

Profissionalismo, expectativa dos pacientes e declínio do desempenho dos médicos, juntos convergem para fazer a revalidação necessária⁶.

Entretanto, particularmente, a satisfação dessa necessidade está envolta por questões de autonomia e regulação médica, por barreiras à implementação, por questões de “governância clínica” e de natureza metodológica.

Pode ser difícil persuadir alguns médicos de que a idéia de liberdade clínica total é incompatível com a prática baseada em evidências¹. É de se entender que o conhecimento e as habilidades especializadas, que formam a base da profissão, fazem com que o profissional não esteja disposto a ser regulado. Nesse sentido, a regulação pela própria classe médica é a melhor opção⁶.

A profissão também tem tido dificuldade para se engajar como ciência emergente direcionada à medida e melhoria da qualidade da atenção à saúde, mas hoje, temos uma chance única na condução desse processo. De fato, a indiferença e a determinação de resistir a novos caminhos, presente em muitas instituições procura diminuir o impacto de algumas iniciativas profissionais proeminentes¹.

Primariamente as Entidades Médicas – AMB e CFM – funcionam como braço armado da profissão, assumindo a responsabilidade de desenvolver o profissionalismo de alta qualidade. Esta participação faz com que o compromisso com o padrão de boa prática não seja encoberto, contribuindo com a transparência. É um passo radical que demonstra o compromisso sério com a medicina centrada no paciente¹.

Não podemos ignorar o crescente envolvimento dos governantes, pagadores e pacientes na regulação da atividade médica. A profissão médica deve resistir à tentação de se desviar da pressão para reformas. Os médicos devem tomar o controle da situação, através de suas instituições representativas, movendo-se na direção de um forte programa de revalidação. Médicos e pacientes não têm alternativa melhor⁶.

A revalidação deve contribuir diretamente no desenvolvimento de sistemas nacionais e locais de melhoria e garantia de qualidade nas equipes médicas e instituições, nas quais os médicos trabalham³. Muitos times estão se esforçando com as questões conceituais e práticas, e precisam de ajuda. É de responsabilidade das instituições que determinam os padrões profissionais e dos provedores de saúde fazer com que a “governância clínica” funcione de maneira apropriada¹. A “governância clínica” nos conduz naturalmente à revalidação, à medida que envolve as equipes, enquanto a revalidação envolve os indivíduos, tendo como ponto de partida sempre, o paciente.

A boa prática médica tem se encaixado no treinamento de médicos, e será através da educação médica continuada que as mudanças culturais reais serão alcançadas¹. As evidências têm aumentado no sentido de que a prática baseada no aprendizado aumenta a qualidade do cuidado em saúde e a sua inclusão é especialmente importante, dado o declínio do desempenho dos médicos no decorrer do tempo⁶.

Os métodos necessários para suportar uma avaliação de

desempenho ainda estão na infância, e muito ainda permanece por ser feito. Ao mesmo tempo, testes de conhecimento e de habilidades clínicas, tanto quanto avaliações por pacientes e pares, têm considerável potencial como ferramentas de diagnóstico de desempenho, informando a associação positiva com a qualidade de cuidado em saúde⁶.

O desempenho médico melhora quando experiências de aprendizado incorporam testes de conhecimento e avaliação das necessidades da prática médica². Esses testes apresentam excelente oportunidade aos médicos para acessar o seu conhecimento frente a fatos e princípios que compõem as decisões clínicas².

Referências

1. Irvine DH. Time for hard decisions on patient-centred professionalism. *Med J Aust* 2004; 181:271-4.
2. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA* 2002; 288:1057-60.
3. Irvine D. Standards and Revalidation or Recertification. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33:715-9.
4. Donen N. No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development. *CMAJ* 1998; 158:1044-6.
5. Smith R. All changed, changed utterly. *BMJ* 1998; 316:1917-18.
6. Norcini JJ. Where next with revalidation? *BMJ* 2005; 330:1458-9.
7. McQuillan P, Pilkington S, Allan A, Taylor B, Short A, Morgan G, et al. Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. *BMJ* 1998; 316:1853-8.

Dr. Wanderley Marques Bernardo é membro do Comitê de Epidemiologia Clínica e Medicina Baseada em Evidências do Projeto Diretrizes da AMB e CFM