Development*. UEMS, 2001.
14. Permanent Working Group of European Junior Doctors. *PWG Policy Statement on Continuing Medical Education/Continuous Professional Development*. PWG 99/083.
15. Grant J, Chambers E & Jackson G. *The Good CPD Guide*. Reed Healthcare Publishing, Sutton, 1999.

---

## ANEXO

### MEMBROS DAS COMISSÕES DO PROJECTO STANDARDS GLOBAIS DA WFME

Os membros das Comissões da WFME que respectivamente trabalharam nos documentos relativos à Educação Médica Pré-graduada, Pós-graduada e Desenvolvimento Profissional Contínuo dos Médicos são apresentados numa única lista. Alguns deles participaram em mais do que uma Comissão. Para além disso, o esforço total posto no desenvolvimento da Trilogia dos Standards em Educação Médica da WFME deverá ser visto como um processo dinâmico assente nos resultados de Comissões anteriores.

Deve salientar-se o facto de o desenvolvimento dos documentos da Trilogia ter também beneficiado de outros importantes contributos, nomeadamente de grande número de comentários escritos resultantes de discussões em reuniões nacionais e internacionais.

**Dr. Palitha Abeykoon**

Regional Adviser  
Human Resources for Health  
World Health Organization  
Regional Office for South-East Asia  
New Delhi, India

**Professor A. d'Almeida**

Director  
Institut Régional de Santé Publique  
Université Nationale du Bénin  
Cotonou, Benin

**Dr. George A.O. Alleyne**

Regional Director  
World Health Organization  
Pan American Health Organization  
Washington, D.C, USA

**Professor A. P. R. Aluwihare**

University of Peradenya  
Peradenya, Sri Lanka

**Dr. Wolfram Antepohl**

Linköping University Hospital  
Linköping, Sweden

**Judith S. Armbruster**

Executive Director  
Accreditation Council for Graduate Medical Education  
(ACGME)  
Chicago, USA

**Professor Raja Bandaranayake**

Arabian Gulf University  
Manama, Bahrain

**Ass. Professor Philip G. Bashook**

University of Illinois at Chicago  
Chicago, USA

**Professor Ralph Bloch**

Universität Bern  
Bern, Switzerland

**Professor Cheng Bo-Ji**

Peking Medical University  
Beijing, P.R. China

**Åse Brinchmann-Hansen**

The Norwegian Medical Association  
Oslo, Norway

**Professor J. D. Chiphangwi**

College of Medicine  
Blantyre, Malawi

**Leif Christensen MSc. Soc.**

World Federation for Medical Education  
Copenhagen, Denmark

**Professor Colin Coles**

King Alfred's College  
Winchester, United Kingdom

**Professor Alejandro Cravioto**

President, Panamerican Federation of Associations of  
Medical Schools (PAFAMS)  
Universidad Nacional Autonoma de Mexico  
Mexico, D.F., Mexico

---

**Dr. W. Dale Dauphinee**

Executive Director  
Medical Council of Canada  
Ottawa, Canada

**Professor Florian Eitel**

Ludwig-Maximilians-Universität München  
Munich, Germany

**Professor Charles E. Engel**

Centre for Higher Education Studies  
University of London  
London, United Kingdom

**Ms. Mette Fisker**

Business Support Manager  
Pfizer Danmark  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Tsuguya Fukui**

Kyoto University  
Kyoto City - Japan

**Dr. Milagros Garcia-Barbero**

World Health Organization  
European Center for Integrated Health Care Services  
Barcelona, Spain

**Dr. Nancy Gary**

Past President, Educational Commission for Foreign  
Medical Graduates (ECFMG)  
Washington, D.C., USA

**Professor Laurie Geffen**

President, Association for Medical Education in  
Western Pacific Region (AMEWPR)  
The University of Queensland  
Herston, Australia

**Dr. Hussein A. Gezairy**

Regional Director  
World Health Organization  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
Cairo, Egypt

**Professor Ernst Goldschmidt**

Copenhagen, Denmark

**Professor Janet Grant**

Open University Centre for Education in Medicine  
Milton Keynes, United Kingdom

**Professor André Gouazé**

Conférence Internationale des Doyens des  
Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)  
Cedex, France

**Professor Enrique Guntche**

Universidad Nacional de Cuyo  
Mendoza, Argentina

**Dr. James A. Hallock**

President, Educational Commission for Foreign Medical  
Graduates (ECFMG)  
Philadelphia, USA

**Professor Hossam Hamdy**

Arabian Gulf University  
Manama, Bahrain

**Professor John D. Hamilton**

University of Newcastle upon Tyne  
Newcastle, United Kingdom

**Professor Ronald Harden**

Association for Medical Education in Europe (AMEE)  
University of Dundee  
Dundee, United Kingdom

**Professor Ian R. Hart**

University of Ottawa  
Ottawa, Canada

**Dr. Hans Asbjørn Holm**

Norwegian Medical Association  
Oslo, Norway

**Dr. Saichi Hosoda**

Sakakibara Heart Institute  
Tokyo, Japan

**Dr. Delon Human**

Secretary General, World Medical Association (WMA)  
Cedex, France

**Professor Vincent Hunt**

Brown University – School of Medicine  
Rhode Island, USA

**Dr. Jens Winther Jensen**

Permanent Working Group of European Junior Doctors  
(PWG)

---

Copenhagen, Denmark

**Dr. Moufid Jokhadar**

Arab Board of Medical Specialisations  
Damascus University  
Damascus, Syria

**Professor Abraham Joseph**

Christian Medical College  
Vellore, India

**Dr. Hans Karle**

President, World Federation for Medical Education  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Donald G. Kassebaum**

Past Vice President  
Association of American Medical Colleges  
Glendon Beach, Oregon, USA

**Dr. Shamsh Kassim-Lakha**

President, The Aga Khan University  
Karachi, Pakistan

**Mrs Lorraine Kerse**

Regional Adviser  
Human Resources for Health  
World Health Organization  
Regional Office for the Western Pacific  
Manila, The Philippines

**Professor Yong Il Kim**

Past President, Association for Medical Education in  
Western Pacific Region (AMEWPR)  
National Teacher Training Center for Health Personnel  
Seoul, South Korea

**Dr. Jana Krejcikova**

Institute for Postgraduate Medical Education  
Prague, Czech Republic

**Dr. David Leach**

Executive Director  
Accreditation Council for Graduate Medical Education  
(ACGME)  
Chicago, USA

**Professor J.C.K. Lee**

Dean, The Faculty of Medicine  
The Chinese University of Hong Kong

Hong Kong, P.R. China

**Ass. Professor Stefan Lindgren**

Lund University  
Lund, Sweden

**Professor Zhao-feng Lu**

Peking University Health Sciences Center  
Beijing, P.R. China

**Professor Oleg S. Medvedev**

Dean, Moscow State University  
Moscow, Russian Federation

**Dr. Donald E. Melnick**

President, National Board of Medical Examiners (NBME)  
Philadelphia, USA

**Professor Jadwiga Mirecka**

Jagiellonian University Medical School  
Krakow, Poland

**Dr. Mora-Carrasco**

Universidad Autónoma Xochimilco  
Mexico, D.F., Mexico

**Professor J.P. de V. van Niekerk**

President, Association of Medical Schools in Africa  
(AMSA)  
University of Cape Town  
Cape Town, South Africa

**Dr. Jørgen Nystrup**

Past President, Association for Medical Education in  
Europe (AMEE)  
World Federation for Medical Education (WFME)  
Copenhagen, Denmark

**Professor Albert Oriol-Bosch**

Institut d'ESTUDIS de la SALUT  
Barcelona, Spain

**Dr. John Parboosingh**

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada  
Alberta, Canada

**Dr. José Patinõ**

Executive Director  
Panamerican Federation of Associations of Medical  
Schools (PAFAMS)  
Bogota, Colombia

---

**Dr. Gregory Paulos**

American Medical Association  
Chicago, USA

**Professor Gönül O. Peker**

Ege University School of Medicine  
Izmir, Turkey

**Professor David Prigollini**

University of Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

**Dr. Pablo A. Pulido**

Executive Director  
Panamerican Federation of Associations of Medical  
Schools (PAFAMS)  
Caracas, Venezuela

**Dr. Ebrahim M. Samba**

Regional Director  
World Health Organization  
Regional Office for Africa  
Harare, Zimbabwe

**Professor Iskender Sayek**

Hacettepe University  
Ankara, Turkey

**Dr. Mette Siemsen**

Danish Medical Association  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Nilanthi de Silva**

University of Kelaniya  
Ragama, Sri Lanka

**Dr. David P. Stevens**

Vice President, Association of American Medical Col-  
leges (AAMC)  
Washington, D.C., USA

**Dr. Abu Bakar Suleiman**

Director of Health  
Ministry of Health  
Kuala Lumpur, Malaysia

**Dr. Jamsheer Talati**

Associate Dean  
The Aga Khan University  
Karachi, Pakistan

**Dr. Cillian Twomey**

President, Union Européenne des Médecins Spécialistes  
(UEMS)  
Cork, Ireland

**Professor Felix Vartanian**

Vice Rector  
The Russian Academy of Advanced Medical Studies  
Moscow, Russian Federation

**Theanne Walters**

Deputy Executive Officer  
Australian Medical Council  
Canberra, Australia

**Dr. Dennis K. Wentz**

American Medical Association  
Chicago, USA

**Ass. Professor Ole Winding**

World Federation for Medical Education  
Copenhagen, Denmark

**Dr. Gustaaf Wolvaardt**

South African Medical Association  
Pretoria, South Africa

---

## NOTA DO TRADUTOR

Para uma melhor compreensão do texto, apresentamos em seguida a lista das palavras cuja tradução justifica algum esclarecimento:

- *accountable*: responsáveis;
- *basic medical education*: educação pré-graduada;
- *consultation*: consulta/aconselhamento;
- *information literacy*: capacidade a nível da tecnologia de informação;
- *external review*: optou-se por “avaliação externa” visto ser esta a expressão utilizada entre nós embora, em língua inglesa, ela se distinga da “*external evaluation*”;
- *facilities*: instalações /equipamentos;
- *feedback*: optou-se por não traduzir a palavra visto o termo “feedback” ser frequentemente utilizado entre nós. Poderia ter sido traduzido por “retro-informação”;
- *follow-up*: seguimento;
- *framework*: quadro de referência;
- *governance*: optou-se por traduzir por “governança” visto esta palavra existir em português;
- *log-book*: caderneta / diário;
- *medical workforce*: mão de obra médica;
- *networks*: redes;
- *outcomes*: resultados;
- *patient*: foi traduzido por “doente” por corresponder melhor ao sentido do texto. embora a palavra “paciente” também exista entre português;
- *position paper*: declaração de princípios;
- *rationale*: quadro de referência;
- *re-licensure ou re-registration*: traduziram-se ambos os termos por “recertificação”;
- *staff*: corpo docente;
- *stakeholder*: interlocutores interessados e com influência;
- *task force*: comissão;
- *trainee*: formando;
- *trainer*: formador;
- *training process*: processo de formação;

- *training settings*: contextos de formação;

Por último importa referir que se manteve o latim para as palavras “*continuum*” e “*portfolio*”, para além de se respeitar a introdução de maiúsculas e minúsculas no texto de acordo com o original, à excepção da palavra Medicina.

Agradecemos desde já qualquer correcção ou comentário que possa melhorar a tradução.

### **Mestre Madalena Folque Patrício**

Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa  
Avenida Professor Egas Moniz  
1649-028 Lisboa Portugal  
e-mail: patricio@fm.ul.pt

---

## PATROCINADORES

O desenvolvimento e implementação da Trilogia dos Documentos da WFME  
“*Standards Globais em Educação Médica*” foram patrocinados por:

Danish Medical Association,  
Denmark

Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG),  
USA

Institut d’Estudis de la Salut,  
Spain

Lund University,  
Sweden

Norwegian Medical Association,  
Norway

Open University Centre for Education in Medicina,  
United Kingdom

Pfizer Danmark,  
Denmark

University of Copenhagen,  
Denmark

WHO European Center for Integrated Health Care Services,  
Spain

World Health Organization, EURO,  
Denmark

World Health Organization, WPRP,  
The Philippines



A missão da **Sociedade Portuguesa de Educação Médica (SPEM)** é a transformação e inovação dos profissionais de saúde.

Acreditamos que os **Standards Globais em Educação Médica da WFME** são um contributo determinante para a concretização deste importante objectivo de tão difícil concretização.